



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Perceção dos Riscos Psicossociais em Profissionais de Saúde

Mafalda Andreia Gonçalves Baptista

Trabalho de projeto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Social e das Organizações

Orientadora:

Professora Doutora Sara Ramos

Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro de 2015



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Perceção dos Riscos Psicossociais em Profissionais de Saúde

Mafalda Andreia Gonçalves Baptista

Trabalho de projeto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Social e das Organizações

Orientadora:

Professora Doutora Sara Ramos

Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro de 2015



Perceção dos Riscos Psicossociais em Profissionais de
Saúde
Mafalda Andreia Gonçalves Baptista

Setembro

Agradecimentos

Para que todo este projeto se torna-se concretizável foram muitos os que, de forma diferente, colaboraram e que me apoiaram com a sua realização, não podendo deixar de expressar os meus sinceros agradecimentos:

Ao meu pai, por acompanhar de perto todo o meu percurso, o qual sem a sua presença não era possível. Um, obrigada muito especial e cheio de amor, por toda a dedicação e orgulho que depositou em mim.

Ao meu irmão, por toda a sua descontração natural que me ajudou a aliviar a pressão.

À minha restante família, avó, tia, mãe, primo e tio, por todo o apoio incondicional, por todos os incentivos e motivação, pelo amor e compreensão e confiança depositada.

À minha orientadora, Professora Sara Ramos, por todo o apoio, orientação e contributo para a evolução deste processo.

À Sara Rocha e Silva, como orientadora externa de estágio, que se revelou imprescindível ao longo de todo percurso, proporcionando todos os contatos dentro da instituição, além de todas as sugestões, ideias e aprendizagem, demonstrando-se sempre interessada e disponível durante a sua orientação.

Aos restantes colegas do SBSI, pela disponibilidade, ajuda e partilha de informação.

Às minhas colegas e amigas, Emília Luís, Mariana Borralho e Vanessa Sousa, com as quais partilhei e vivenciei experiências de companheirismo, entreajuda, aprendizagem e também, frustração e pressão. Em especial, à Vanessa Sousa, pela parceria que vivenciamos durante 5 anos de vida académica.

À Renata Pimenta pela sua amizade, ajuda e cumplicidade sempre demonstrada.

À Roxane Leitão, por nunca me ter deixado desistir mesmo quando estava mais frágil.

À Daniela Serra e à Sara de Andrade, pelos momentos de muita animação.

Ao Bruno Ferreira, que me proporcionou sempre a melhores bandas sonoras, no desenvolver deste trabalho.

Ao Pedro Sousa, pelo carinho, paciência e incentivo durante todo este longo processo.

Ao Ricardo Nunes, por ter estado presente e amparar todas as frustrações, durante os 5 anos de curso.

À Isabel Neto e à Vera Gonçalves, por todas as palavras sábias.

À Dr.^a Margarida Duque, por todos os conselhos e motivação que me deu.

A todos os meus amigos e colegas, um obrigada muito grande por terem estado presentes, durante este percurso tão especial.

Resumo

Este trabalho trata-se de um projeto desenvolvido no âmbito dos riscos psicossociais, o qual diagnosticou e propôs intervenções para uma organização portuguesa na área da saúde.

Os profissionais de saúde são considerados como um dos grupos que se encontra mais exposto aos efeitos dos riscos psicossociais, no entanto, existem poucos trabalhos em Portugal que tentam caracterizar esta questão, principalmente no setor da saúde privada. Assim, o objetivo principal do projeto visava a compreensão dos fatores ligados ao trabalho que promoviam o aparecimento dos riscos psicossociais em dois grupos distintos ligados ao setor da saúde.

Para tal, foram adotadas diferentes técnicas de recolha de dados, sendo que a análise documental ditou o principal meio de recolha, adotando-se por isso, posteriormente as entrevistas individuais realizadas diretamente com os profissionais em questão. Privilegiou-se a articulação entre os dados, focando depois as entrevistas individuais em concreto.

Ao nível dos resultados, evidenciou-se que estes profissionais se encontram expostos a condições de trabalho suscetíveis ao desenvolvimento destes riscos. Foram identificados sobretudo problemas relacionados com os papéis na organização, os quais sofrem influências diretas em outros problemas, nomeadamente na distribuição e execução das tarefas, conflitos interpessoais, entre outros. Como tal, a intervenção incidiu particularmente e diretamente sobre esta problemática, admitindo-se que uma intervenção bem executada nesta questão pode atenuar, se não resolver, outros dos problemas identificados.

Palavras-chave: Riscos Psicossociais, Condições de Trabalho, Intervenção Organizacional, Profissionais de Saúde, Saúde, Setor Privado.

Abstract

In this essay we will work on a project developed for psychosocial risks in that diagnosed e proposed changes on a Portuguese healthcare organisation.

The healthcare professionals where considered as a group that had a higher expose risk to effects of psychosocial risks, however, few to none studies exist in Portugal that attempt to characterize this issue, mainly in the private healthcare. So the main objectives of this project were the understanding of the factors connected to the work they were executing and the appearance of the psychosocial risks in two distinct groups connected to the healthcare sector.

For such adopted different techniques of data collection, and analysis of documents dictated the primary means of collecting, adopting therefore, subsequently the individual interview carried out directly with the professional concerned. That privileged the linkage between the data, focusing on the individual interviews.

The results showed that these professionals are exposed to conditions of work susceptible to the development of these risks. Particular problems were identified related to the roles in the Organization, which suffer direct influences on other problems, in particular in the distribution and execution of tasks, interpersonal conflicts, among other. As such, the intervention focused particularly and directly about this problem, admitting that a well-executed intervention in this matter can mitigate, if you resolve, other problems.

Key words: Psychosocial Risks, Work Conditions, Organizational Intervention, Healthcare Professionals, Healthcare, Private Sector.

ÍNDICE

| | |
|--|-------------|
| Agradecimentos | IV |
| Resumo | V |
| Abstract | VI |
| Índice de figuras | VIII |
| Índice de tabelas | VIII |
| Glossário de siglas | IX |
| INTRODUÇÃO | 1 |
| CAPÍTULO I – Enquadramento Teórico | 3 |
| CAPÍTULO II – A Empresa | 17 |
| CAPÍTULO III – Metodologia de Diagnóstico | 23 |
| CAPÍTULO IV – Resultados e Discussão | 33 |
| CAPÍTULO V – Proposta de Intervenção | 65 |
| CONCLUSÃO | 69 |
| FONTES | 71 |
| SITOGRAFIA | 71 |
| BIBLIOGRAFIA | 73 |
| ANEXOS | 79 |

Índice de figuras

Figura 1: *Modelo de avaliação dos riscos psicossociais adotado de Leka e Jain, 2010*

Figura 2: *Exemplo ilustrativo do dicionário de análise*

Índice de tabelas

Tabela 1: *Definição de riscos psicossociais*

Tabela 2: *Modelo de Riscos Psicossociais proposto por Leka, Griffiths, & Cox (2004)*

Tabela 3: *Caraterização da amostra dos auxiliares de ação médica*

Tabela 4: *Caraterização da amostra dos enfermeiros*

Tabela 5: *Resultados obtidos no serviço específico onde se desenvolveu o projeto*

Tabela 6: *Tabela de frequência do conceito de riscos psicossociais*

Tabela 7: *Tabela de frequência do conceito de impacto de riscos psicossociais*

Tabela 8: *Tabela de frequência do tipo de tarefas realizadas em cada turno*

Tabela 9: *Tabela de frequência de sintomatologias mencionadas pelo trabalhador relacionada com aspetos relacionados com o trabalho*

Tabela 10: *Tabela de frequência de sintomatologias mencionadas pelo trabalhador relacionada com aspetos relacionados com o trabalho: cansaço físico*

Tabela 11: *Tabela de frequência de sintomatologias mencionadas pelo trabalhador relacionada com aspetos relacionados com o trabalho: cansaço psicológico*

Tabela 12: *Tabela de frequência da identificação de aspetos do trabalho*

Tabela 13: *Tabela de frequência da identificação de aspetos do trabalho: positivos*

Tabela 14: *Tabela de frequência da identificação de aspetos do trabalho: negativos*

Tabela 15: *Tabela de frequência do conteúdo de trabalho*

Tabela 16: *Tabela de frequência da carga eritmo de trabalho*

Tabela 17: *Tabela de frequência dos horários de trabalho*

Tabela 18: *Tabela de frequência do controlo no trabalho*

Tabela 19: *Tabela de frequência do ambiente e equipamentos*

Tabela 20: *Tabela de frequência da cultura organizacional e função*

Tabela 21: *Tabela de frequência das relações interpessoais no trabalho*

Tabela 22: *Tabela de frequência dos papéis na organização*

Tabela 23: *Tabela de frequência do desenvolvimento de carreira*

Tabela 24: *Tabela de frequência da interface casa-trabalho*

Tabela 25: *Medidas de intervenção no fator de risco psicossocial papéis na organização*

Glossário de siglas

AESST – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

AAM – Auxiliar de Ação Médica

EU-OSHA – *The European Agency for Safety and Health at Work*

GRH – Gestão de Recursos Humanos

ILO – *International Labour Organization*

OMS – Organização Mundial de Saúde

OIT – Organização Internacional do Trabalho

PME – Pequenas e Médias Empresas

PPPSEER - *Participative Prevention of Psychosocial Emergent Risks in SMEs*

RPS – Riscos Psicossociais

SAMS – Serviços de Assistência Médica Social

SBSI – Sindicato dos Bancários Sul e Ilhas

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UE – União Europeia

USP – Unidades de Serviços Partilhados

WHO – *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, as constantes mudanças nas organizações têm contribuído para aumentar a visibilidade dos riscos psicossociais no trabalho, originando consequências negativas a nível individual mas também a nível organizacional (Cooper, 2005). Embora os fatores contextuais e as práticas de gestão de riscos já tenham sido demonstrados na investigação e, apesar de também estarem na base da política Europeia e deveres nacionais, o inquérito ESNER divulgou que estas políticas ainda não se concretizaram em condutas favoráveis (EU-OSHA, 2012a).

Por esta razão, este tema tem apresentado um interesse peculiar e tendencial para a compreensão deste fenómeno, em termos da sua ocorrência, prevalência e prevenção nas díspares atividades profissionais (EU-OSHA, 2012a).

Deste modo, o debate atual sobre o tema, assim como, a participação no projeto *Participative Prevention of Psychosocial Emergent Risks in SMEs*¹, financiado pela Comissão Europeia e coordenado pela BRU-IUL- Business Research Unit do ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa cujos principais parceiros eram a ACT - Autoridade para as Condições no Trabalho (Portugal), a University of Macedonia (Grécia), a Università Degli Studi di Verona (Itália) e a Universidad de Granada (Espanha), despoletaram o interesse particular por esta questão.

De uma maneira geral, o projeto PPPSER² visava contribuir para a promoção de uma transferência eficiente de conhecimento sobre a prevenção de riscos psicossociais, particularmente, nas pequenas e médias empresas (PME). Mais especificamente, pretendeu-se resumir o conhecimento científico existente em cada país e as políticas europeias sobre a prevenção de riscos psicossociais emergentes e caracterizar o conhecimento sobre as PME, bem como, identificar os obstáculos na implementação de boas práticas de prevenção. Posteriormente, o projeto teve como objetivo organizar um *workshop* envolvendo as partes interessadas, para a divulgação dos conhecimentos recolhidos e discussão de um plano de ação sobre a melhor forma de ajudar as PME na prevenção dos riscos psicossociais emergentes.

¹ Para mais informações pode ser consultado o site do projeto: <http://risksinsmes.wix.com/risksinsmes>

² *Participative Prevention of Psychosocial Emergent Risks in SMEs*

O envolvimento na primeira fase deste projeto³, nomeadamente na recolha de dados e, conseqüentemente, na análise dos mesmos, acabou por ser um fator determinante para o desenvolvimento do presente projeto de mestrado, quer ao nível da temática quer ao nível metodológico. Esta primeira fase assentava numa metodologia qualitativa, sendo a recolha dos dados concretizada através de entrevistas individuais e *focus group* a diversos grupos, nomeadamente, associações sindicais, associações patronais e empresas, prestadores de serviços de segurança e saúde no trabalho e a Autoridade para as Condições Trabalho. As características deste tipo de metodologia despoletaram também um interesse particular pelos estudos de cariz qualitativo.

Posteriormente, a consulta de alguns estudos exploratórios realizados sobre esta temática dos riscos psicossociais, direcionou-nos para a necessidade de realizar um estudo num setor específico, neste caso da saúde. Embora os profissionais de saúde desenvolvam uma atividade considerada de alto risco, não existem muitos estudos portugueses sobre riscos psicossociais neste âmbito (Silva & Gomes, 2009). Desta forma, e pela própria relevância presente e futura deste setor, considera-se que este projeto poderá trazer alguns contributos para a sociedade.

Espera-se que com os resultados deste estudo sirva, em primeira instância, os interesses particulares da instituição onde o projeto foi desenvolvido mas aspira-se, de igual modo, que possam impulsionar mudanças noutras instituições de saúde.

O desenvolvimento deste projeto pressupõe a contribuição e o aumento do conhecimento dos riscos psicossociais, em particular no setor da saúde, como fonte de melhoria das ações e promoções nesta área e com proveito para variados grupos profissionais.

³ *Participative Prevention of Psychosocial Emergent Risks in SMEs*

CAPÍTULO I – Enquadramento Teórico

A primeira fase deste projeto consiste em apresentar uma concetualização sobre a temática do estudo. Assim, ter-se-á em conta as diversas abordagens teóricas, acerca desta temática, permitindo conhecer melhor o tema e identificar o conjunto de conceitos e outras variáveis importantes no estudo deste fenómeno. Este capítulo é especialmente importante porque permite que se construa um quadro concetual sólido, servindo de base para o projeto.

1.1. Os Riscos Psicossociais

Para além dos riscos físicos, químicos e biológicos, com as mudanças significativas que se sucederam no mundo do laboral, emergiram no campo da segurança e saúde ocupacional, os riscos psicossociais (EU-OSHA, 2012a), com consequências negativas para a sociedade, empresas e trabalhadores (EU-OSHA, 2007; Leka, & Jain, 2010).

Estas alterações que se têm verificado, no mundo do trabalho, levantaram a necessidade de identificar os efeitos das interações do trabalhador com o seu trabalho (Leka, et al., 2008), uma vez que, surgiram novas formas contratuais, insegurança no emprego, envelhecimento da população ativa, intensificação do trabalho, altas exigências emocionais e falta de equilíbrio entre o trabalho e o não-trabalho (EU-OSHA, 2012a).

O estudo desta temática começou a desenvolver-se em 1950, quando os aspetos psicológicos do trabalho se constituíram objeto de pesquisa. A partir de 1960, a investigação nesta área foi altamente impulsionada, com o aumento das pesquisas na área da psicologia do trabalho e do ambiente psicossocial (Johnson & Hall, 1996, cit. por Leka, & Jain, 2010), desviando-se da perspetiva individual para perspetiva do ambiente de trabalho em saúde (Cox, Griffiths & Rial-González, 2000, cit. por Leka & Jain, 2010). A atenção a este fenómeno acentuou-se em 2000, depois de se constatar o aumento de acidentes graves no trabalho (Légeron, 2008). Atualmente, os riscos psicossociais ainda são identificados como um grande desafio para os profissionais da saúde e segurança no trabalho (Leka & Cox, 2008).

O risco pode ser definido com uma “ameaça ou perigo de determinada ocorrência”. Por sua vez, a definição mais usual de psicossocial diz-nos que é a “interação entre fatores psicológicos e sociais” (EU-OSHA, 2012a). Contudo, o conceito de risco psicossocial no trabalho ainda levanta algumas controvérsias, devido não só à ausência de um quadro teórico consensual e bem definido mas também pelas diferentes abordagens ao tema, sintetizadas na tabela seguinte.

Tabela 1: *Definição de riscos psicossociais*

| Autores | Definição de Riscos Psicossociais |
|--|--|
| WHO (1981) | “Fatores que influenciando a saúde e o bem-estar do indivíduo e do grupo derivam da psicologia do indivíduo e da estrutura e da função da organização do trabalho. Incluem aspetos sociais, tais como as formas de interação no seio dos grupos, aspetos culturais, tais como os métodos tradicionais de resolução de conflitos, e aspetos psicológicas, tais como as atitudes, as crenças e os traços de personalidade.”. |
| OIT (1984) | “Os riscos psicossociais surgem na interação entre o trabalho, o ambiente, a satisfação do trabalho e as condições físicas da organização, englobando ainda as capacidades do trabalhador, as suas necessidades, cultura e situação pessoal fora do trabalho.”. |
| ILO (1986) | “Consistem em interações do ambiente de trabalho, do conteúdo, da natureza e das condições de trabalho, por uma lado, e as capacidades, as necessidades, os costumes, a cultura e as condições de vida dos trabalhadores fora do trabalho, por outro lado; estes fatores são suscetíveis de influenciar a saúde, o rendimento e a satisfação no trabalho.”. |
| Benavides, Ruiz-Frutos, & Garcia (2000) | “Aqueles características das condições de trabalho e, sobretudo, da sua organização que pode afetar a saúde das pessoas através de mecanismos psicológico.”. |
| Cox & Griffiths (2005) | “Aspetos da organização do trabalho e da gestão do trabalho, bem como do ambiente e contexto social que têm potencial para causar dano psicológico, físico ou social.”. |
| Villalobos (2004) | “Condição ou condições do indivíduo, do meio ambiente extralaboral ou do meio laboral, que sob determinadas condições de intensidade e tempo de exposição geram efeitos negativos no trabalhador ou trabalhadores, na organização e nos grupos, e, por último produzem stresse, o qual tem efeitos nos níveis emocional, cognitivo, no comportamento social e laboral e fisiológico.”. |
| EU-OSHA (2009) | “Aspetos relativos ao desenho do trabalho, assim como à sua organização e gestão e aos contextos sociais e ambientais, que têm o potencial de causar danos de tipo físico, social ou psicológico.”. |
| Candilera, et al., (2013) | “Reação emocional, cognitiva, comportamental e fisiológica a aspetos adversos e nocivos do trabalho, ambiente de trabalho e organização do trabalho que contribuem para os resultados psicológicos e fisiológicos negativos.”. |

**Khan & Satija
(2013)**

“As experiências desagradáveis e as emoções negativas, tais como a tensão, ansiedade, frustração, raiva e depressão resultantes de aspetos do trabalho, denunciados através da reação fisiológica do corpo ou da reação psicológica e emocional sofrida por um indivíduo como resultado dos estímulos no local de trabalho.”.

1.1.1. Os antecedentes e as consequências dos riscos

O trabalho é uma atividade humana na qual o indivíduo está em constante interação física e social. O risco psicossocial surge quando estas interações são negativas (Coelho, 2010). A exposição aos riscos psicossociais, bem como a riscos físicos, pode afetar negativamente a saúde mental, física e social do trabalhador (Bonde, 2008; Bosma et al., 1998; Chen, Yu & Wong, 2005; Fischer et al., 2005; Tennant, 2001; Wieclaw et al., 2008, cit. por Leka & Jain, 2010), sendo o seu impacto mediado de forma direta ou indireta, pelo ambiente de trabalho psicossocial em índices de saúde organizacional (e.g., absentismo, presentismo, produtividade, satisfação e turnover) (Kivimaki et al., 2003; Spurgeon, Harrington & Cooper, 1997; Vahtera, Pentti & Kivimaki, 2004; Van den Berg et al., 2009, cit. por Leka & Jain, 2010).

Desta forma, os riscos psicossociais têm consequências negativas tanto para a sociedade como para as organizações, como para os próprios indivíduos. A exposição a estes riscos conduz a custos económicos para a sociedade no geral, nomeadamente ao nível da saúde pública, uma vez que afeta a saúde do indivíduo a nível fisiológico (i.e., diminuição do sistema imunitário, problemas gastrointestinais, cardiovasculares e músculo-esqueléticos, consumo de tabaco, álcool e outras drogas) e psicológico (i.e., irritação, cansaço, insónias, angústia, agressividade, depressão). Contudo, estes custos podem também ser sentidos pelas organizações, direta ou indiretamente, através do aumento do número de acidentes de trabalho, níveis de absentismo e rotatividade, diminuição da produtividade, e pode ainda afetar as condições do ambiente de trabalho, inclusive as relações entre colegas e chefias (Coelho, 2010). Embora os resultados não sejam evidentes, os custos para a economia relacionados com os riscos psicossociais no trabalho são superiores aos custos diretamente atribuídos à remuneração dos trabalhadores (Kasperczyk, 2010).

1.1.2. Fatores e causas dos riscos

Apesar da diversidade de quadros teóricos, existe um consenso na literatura sobre o potencial dos riscos psicossociais do trabalho para causar dano físico ou mental. Este consenso refere-se a diferentes tipologias de fatores de risco psicossocial, mais

concretamente, 10 aspetos do trabalho que se revelam prejudiciais para a saúde (Leka & Cox, 2008; EU-OSHA, 2012a; EU-OSHA, 2012b). O modelo de riscos psicossociais, originalmente concebido por Cox (1993) e posteriormente adaptado por Leka, Griffiths & Cox (2004), resume esses fatores de risco psicossocial, como é possível verificar na tabela apresentada em baixo.

Tabela 2: *Modelo de Riscos Psicossociais proposto por Leka, Griffiths & Cox (2004)*

| | |
|---|---|
| Conteúdo da função | Ausência de variações ou ciclos curtos de trabalho, trabalho fragmentado ou sem sentido, subutilização de habilidades, alto nível de incerteza, exposição continua a pessoas devido ao trabalho realizado |
| Carga e ritmo de trabalho | Sobrecarga ou pouca carga, ritmo das máquinas, altos níveis de pressão por tempo, continuamente sujeitos a prazos |
| Horário de trabalho | Turno de trabalho, turnos noturnos, horários de trabalho não flexíveis, horários imprevisíveis, longas jornadas de trabalho ou sem convívio social |
| Controle | Baixa participação na tomada de decisões, falta de controle da carga de trabalho, ritmo de trabalho, trabalho em turnos, etc. |
| Ambiente e equipamentos | Disponibilidade de equipamentos, compatibilidade ou manutenção inadequadas, condições ambientais ruins tais como falta de espaço, iluminação fraca, ruído excessivo |
| Cultura organizacional e função | Comunicação fraca, baixos níveis de apoio para a solução de problemas e desenvolvimento pessoal, falta de definição ou acordo sobre os objetivos organizacionais |
| Relações interpessoais no trabalho | Isolamento físico ou social, precariedade das relações superiores ou colegas de trabalho, conflito interpessoal, falta de apoio social |
| Papéis na organização | Ambiguidade de papéis, conflito de papéis e responsabilidade pelas pessoas |
| Desenvolvimento de carreira | Estagnação da carreira e incerteza, baixa promoção ou promoção em excesso, remuneração precária, insegurança no trabalho, baixo nível social do trabalho |
| Interface lar-trabalho | Demandas conflitantes do trabalho e vida pessoal, pouco apoio no lar, carreira dupla |

A primeira dimensão do modelo é o conteúdo da função, este diz respeito a aspetos do conteúdo do trabalho que podem produzir riscos ao trabalhador por falta de variações de tarefas, tarefas repetitivas, sensação de um trabalho com pouco significado e sem sentido e ausência do uso das próprias capacidades (Cox, Griffiths & Rial-González, 2000, cit. por Leka & Jain 2010). Estudos confirmam que o trabalho repetitivo conduz à monotonia e ao

aborrecimento e relaciona-se com o stresse no trabalho (Ross & Altmaier, 1994). Por sua vez, a sensação de um trabalho pouco significativo e sem sentido podem originar sentimentos de ansiedade nos trabalhadores e depressão (Houtmn, Bongers, Smulders, & Kompier, 1994).

A carga de trabalho tem um impacto significativo na saúde do trabalhador (Stewart, 1976, cit. por Leka & Jain, 2010), quer seja por sobrecarga ou subcarga de trabalho, podendo estar associados a episódios de stresse (Cox, Griffiths & Rial-González, 2000, cit. por Leka & Jain, 2010). A carga de trabalho pode ser também distinguida entre carga quantitativa e carga qualitativa (Gibson, Ivancevich, Donnelly & Konoplaske., 2003). A carga de trabalho quantitativa refere-se à quantidade de trabalho, seja por um número excessivo de tarefas ou por tempo insuficiente para a realização das mesmas. A carga qualitativa refere-se à qualidade do trabalho e transmite-se em dificuldades ou por falta de competências ou devido a padrões de exigência elevados (Gibson, Ivancevich, Donnelly, & Konopaske, 2003). Também a carga emocional é apontada entre as crescentes exigências a que os trabalhadores estão expostos (Eurofound, 2012). Esta dimensão também menciona aspetos como o ritmo de trabalho. Neste caso, o trabalhador pode ou não ter controlo sobre o ritmo do próprio trabalho, sendo que, o nível de stresse resultante desta categoria depende deste controlo e associado a isto, dos níveis elevados de pressão por tempo e prazos (Ross & Altmaier, 1994). O ritmo pode ser imposto pela máquina, onde a operação é controlada por outra fonte que não o homem ou imposto pelo homem, onde a cadência é controlada pelo trabalhador (Salvendy, 1981 cit. por Ross & Altmaier, 1994), sendo que a primeira pode gerar elevada tensão com consequências a nível do absentismo, doença psicológica, depressão, ansiedade, *burnout* (Sparck, Cooper, Fried, & Shirom, 1997).

Também a tecnologia, tem um grande impacto sobre características das tarefas, bem como na sobrecarga de trabalho e no horário dos trabalhadores, agindo sobre a sua saúde e bem-estar. Concretamente, o desenvolvimento da tecnologia tem potencializado processos mais mecânicos, automáticos e informatizados, deixando os trabalhadores (de alguns setores em particular) com tarefas mais associadas à vigilância ou supervisão de processos e máquinas, potencializado a monotonia. Por outro lado, o desenvolvimento da tecnologia, nomeadamente ao nível das tecnologias de informação (computador, telemóvel, internet, entre outros), possibilita acessos mais facilitados às informações mas cria também a expectativa de que o trabalhador está sempre disponível, intensificando o trabalho (Joling & Kraan, 2008).

Os estudos realizados sobre os horários de trabalho demonstram, essencialmente, que as tipologias de horário por turnos, noturno ou de longa duração apresentam relação com as queixas de saúde, com efeitos negativos na saúde e bem-estar do trabalhador, comparativamente aos trabalhadores com horário diurno. Contudo, o trabalho por turnos revela ser particularmente negativo, visto que impede o ajustamento dos ritmos circadianos (i.e., padrões de vigília, sono e alimentação), por ser um processo lento, que devido à rotação de turnos não é completado (Lamond *et al.*, 2003 cit. em Muecke, 2005) e tem sido apontado como um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, diabetes, ansiedade e depressão (Smith, Folkard, & Fuller, 2011). A organização do trabalho em horários atípicos envolve ainda um conjunto de consequências tanto para o indivíduo ao nível da sua saúde e bem-estar mas também na sua vida familiar e social (Silva, 2007).

O controlo no trabalho refere-se à participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão. A baixa percepção de controlo sobre o trabalho está associada a sintomas de stresse (Cox, Griffiths & Rial-González, 2000, cit. por Leka & Jain 2010), bem como a sintomas depressivos, absentismo, ansiedade, problemas gastrointestinais e hipertensão (Leka & Jain, 2010). A falta de controlo em conjunto com elevadas exigências deve ser encarada como uma combinação de risco, segundo Portuné (2012), aumenta o risco para a saúde do trabalhador, verificando-se uma relação com problemas de saúde mental (Netterstrom, Conrad, Bech, Fink, Olsen, & Rugulies, 2008), sendo altamente prevalentes nos trabalhadores do setor da saúde (Eurofound, 2012).

O ambiente e os equipamentos dizem respeito às condições físicas e ambientais que rodeiam o indivíduo no local de trabalho e que têm impacto e influenciam a saúde do indivíduo. A disponibilidade dos equipamentos, a compatibilidade e a manutenção dos mesmos devem respeitar as características psicofisiológicas dos trabalhadores e a natureza do trabalho, visto que, alguns fatores como a falta de espaço, iluminação fraca, ruído, condições térmicas inadequadas, vibrações, entre outros, podem a saúde física e psicológica, aumentando os níveis de stresse, absentismo e ansiedade do trabalhador (Rego & Barbosa, 2012; Warr, 1992, cit. por Leka & Jain, 2010).

De acordo com Cox & Howarth (1990, cit. por Leka & Jain, 2010), existem três aspetos que diferenciam a cultura organizacional: a organização enquanto ambiente de trabalho, enquanto ambiente de resolução de problemas e enquanto ambiente de desenvolvimento. Assim, quando estes aspetos são considerados fracos, é mais prováveis que estejam associados a maiores níveis de stresse (Leka & Jain, 2010). Também o estilo de

liderança pode constituir-se como potencial fonte de stresse (Ramos, 2001). Também a comunicação é uma ferramenta básica e essencial no desenvolvimento das tarefas, quando a comunicação é pobre, incompleta ou defeituosa, podem levantar-se situações indutoras de stresse (Ramos, 2001).

As relações interpessoais surgem como fatores com grande influência no stresse, visto que estão diretamente relacionadas com a necessidade de ajuste e reconhecimento do indivíduo. A precariedade das relações com os superiores e/ou com os colegas, bem como os conflitos interpessoais e falta de apoio social no local de trabalho, são potenciais fontes de risco e stresse no trabalho (Ramos, 2001) e têm também uma associação a sentimentos de ameaça, tensão, baixa confiança e ansiedade (Ross & Altmaier, 1994). Outro fator de risco para saúde dos trabalhadores diz respeito à violência e assédio no trabalho. Esta é uma forma de *bullying* no local de trabalho, designada de *mobbing* e, mais do que na violência física, centra-se em comportamentos que promovem o isolamento social (Leymann, 1996). Os indivíduos afetados por esta situação tendem a relatar níveis mais elevados de problemas de saúde relacionados com o trabalho, tais como problemas de sono, ansiedade e irritabilidade (Eurofound, 2005).

A questão relacionada com os papéis na organização refere-se ao papel que os trabalhadores exercem, nomeadamente a ambiguidade e conflitos de papéis. A ambiguidade de papel acontece quando não está claro para o indivíduo qual o papel que desempenha, podendo resultar em stresse, capaz de afetar a produtividade (Ross & Altmaier, 1994); o conflito de papel advém de inconsistência de expectativas exigidas ao trabalhador e pode originar dois tipos de conflito diferentes: o conflito interpapel, onde o mesmo indivíduo, por exigência, assume dois papéis distintos; e o conflito intrapapel, que ocorre quando estão em conflito expectativas que são exigidas dentro do mesmo papel. Destas questões decorrem consequências para a saúde dos trabalhadores, tais como absentismo, insatisfação e ansiedade (Nelson & Quick, 2003).

O desenvolvimento de carreira refere-se a questões como a estagnação e incerteza na carreira e insegurança no trabalho, resultando em problemáticas organizacionais e individuais (Cox & Griffiths, 2005). Estes fatores podem constituir-se como fontes de insatisfação, stresse, baixo comprometimento organizacional e *turnover* (Leka & Jain, 2010). A incerteza no desenvolvimento de carreira, é uma fonte potencial de stresse, particularmente em organizações que enfatizem a relação entre o desenvolvimento de carreira e a competência e/ou o mérito (Leka & Jain, 2010). Além disso, diminui o bem-estar e reduz a satisfação no

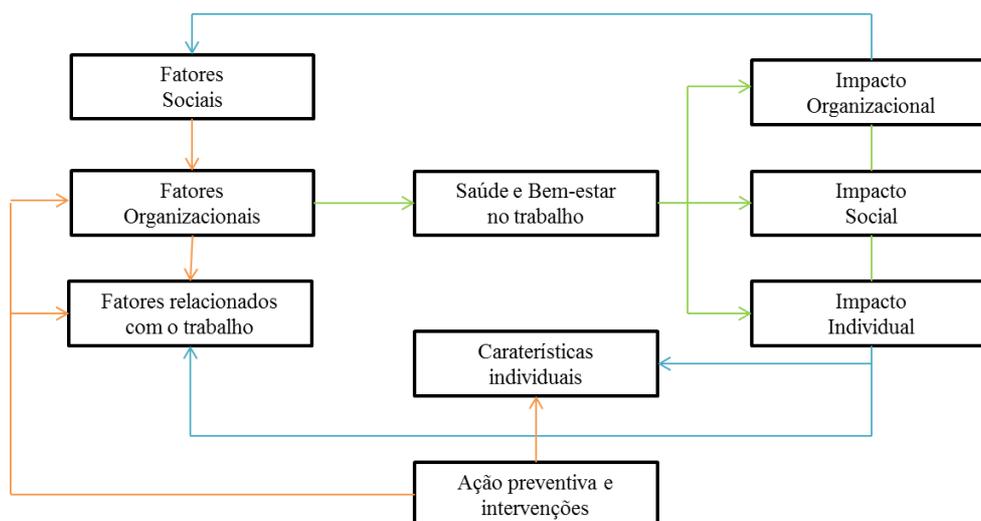
trabalho, afetando negativamente a eficácia da organização (Kinnunen, Mauno, Nätti, & Happonen, 2000).

A interface vida-trabalho diz respeito a situações conflitantes em que as exigências dos domínios do trabalho e da vida pessoal são mutuamente incompatíveis em algum aspeto (Leka & Cox, 2008). Embora estes domínios estejam demarcados por fronteiras temporais, físicas e psicológicas distintas são aspetos que se influenciam mutuamente e cuja gestão pode ser uma fonte de stress (Cooper, Dewe, & O’Driscoll, 2001). Assim, quando as exigências entre as duas interfaces entram em conflito, os indivíduos podem experienciar sentimentos de exclusão, solidão e frustração em relação ao cônjuge (Holland, 2006), com consequências para o indivíduo, para as esferas familiar e profissional. Um equilíbrio pobre entre o trabalho e a família foi identificado como um dos principais riscos psicossociais emergentes, uma vez que todas as mudanças no mundo laboral podem ocasionar uma maior pressão sobre os trabalhadores o que pode transbordar para a vida privada e vice-versa (Poelmans, Odle-Dusseau, & Beham, 2009).

1.1.2. Avaliação e prevenção de Riscos

A prevenção dos riscos psicossociais no trabalho cumpre um papel importante, uma vez que permite a promoção de saúde física e mental e o bem-estar do trabalhador (Leka & Cox, 2008). Deste modo, enfatiza-se a necessidade e priorização da avaliação destes riscos como medida preventiva (ILO, 2010).

Figura 1: Modelo de avaliação dos riscos psicossociais adotado de Leka e Jain, 2010



Na prevenção dos riscos psicossociais não existe um modelo único, porém, existe um consenso na discussão sobre a prevenção dos riscos no que toca a uma abordagem que não tenha só em conta a questão da saúde dos trabalhadores mas que considere também a organização (Bocéréan, Dupret, Feltrin, & Teherani, 2012).

Neste sentido, Légeron (2008) e mais tarde Babatunde (2013) apresentaram três níveis hierárquicos de intervenção. O nível primário de intervenção é caracterizado pela ação direta em aspetos capazes de diminuir, eliminar ou controlar os fatores de risco presentes no local de trabalho. O segundo nível de intervenção consiste em ajudar os trabalhadores a gerir de forma mais eficaz as exigências e constrangimentos do trabalho. E o terceiro nível de intervenção resulta na combinação dos dois fatores anteriores e é determinado pelo processo de reabilitação ao trabalho, através do acompanhamento dos trabalhadores que sofrem ou sofreram de problemas de stresse ou de saúde mental no trabalho.

O êxito de uma ação de intervenção, de acordo com Vézina (2008), tem que ter em conta cinco fatores na sua origem: i) participação e apoio da direção, bem como de todos os outros níveis da organização; ii) participação dos trabalhadores na discussão dos problemas e na elaboração de soluções; iii) identificação prévia da população de risco; iv) definição rigorosa das propostas de mudanças; v) acompanhamento da fase de mudança. Légeron (2008) acrescenta ainda que estas políticas deverão também conter meios legais e financeiros para incentivar as empresas a pôr em prática estratégias de prevenção.

1.2. Relevância social do tema

É importante compreender a proporção e amplitude da problemática dos riscos psicossociais, tanto a nível nacional como a nível europeu, uma vez que as alterações que têm surgido no contexto económico e laboral têm conduzido a situações com marcada influência na saúde dos trabalhadores e com efeitos organizacionais.

A exposição a fatores psicossociais foi reconhecida como uma das causas mais significativas de absentismo e relaciona-se com problemas de saúde altamente prevalentes, como doenças cardiovasculares, transtornos de saúde mental e alterações músculo-esqueléticas (EU-OSHA, 2013). Os problemas associados a uma má saúde mental constituem a quarta causa mais frequente de incapacidade para o trabalho (European Commission, 2012).

Ao longo de um período de 9 anos, estimou-se que cerca de 28% dos trabalhadores europeus estavam expostos a riscos psicossociais e cujo bem-estar e saúde ficou afetado (EU-OSHA, 2013). Alguns estudos realizados sobre o tema mencionaram as várias mudanças

laborais decorrentes como possível causa na emergência destes riscos (ACT/SLIC, 2012). Uma previsão publicada por um grupo de peritos em 2007 foi mais longe e identificou alguns riscos psicossociais mais prováveis de emergir num futuro próximo, mencionando as novas formas de contrato e insegurança no trabalho, envelhecimento da força de trabalho, intensificação, elevadas exigências emocionais e fraco equilíbrio trabalho-família (EU-OSHA, 2007).

O stresse foi já apontado como o segundo problema de saúde mais frequente na Europa, afetando mais de 40 milhões de trabalhadores em toda a União Europeia, logo depois das lesões músculo-esqueléticas (EU-OSHA, 2012a; EU-OSHA, 2012b). As causas mais comuns associadas ao stresse são a reorganização e insegurança do trabalho (72%), trabalhar muitas horas e sobrecarga de trabalho (66%) e comportamento de assédio (59%) (EU-OSHA, 2013).

Mais concretamente, estudos evidenciaram que em 2010, 50% a 60% dos dias perdidos de trabalho, deveu-se ao stresse relacionado com o trabalho e a riscos psicossociais, originando custos financeiros à volta dos 136 mil milhões de euros por perdas de produtividade e a baixas por doença (EU-OSHA, 2013). Para além disso, o impacto dos riscos psicossociais já originou custos totais com as perturbações de saúde mental (relacionados ou não com o trabalho) na EU, em 240 mil milhões de euros por ano (EU-OSHA, 2013).

Num comunicado mais recente da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, trabalhadores da União Europeia (51%) e trabalhadores de Portugal (59%), referiram o stresse como fator comum no seu trabalho e afirmou ainda que o stresse é mal gerido no seu local de trabalho (41% e 62% respetivamente) (EU-OSHA, 2013).

No que respeita ao género dos trabalhadores, em 2005, na UE, 23% dos homens e 21% das mulheres afirmaram sentir stresse na sua profissão, não se verificando diferenças significativas. Por sua vez, relativamente à idade, verificou-se que os trabalhadores com idades entre os 40 e os 54 anos dizem-se mais frequentemente afetados pelo stresse relacionado com o trabalho do que os restantes grupos etários (EU-OSHA, 2009).

Por sua vez, as categorias profissionais mais afetadas pelos riscos psicossociais são membros de entidades legisladoras, quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas e especialistas (EU-OSHA, 2009).

De acordo com uma investigação realizada pela EU-OSHA (2009) os sectores da educação, da saúde, ação social e dos transportes e comunicações são aqueles em que os

trabalhadores apresentam maior prevalência de problemas de saúde de natureza psicossocial, uma vez que reportam níveis de preocupação mais elevados porque estão em contato direto com clientes, pacientes, alunos, entre outros.

Dados estatísticos demonstram que os valores reportados pelos diferentes Estados-Membros são elevados no setor da educação e na saúde. Mesmo nos países onde o nível geral de stresse foi inferior à média da UE, como é o caso do Reino Unido, República Checa e Holanda, mais de 20% dos trabalhadores do setor da educação e da saúde relataram sentir stresse no trabalho (EU-OSHA, 2009). Também a violência, no setor da educação e saúde, é evidenciada sob a forma de ameaça e física em 14,6% e 8,4% respetivamente, 7,8% sob forma de assédio e 2,7% em casos de atenção sexual indesejada (SLIC, 2012). Por sua vez, em 2009, o setor da saúde, ostentava a taxa mais elevada registada na UE de exposição à violência no trabalho (15%), com maior incidência no assédio psicológico e moral (EU-OSHA, 2009). Num relatório sobre a prevenção primária dos problemas mentais, neurológicos e psicossociais, verificou-se que já em 1999, os sintomas de esgotamento emocional era um problema que se assumia com especial relevância nos trabalhadores na área da prestação de cuidados de saúde, apresentam frequência máxima na categoria profissional de enfermagem (Sá, 2002).

1.2.1. Regime legal

No que compete à segurança e saúde no trabalho, a legislação tem demonstrado preocupação em prevenir, gerir e corrigir os riscos em geral no local de trabalho. O cumprimento das obrigações legais surge como a principal razão para lidar com a segurança e saúde no trabalho (EU-OSHA, 2012a). A nível nacional, o artigo 281 da Lei nº 7/2009, de 12 de Fevereiro, aprovou o código de trabalho obrigando o empregador à identificação e avaliação de riscos no local de trabalho.

Por sua vez, a Diretiva-Quadro de Segurança e Saúde no Trabalho nº89/391/CEE foi transposta para a legislação nacional em todos os Estados-Membros da União Europeia. Esta diretiva prevê a obrigação legal de medidas para encorajar melhorias na segurança e saúde de todos trabalhadores em todos os aspetos relacionados com o trabalho. De acordo com o referido nesta norma, as entidades patronais devem ditar medidas adequadas de prevenção de riscos ocupacionais, a proteção da saúde e segurança e eliminação de riscos e perigos. O empregador, dentro do contexto das suas responsabilidades, tem a responsabilidade de garantir estes aspetos, privilegiando o princípio da avaliação dos riscos e a identificação de

medidas necessárias para a eliminação dos mesmos, sendo que, as medidas preventivas e os métodos de trabalho e de produção devem ser integrados em todas as atividades e níveis da empresa e/ou estabelecimentos. Os trabalhadores devem cumprir e obedecer às prescrições legais de segurança e saúde no trabalho, bem como, às instruções determinadas pelo empregador (EU-OSHA, 2013).

O European Framework Agreement on Work-related Stress (Comissão Europeia, 2011) visa “aumentar a consciência e compreensão dos empregadores, empregados e seus representantes acerca do stress relacionado com o trabalho, e chamar a sua atenção para os sinais que possam indicar problemas de stress relacionado com o trabalho”. O seu objetivo consiste em “providenciar aos empregadores e empregados um enquadramento para identificar e prevenir ou gerir problemas relacionados com o stress no trabalho”. O acordo providencia uma lista de fatores de risco ou stressores para serem analisados: organização do trabalho e processos (i.e., acordos de tempos de trabalho, grau de autonomia, encaixe entre as capacidades dos trabalhadores e requisitos do trabalho, carga de trabalho); condições de trabalho e ambiente (i.e., exposição a comportamentos abusivos, barulho, calor, substâncias perigosas); comunicação (i.e., incerteza sobre o que é esperado no trabalho, perspectiva de emprego ou mudança futura – como reestruturações ou novas tecnologias/processos); e fatores subjetivos (i.e., pressões emocionais e sociais, sentimentos de incapacidade para lidar com o trabalho, percepção de falta de apoio).

1.3. Riscos psicossociais no sector da saúde

Emboras os riscos psicossociais tenham vindo a ser reconhecidos, a informação sobre as condições psicossociais dos trabalhadores é frequentemente esquecida. A necessidade da avaliação dos riscos psicossociais relacionados com o trabalho, especialmente nas atividades económicas de maior risco, como é o caso do setor da saúde, é fundamental (Marchand, 2007).

O conceito mais usual define a saúde de acordo com “um estado completo de bem-estar físico, mental e social e, não meramente a ausência de doença e enfermidade” (WHO, 1981). De acordo com Hirigoyen (2002) as condições de trabalho, seja no plano físico ou psíquico, também influenciam o estado de saúde dos trabalhadores.

O setor da saúde tem especial relevância, quer pelas características do trabalho desenvolvido, quer pelo elevado número de trabalhadores potencialmente expostos a este tipo de risco. Assim, os trabalhadores do setor da saúde estão entre os mais vulneráveis ao

aparecimento de riscos psicossociais (WHO, 2004), já que o contato com a doença e particularmente com a morte afetam os prestadores de cuidados de saúde (Hirigoyen, 2002). Também condições tais como filas infindáveis, demora nos resultados de diagnósticos, ausência de especialistas, falta equipamentos e materiais conduz ao aumento da carga de trabalho nos profissionais de saúde e conseqüentemente, induz ao aumento do stresse nestes profissionais (Harbs, 2008, cit. por Ribeiro, s.d.).

A exposição às exigências associadas à carga e ao horário de trabalho, os conflitos com a entidade patronal e colegas de trabalho e, por outro lado, as exigências dos utentes (Ribeiro, s.d.), tornam maior a necessidade de avaliação neste setor.

1.4. Objetivos do presente projeto

Este projeto surge como consequência de um problema detetado numa dada empresa, tendo como principal objetivo a intervenção. Esta necessidade prende-se com a existência de riscos psicossociais, identificados na própria instituição, constituindo-se como objetivo geral do projeto contribuir para o estudo dos riscos psicossociais numa organização do setor da saúde.

Embora a avaliação de riscos psicossociais seja obrigatória por lei, muitas empresas não a realizam, não só porque o seu foco está na sustentabilidade económica mas também por falta de conhecimento acerca destes riscos, bem como por ausência de recursos, sejam estes de origem humana, material e/ou financeiro. Deste modo, importa consciencializar a instituição para a existência e os efeitos que estes riscos psicossociais representam nos trabalhadores e, assim, identificar instrumentos credíveis para a avaliação e prevenção destes riscos, de forma a desenvolver medidas que possam minimizar os eventuais impactos negativos decorrentes destes riscos.

CAPÍTULO II – A Empresa

2.1. Caracterização do sector

A organização onde foi desenvolvido este projeto (Empresa B) desenvolve atividades no setor da saúde privado. *Este é um setor proeminente em termos económicos e em Portugal este setor tem vindo a registar uma evolução notável, em especial ao longo das últimas duas décadas, com o aumento da oferta de cuidados de saúde, visto a ampliação da cobertura e propagação da acessibilidade a estes mas, também, pelo acréscimo de recursos humanos, financeiros e técnicos* (Barros, 2013).

O sistema da saúde portuguesa pode ser observado transversalmente na perspetiva de financiamento e/ou na prestação dos cuidados de saúde. Conforme a perspetiva, os utentes beneficiam de uma lista de direitos diferenciada, sendo que:

Na perspetiva “financiamento” é possível distinguir o SNS financiador, os subsistemas públicos financiadores, os subsistemas privados financiadores e os seguros de saúde, bem como o financiamento privado dos cuidados de saúde e na perspetiva “prestação”, identificam-se as situações de prestação pública (assegurada através de estabelecimentos integrados no SNS ou através de estabelecimentos sociais e privados que foram contratados para a sua realização) e de prestação social ou privada (as quais podem surgir enquadradas por qualquer forma de financiamento dos cuidados de saúde) (Entidade Reguladora de Saúde, 2011).

Concretamente, esta organização (**SAMS**), faz parte do Sindicato dos Bancários Sul e Ilhas (Empresa A), cuja atividade é dirigir a Atividade Sindical, o Serviço de Assistência Médico-Social e a Unidade de Serviços Partilhados, intervindo, respetivamente, em áreas da vida institucional, nos cuidados de saúde e, prestando apoio a estas unidades de serviço. Por sua vez, a Empresa B trata-se de um organismo privado, cuja atividade está diretamente relacionada com os cuidados de saúde. Conforme a Entidade Reguladora de Saúde (2011), “os subsistemas privados de saúde consistem em entidades de natureza privada que, por contrato, asseguram prestações de saúde a um conjunto de cidadãos e/ou participam financeiramente nos correspondentes encargos.”.

Os SAMS do SBSI são:

Complementares do SNS, continuando a assegurar o acesso dos seus beneficiários à prestação direta nos seus serviços próprios; à prestação de cuidados

de saúde por entidades com as quais tenham celebrado acordos ou convenções (regime convencionado) e à prestação de cuidados de saúde em quaisquer outras entidades, no âmbito do vulgarmente designado de regime livre (Entidade Reguladora de Saúde, 2011).

2.2. Caracterização da Empresa

2.2.1. Sindicato dos Bancários Sul e Ilhas

A instituição onde se desenvolveu o projeto foi no Sindicato dos Bancários Sul e Ilhas (SBSI), o qual representa o principal Sindicato português. Abrange os trabalhadores de instituições financeiras que exerçam ou tenham exercido atividade nos distritos de Beja, Castelo Branco, Évora, Faro, Lisboa, Portalegre, Santarém, Setúbal e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, como é possível verificar na Figura

Para além das atividades no campo das relações laborais, nomeadamente na contratação coletiva de trabalhadores, o SBSI gere o Serviço de Assistência Médico-Social (SAMS), uma organização privada de saúde, bem como, a Unidade de Serviços Partilhados (USP) que centraliza as atividades de suporte e transversais ao Sindicato.

Quanto aos marcos na história da instituição, o Sindicato, com as suas raízes na Associação Portuguesa dos Empregados Bancários, foi fundado em 1932, constituindo-se, em 1933, o Sindicato Nacional dos Empregados Bancários do distrito de Lisboa. Com a democratização do Sindicato após o 25 de Abril, passa a denominar-se SBSI, encontrando-se entre os Sindicatos subscritores da Carta Aberta, da qual viria a nascer a UGT - União Geral de Trabalhadores, sendo em 1979, que se constitui a filiação do Sindicato na UGT.

2.2.2. SAMS

A atividade dos SAMS está diretamente relacionada com os cuidados de saúde, onde a elevada qualidade e segurança, através do recurso às melhores práticas, na colaboração dos profissionais mais qualificados numa ótica de integração de cuidados, de cooperação e de colaboração multidisciplinares, tem como objetivo estratégico, desenvolver uma política sustentada de qualidade, segurança e de gestão do risco clínico, no âmbito da prestação de cuidados de saúde.

Sendo a sua atividade principal a prestação de cuidados, a sua concretização é assegurada através de serviços de ambulatório e de hospitalização, assistência à terceira

idade, através da prestação interna de cuidados de saúde e da comparticipação de despesas realizados fora dos seus serviços.

Quanto à cronologia, os serviços de assistência médica para os associados e respetivas famílias surgiram em 1933, através de uma prestação direta de serviços de consulta, pequena cirurgia, tratamentos e injeções num posto clínico e ao domicílio. Em 1976, com a expansão e diversificação da sua atividade, constituem-se os SAMS. Esta evolução é marcada, em 1978, pela abertura do Centro Clínico de Ambulatório e com o progressivo alargamento da sua área de intervenção, através da criação dos postos clínicos periféricos da zona de Lisboa e dos postos clínicos regionais. Em 1994, é inaugurado o **Hospital do SAMS**, estabelecendo-se uma aposta clara no alargamento e melhoria dos cuidados de saúde. Estes serviços eram apenas dirigidos a sócios do SBSI e respetivos familiares contudo, em 2008 e, após a divisão dos SAMS em SAMS Apoio Social e SAMS PIC, o sistema de saúde passou a ser também dirigido a utentes abrangidos por Acordos, Parcerias e Seguradoras, celebrados pelos SAMS e utentes privados.

2.3. Caracterização das categorias profissionais

Os profissionais de saúde constituem um dos grupos profissionais de maior risco pelo seu envolvimento direto e constante com pessoas em sofrimento, podendo aumentar a sua suscetibilidade ao desgaste emocional. Esta situação é particularmente crítica nos profissionais de enfermagem, dada a relação direta entre o enfermeiro e o doente (Ribeiro, s.d.).

Os enfermeiros do serviço específico onde foi desenvolvido o projeto em questão, são responsáveis por prestar cuidados de enfermagem avançados a pacientes com doenças agudas (i.e., ataques cardíacos, síndrome de desconforto respiratório, entre outras), bem como a pacientes do pré e pós-operatório e também são responsáveis por realizar procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos invasivos avançados.

Particularmente, os enfermeiros deste serviço devem cumprir as seguintes práticas: Avaliar condições de saúde urgentes e emergentes e realizar procedimentos médicos de emergência; Prescrever e gerir condições de reações aos medicamentos, particularmente, em situações de sedação, acompanhando os doentes na resposta à medicação e modificando prescrições conforme necessário; Administrar terapêuticas intravenosas; Configurar, operar ou monitorar equipamentos (i.e., colostomia, traqueotomia, ventiladores mecânicos, cateteres e tubos gastrointestinais); Registrar dados dos documentos relacionados com os cuidados dos

pacientes (i.e., resultados de avaliação, intervenção, medicamentos, respostas dos pacientes e mudanças de tratamento); Colaborar com membros da equipa multidisciplinar, avaliando e planeando tratamentos; E fornecer informação aos familiares do doentes (O*NET).

Consoante o descritivo de funções do SBSI, o enfermeiro dos SAMS deve:

Avaliar as necessidades em matéria de enfermagem dos indivíduos, famílias e comunidades, quer nas instalações dos SAMS que no domicílio do utente; programar, executar e avaliar cuidados de enfermagem diretos e globais correspondentes a essas necessidades; registar todos os cuidados de enfermagem prestados ou a prestar; elaborar o plano de cuidados e estabelecer prioridades; realizar e participar em estudos que visem a melhoria dos cuidados de enfermagem (Descritivo de funções do SBSI).

Outro grupo que está exposto ao relacionamento direto com a doença, dependência, sofrimento crónico e, em alguns casos, a morte, é o grupo dos auxiliares de ação médica, ao qual não é frequentemente atribuída igual importância na literatura. Porém, segundo Maslach, Jackson e Leiter (1996), o esgotamento relacionado com os acontecimentos descritos anteriormente, é um sintoma característico das profissões cuja atividade é a prestação de serviços humanos e da qual os auxiliares de ação médica também fazem parte.

Deste modo, este projeto teve interesse em explorar também uma categoria profissional pouco estudada, como é o caso dos auxiliares de ação médica. Estes são responsáveis por prestar cuidados básicos ao paciente sob coordenação e orientação dos enfermeiros. Desempenham essencialmente tarefas básicas de apoio, como alimentação, higiene pessoal, posicionamentos e higiene do espaço do doente.

Mais especificamente, estes profissionais executam funções como: Fornecer suporte físico para ajudar os pacientes a realizar atividades da vida diária (i.e., tomar banho, vestir-se e usar a casa de banho); Auxiliar os pacientes na ingestão de alimentos ou líquidos; Posicionar os pacientes acamados; Atender às necessidades dos pacientes, nomeadamente, responder aos sinais executados pelos próprios, através do sistema de intercomunicação; Coletar amostras dos pacientes (i.e., urinas, fezes e expetorações) e, se necessário, levá-las ao laboratório; Levantar exames ou itens da farmácia; Preparar os doentes para os exames e, se necessário, transportá-los para as unidades; Limpar e higienizar os quartos dos pacientes, bem como certificar as mudas de roupa e de cama dos doentes (O*NET).

De acordo com as normas reguladoras do SBSI, o auxiliar de ação médica dos SAMS:

Executa trabalhos auxiliando o médico, o enfermeiro ou o paramédico, desde que aqueles não exijam preparação específica e conhecimento de determinadas técnicas; arruma, esteriliza e lava instrumentos médico-cirúrgicos e outro material clínico; faz limpeza e arrumação nas salas e quartos onde existam equipamentos que exijam cuidados especiais e auxilia na conservação dos mesmos; procede à receção, arrumação e distribuição das roupas lavadas e à recolha das roupas sujas; ajuda e atende os doentes prestando-lhes cuidados de higiene e conforto, ajudando na sua alimentação, mobilização, posicionamento e transporte; atende os familiares transmitindo-lhes os esclarecimentos necessários; faz registos dos trabalhos efetuados; procede ao acompanhamento, diurno e noturno, de doentes e/ou residentes, podendo, quando estritamente necessário, conduzir veículos, automóveis para o seu transporte; participar na ocupação dos tempos livres; procede à marcação de consultas e atos clínicos, com ou sem apoio de meios informáticos (Descritivo de funções do SBSI).

CAPÍTULO III – Metodologia de Diagnóstico

No presente capítulo está descrita detalhadamente a metodologia utilizada, com o propósito de dar a conhecer as opções que orientaram a investigação e os procedimentos adotados. Optou-se por uma metodologia qualitativa, a qual surge como resposta adequada aos objetivos do projeto, na medida em que visa uma compreensão mais abrangente e detalhada dos fenómenos observados pelo investigador, valorizando o significado particular que cada sujeito atribui à realidade (Bryman, 2008).

Este tipo de metodologia é particularmente indicada para estudos de natureza exploratória cujo objetivo é compreender e descrever um fenómeno (Vanderstoep & Johnston, 2009), possibilitando a recolha e o tratamento de uma grande quantidade de informação e num contexto natural (Johnson & Onwuegbuzie, 2004). Esta metodologia também exige que alguns cuidados sejam respeitados, nomeadamente, transparência, honestidade e rigor na recolha e análise dos dados e na comunicação de todo esse procedimento (Yin, 2011).

Desta forma, o primeiro passo foi analisar a informação documental já existente, por forma a fazer a caracterização da organização e o levantamento e identificação dos elementos relevantes para o diagnóstico. Após essa análise, recorreu-se a outras técnicas, nomeadamente à observação e às entrevistas com os trabalhadores, de modo a avaliar as suas percepções de exposição ao risco, para que consequentemente se priorizem as situações que serão objeto de intervenção. A entrevista foi o método com maior enfoque neste projeto, sendo particularmente importante neste tipo de metodologia, uma vez que permite recolher os testemunhos dos participantes, compreendendo a visão holística de cada um.

Durante a recolha e análise dos dados, os fundamentos teóricos estiveram sempre presentes, servindo como suporte para a própria coerência dos resultados apresentados posteriormente.

3.1. Participantes

Para o presente estudo, foram selecionados trabalhadores de duas categorias profissionais diferentes de uma unidade de serviço concreta. Tratou-se portanto de uma amostra não probabilística de conveniência (Bryman, 2008), na qual se procurou a maior pertinência de informação (Yin, 2011). Deste modo, o serviço⁴ foi escolhido tendo por base a

⁴ Optou-se por não referir o serviço em questão, por forma a garantir a afetividade do anonimato, evitando a identificação dos indivíduos participantes no estudo.

análise documental de um estudo desenvolvido pela própria organização. Além disso, definiu-se uma amostragem do tipo “variação máxima”, na seleção dos elementos da amostra como forma de se obter diversidade e representatividade (Yin, 2011).

O universo deste estudo é composto por 30 trabalhadores, sendo que 15 pertencem a uma categoria profissional e os restantes 15 a outra. Os trabalhadores auxiliares de ação médica, dos quais a maioria (73%) pertence ao sexo feminino, com uma média de idades de 41 anos, sendo que a faixa etária mais representada é dos 32 aos 36 anos (27% da amostra). Estes trabalhadores têm uma média de antiguidade nos SAMS de 11 anos e no serviço de 8 anos. Quanto às qualificações, 47% dos trabalhadores completou o 3º ciclo do ensino básico. Relativamente aos trabalhadores enfermeiros, 67% é do sexo feminino e 33% do sexo masculino, sendo a média de idades de 32 anos, onde a faixa etária mais representada (33%) está entre os 20 e os 25 anos. Destes trabalhadores, a média da antiguidade nos SAMS é de 7 anos e de 6 anos no serviço em concreto. Todos os trabalhadores possuem, pelo menos, o grau académico de licenciatura em enfermagem. Desta amostra de quinze enfermeiros, três desempenham funções de chefes de equipa e todos os restantes estão afetos à prestação de cuidados (Anexo A).

3.2. Técnicas de Recolha de Dados

Tratando-se de um estudo qualitativo, optou-se por recorrer a três diferentes técnicas de recolhas de dados: a análise documental, a observação e as entrevistas individuais com os trabalhadores.

3.2.1. Análise Documental

A análise documental, conforme Bardin (2009), tem como objetivo analisar e representar as informações provenientes de elementos pesquisados que permitem compor um documento que maximize as informações sobre um tema. A recolha de documentação relativa aos procedimentos e regulamentos internos, bem como os descritivos de funções, foram analisados com o intuito de conhecer as políticas e algumas informações relevantes da organização. Posteriormente foi realizada uma análise documental mais peculiar, através do acesso a relatórios anuais, dados estatísticos da organização e ações ou estudos realizados anteriormente.

Deste modo, um estudo realizado pelo núcleo de medicina e segurança no trabalho, o qual foi desenvolvido em várias unidades hospitalares sobre riscos psicossociais, serviu particularmente os interesses deste projeto. Segundo a DRH:

O SBSI desde há vários anos que se encontra ciente do risco existente quer devido às atividades desenvolvidas nos SAMS, aos horários praticados bem como às profissões existentes que são de risco no que se refere à prevalência de riscos psicossociais (...) procede-se agora à sistematização da informação dispersa, à avaliação estruturada dos riscos psicossociais com vista à definição de um plano de ação fundamentado que permita prevenir os riscos existentes ou reduzir a gravidade dos seus efeitos na saúde dos trabalhadores (Direção de Recursos Humanos, 2012).

O SBSI optou por utilizar uma metodologia quantitativa, mais especificamente, a aplicação de um questionário⁵ de avaliação de riscos psicossociais. O instrumento, de carácter fechado, direcionava a avaliação concreta de determinados fatores de risco (i.e., condições de trabalho, definição de objetivos, excesso de trabalho e equilíbrio vida familiar/ trabalho). Posteriormente, foi realizada uma análise das respostas obtidas com o objetivo de detetar os fatores de risco psicossocial e eventuais impactos nos diferentes serviços, no sentido de elaborar um plano de ação preventiva.

Através deste documento compreenderam-se práticas organizacionais permitindo que se alinhassem alguns dos objetivos da organização com o nosso projeto, visto que é importante que se articule a intervenção com as políticas da instituição. Uma vez analisada criteriosamente toda a informação, este estudo possibilitou que se clarificasse o tipo de metodologia a adotar para o projeto em questão, bem como os materiais de recolha de dados mais adequados.

3.2.2. Observação

A observação constitui uma técnica privilegiada para recolha de dados qualitativos, é usualmente complementada com outras técnicas, tais como a entrevista e/ou análise documental, e pode servir de auxílio para a escolha de técnicas e procedimentos metodológicos (Danna & Matos, 2006), tendo cumprido também este propósito. Antes de se proceder à construção do guião das entrevistas foram realizadas duas observações livres, com o intuito de conhecer o espaço, o material, as rotinas e procedimentos dos trabalhadores, aumentando a compreensão a respeito dos fenómenos em estudo (Fagunde, 1999). Não foi utilizada uma grelha de observação, uma vez que o propósito destas observações era possibilitar ao investigador o contato, em contexto real, com as situações de trabalho a

⁵ Gestão Preventiva de Riscos Psicossociais no Trabalho em Hospitais da União Europeia, por João Manuel Aguiar Coelho (2009).

estudar. As observações decorreram com o mínimo de intervenção por parte do investigador e durante turno da manhã.

3.2.3. Entrevista

Após toda a análise documental dos dados e as observações livres, realizadas no local de trabalho, optou-se por recorrer à entrevista como técnica principal na recolha de dados. De acordo com Lessard-Hébert, Goyette e Boutin (1994), é uma técnica fundamental para recolher dados válidos sobre os participantes, no que concerne às suas crenças, opiniões e ideias. Compreende conversas orais cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspetiva dos objetivos da recolha de informações (Ketele & Roegiers, 1999).

A preparação da entrevista é uma das etapas mais importantes do processo. Assim, procedeu-se à construção do guião de entrevista (Anexo B), instrumento base para a recolha de dados na forma de texto. Este foi adaptado do projeto PPPSER⁶, tendo por base também o modelo de riscos psicossociais proposto por Leka, Griffiths e Cox (2004), bem como o conhecimento obtido através das observações livres executadas no terreno. Foi desenhado um guião para ambas as categorias profissionais, tendo sido feito, sempre que necessário, a adaptação da linguagem aos participantes-alvo.

O guião foi organizado em blocos de temas, iniciando com uma pequena introdução sobre o trabalho desenvolvido e pretendido, bem como os objetivos da entrevista. De uma forma geral, as questões pretendiam explorar a relação entre o trabalho prescrito e o trabalho real e os impactos dessas exigiências nos trabalhadores. Todas as perguntas foram desenvolvidas com o objetivo de explorar especificidades deste contexto, convidando os trabalhadores a partilhar as suas experiências. As questões introdutórias faziam parte do primeiro tema e tinham como objetivo averiguar o nível de conhecimento dos trabalhadores acerca do conceito de riscos psicossociais. Estas primeiras questões foram desenvolvidas com o apoio do guião do projeto. O segundo conjunto de questões encontra-se relacionado diretamente com a descrição da atividade e com os impactos que estas poderiam ter a nível físico e psicológico, perscrutando questões sobre rotinas típicas de trabalho. Estas perguntas foram desenhadas com base na observação livre realizada anteriormente. Por fim, o último bloco de questões procurava analisar as fontes de risco (i.e., conteúdo do trabalho, horários de trabalho, cultura organizacional e função, entre outras), através do modelo de riscos

⁶ *Participative Prevention of Psychosocial Emergent Risks in SMEs*

psicossociais proposto por Leka, Griffiths e Cox (2004), tentando compreender a presença destes riscos e a quais deles pensam poder estar expostos.

Deste modo, optou-se por um guião semiestruturado como forma de potencializar as intervenções dos trabalhadores, combinando-se perguntas abertas com perguntas fechadas. A adoção deste tipo de guião, permite guiar de forma flexível a entrevista, não sendo imperativa a ordem das questões e permitindo que outros temas sejam incluídos (Bryman, 2008). No entanto, é importante a definição das questões para tornar a recolha da informação homogénea e similar, para que se possam extrair resultados equiparáveis entre si (Bardin, 2009).

3.3. Procedimento

Após a análise documental e definida a unidade de serviço onde se pretendia atuar, procedeu-se ao contato direto com a chefia responsável pela unidade e apresentaram-se os objetivos do projeto. Depois da aceitação e o consentimento de todos os participantes, realizaram-se as observações livres. Estas decorreram entre as 08h00 e as 16h00, e visavam familiarizar os participantes com a presença do investigador e familiarizar o próprio investigador com a atividade desenvolvida no serviço.

Concluído o processo de observação e construção do guião, agendaram-se as entrevistas individuais com os trabalhadores. Todas as entrevistas foram realizadas presencialmente, no próprio local de trabalho dos participantes, de modo a permitir uma visão mais realista do contexto e do fenómeno em causa, assegurando sempre a sua privacidade. Decorreram, o mais possível, dentro das mesmas condições, tendo sido a sala e a disposição da mesma sempre igual, o horário compreendido entre o período em que os trabalhadores estavam mais libertos (entre 13h00 e as 15h00), e com uma duração aproximada de 40 minutos por entrevista. No total foram realizadas 30⁷ entrevistas.

Uma vez esclarecidos os objetivos de investigação, procedeu-se à entrevista, tendo como regra a menor intervenção possível por parte do entrevistador, uma vez que assim maior será a riqueza do material recolhido, dado que por parte do entrevistado, surgirão respostas menos influenciadas (Guerra, 2006).

⁷ Não se adotou de forma rigorosa o método de saturação teórica mas conseguiu-se alcançar um consenso e alguma constância nos dados recolhidos, sendo a informação suficiente para uma análise de conteúdo válida e pormenorizada.

As entrevistas foram gravadas na íntegra, após autorização dos participantes e garantida a confidencialidade e o anonimato de elementos identificativos dos participantes e, a omissão de informações de carácter particular (Berg, 1998).

3.4. Técnicas de Análise de Dados

Após a recolha de dados, processo que envolveu um trabalho de campo intenso e onde foi despendido um volume de tempo significativo, no sentido de otimizar a análise e interpretação dos dados, procedeu-se à organização dos dados. Os dados provenientes das diversas fontes foram objeto de análise de conteúdo, sendo que no caso das entrevistas, estas obedeceram a um processo de análise de conteúdo mais rigoroso. Esta análise completa o objetivo definido por este estudo exploratório descritivo (Berg, 1998) e permite simplificar os dados e a sua interpretação e obter explicações, a partir da informação recolhida (Vala, 2005). Segundo Creswell (2009) podem ser definidas cinco fases gerais na análise de conteúdo: Preparação dos dados; Identificação das categorias de análise; Codificação das entrevistas; Comparação dos dados; E interpretação dos resultados. Contudo, não há regras absolutamente únicas para a análise dos dados qualitativos (Yin, 2011).

Este tipo de análise pode ser descrito como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2009).

Assim, no caso da análise documental optou-se por realizar uma técnica de análise descritiva dos dados como forma de sintetizar a informação obtida. Este tipo de análise privilegia a “interpretação de dados numéricos através da criação de instrumentos adequados: quadros, gráficos e indicadores numéricos” (Reis, 1996) e resume um conjunto de informação recolhida, sobre uma amostra, numa dada investigação. Através da análise documental obtiveram-se pistas para dar continuidade ao projeto, nomeadamente sobre a unidade de serviço onde este incidiria, bem como as categorias profissionais com particular interesse para o mesmo. Estas escolhas destacaram-se não só devido aos resultados reportados no documento mas também pela revisão de literatura efetuada.

Para dar início à fase exploratória do estudo utilizou-se como técnica de recurso a observação. Seguidamente, com o propósito de explorar e analisar os dados obtidos durante as entrevistas, recorreu-se a uma técnica de análise categorial temática, sendo que ao categorizar os dados está a simplificar-se a procura de padrões nos diferentes dados recolhidos (Patton, 1990).

O primeiro passo consistiu na identificação de categorias de análise. De acordo com Bardin (2009):

A maioria dos procedimentos de análise organiza-se em redor de um processo de categorização. A categorização é operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia com os critérios previamente definidos).

Segundo Patton (1990), é possível executar uma análise dedutiva, onde são definidas categorias à priori e/ou efetuar uma análise indutiva, definindo-se categorias à posteriori. Algumas das categorias foram definidas antes da observação dos conteúdos recolhidos, com base no modelo de riscos psicossociais proposto por Leka, Griffiths e Cox (2004) mas outras foram apenas identificadas no decurso da codificação com os dados obtidos, à medida que se iam analisando os dados recolhidos com base no discurso dos entrevistados. Complementou-se uma abordagem dedutiva com uma indutiva, traduzindo-se na utilização de uma técnica mista.

Para um processo de categorização fiável e válida, todos os registos áudio gravados nas entrevistas foram transcritos na sua íntegra e posteriormente codificados num dicionário de categorias (Anexo C). O dicionário permite que se classifiquem fenómenos (Kirk & Miller, 1986), minimizando a subjetividade e os erros de codificação (Bryman, 2008).

Optou-se por definir categorias chave de acordo com as grandes temáticas e consequentemente subdividi-las em temáticas mais específicas. O dicionário está dividido por temas, os quais estão associados a uma questão, e ainda divididos e subdivididos, respetivamente, em categorias e subcategorias, sendo que todas as subcategorias reportam uma definição, como é possível observar no exemplo apresentado.

Figura 2: Exemplo ilustrativo do dicionário de análise

| Grandes temas | Pergunta | Categorias | Subcategorias | Definição | |
|-------------------------------------|---|-----------------------|---------------|---|-----------------|
| Desenvolvimento do tipo de trabalho | 3. Quais as exigências das suas funções | Descrição do trabalho | Global | Participantes descrevem globalmente um dia normal de trabalho e o tipo de tarefas que realizam | Turnos no geral |
| | | | Específico | Participantes descrevem um dia normal de trabalho, especificando o tipo de tarefas que realizam em cada um dos turnos | Manhã |
| | | | | | Tarde |
| | | | | | Noite |

Para a construção deste dicionário foi necessário criar categorias mutuamente exclusivas para minorar a ambiguidade e as multicotificações, não descurando as relações que advêm dessas categorias (Bardin, 2009). Desta forma, o dicionário está dividido em três grandes dimensões.

A primeira dimensão compreende o primeiro tema e trata as questões de enquadramento, onde as categorias resultantes estão relacionadas com a definição do conceito de risco psicossocial. Esta definição pode resultar na identificação de riscos específicos, tais como, esforço físico, relação com os doentes e/ou familiares, entre outros, e/ou então, reconhecer apenas os riscos globalmente.

A dimensão seguinte explora processos de trabalho e abrange aspetos do decorrer do trabalho com base na própria organização laboral mas também através da vivência individual do trabalhado. Este tema emerge em três grandes categorias, onde a primeira se refere à descrição do trabalho, sendo que o participante pode descrever globalmente as tarefas realizadas ou relatá-las, consoante os turnos. A segunda categoria menciona aspetos sintomatológicos do trabalho, subdivide-se em nível físico e/ou psicológico e espera-se que o trabalhador faça referência a consequências individuais que o trabalho pode ter ao nível da saúde física e/ou saúde mental e a sua atitude face ao trabalho. A terceira categoria deste tema expõe a identificação de aspetos do trabalho, positivos e/ou negativos, tais como contribuição e ajuda, reconhecimento, relações interpessoais no trabalho, entre outros.

A última dimensão pretende compreender os consequentes dos processos de trabalho, através do reconhecimento de fatores de risco. Este tema tem como intuito explorar os fatores que podem ser as principais causas dos riscos psicossociais relacionados com o trabalho. Nesta categoria de análise são contemplados aspetos do conteúdo do trabalho, carga e ritmo de trabalho, horários de trabalho, controlo, ambiente e equipamentos, cultura organizacional e função, relações interpessoais no trabalho, papéis na organização, desenvolvimento de

carreira e interface lar-trabalho. Dentro destas categorias, pretende-se explorar algumas questões, por forma a verificar se o trabalhador está exposto a alguma.

Por forma a garantir que a codificação era homogénea, objetiva, fíável e válida, alguns passos tiveram que ser respeitados. Como tal, todas as categorias criadas, apoiadas num único critério (riscos psicossociais), foram pertinentemente exploradas, de forma exclusiva (Bardin, 2009). Privilgiou-se a técnica sobre a qual, duas pessoas diferentes categorizarem o mesmo material, em detrimento da prática, onde o mesmo investigador codifica o material em dois tempos diferentes (Bryman, 2008). A opção escolhida, consoante Bryman (2008) tem o nome de inter-codificação e o seu propósito é que pessoas diferentes codifiquem o mesmo material de análise como forma de alcançar avaliações semelhantes e consistentes. Após reunidas condições para considerar que a categorização cumpria estes critérios, procedeu-se à análise e interpretação dos dados.

CAPÍTULO IV – Resultados e Discussão

De acordo com Guerra (2006), o investigador qualitativo, descobre a lógica da investigação através da análise do material empírico que vai recolhendo, tendo o propósito de reconhecer as lógicas e racionalidades dos atores, confrontando-as com um modelo de referência.

Neste projeto, a análise dos dados obtidos no terreno, provenientes da documentação, das observações livres e entrevistas, será efetuada por meio de triangulação de dados e de fontes. A finalidade da triangulação é convergir os dados recolhidos pelas diferentes fontes, como forma de verificar a consistência das informações (Minayo, 1996). A combinação de duas ou mais fontes de dados numa mesma pesquisa permite uma compreensão mais completa do fenómeno a analisar. Contudo, a principal técnica adotada foram as entrevistas individuais e com base nesta, procurou-se comparar como é que os trabalhadores das diferentes categorias profissionais convergem ou divergem na identificação dos fatores de risco psicossocial.

4.1. Análise dos dados

A última fase do processo de análise de conteúdo é um processo analítico e descritivo que favorece a interpretação e descrição de fenómenos (Vala, 2005). Desta forma, antes de se proceder à análise das entrevistas foram analisados os dados obtidos no relatório dos SAMS. Recorreu-se apenas à estatística descritiva com finalidade na análise e interpretação da informação quantitativa, utilizando-se apenas a medida de percentagem. Por sua vez, para a análise das entrevistas optou-se por efetuar uma contagem de frequência das respostas dos trabalhadores. Esta análise foi conduzida numa única fase onde se articulou todas as fontes de registo. Consequentemente confrontaram-se as conclusões obtidas pela análise dos dados com a revisão da literatura dos diferentes estudos efetuados sobre esta temática.

Assim, inicialmente procedeu-se a uma análise descritiva dos dados quantitativos obtidos pelo estudo efetuado anteriormente pelo SBSI, relativos ao hospital no geral e ao serviço concreto onde também foi desenvolvido este projeto específico. A análise efetuada aos dados provenientes do relatório dos SAMS permitiu o reconhecimento da presença ou ausência de um potencial problema, a identificação dos principais problemas e as diferenças entre os valores reportados, sendo no entanto uma abordagem meramente quantitativa. Na tabela em anexo (Anexo D, tabela 5) estão sintetizados os resultados obtidos pelo questionário aplicado pelos SAMS.

Deste modo, começando pela dimensão relacionada com as condições de trabalho, de uma forma geral, os trabalhadores consideram que o contexto de trabalho é adequado, sendo que até é o serviço específico que revela estar mais satisfeito (98%) do que o próprio hospital no geral (87%). No que respeita a disposição dos recursos e equipamentos necessários para execução do trabalho, os trabalhadores demonstraram estar muito satisfeitos (90% e 93%).

Quanto à análise do conteúdo das tarefas, os trabalhadores não reportam o seu trabalho rotineiro, uma vez que, no serviço concreto 93% concorda que as tarefas não são rotineiras, contra 87% do hospital. No entanto, parecem existir outros constrangimentos organizacionais, já que, 90% dos trabalhadores do serviço específico relatam que o trabalho é complexo e 78% dos trabalhadores do hospital concordam. Da mesma forma, no que diz respeito à natureza do trabalho, 88% dos trabalhadores do serviço específico, considera que o doente espera muito de si, acrescentando o facto de 85% considerar que o seu trabalho é emocionalmente desgastante. Esta situação também se verifica nos trabalhadores em geral do hospital, embora os valores, 72% e 70%, respetivamente, sejam ligeiramente mais baixos. Outra questão prende-se com a pressão na execução do trabalho, onde 54% dos trabalhadores de um serviço concreto reportam esta questão.

Ao nível da organização do trabalho verificam-se alguns valores alarmantes, em especial nos trabalhadores do serviço específico (95%). Para além disso, 73% dos trabalhadores do tal serviço, contra 51% dos trabalhadores do hospital, admite ser interrompido com frequência na execução das suas tarefas. Outra questão prende-se com a execução de algumas tarefas, onde 76% dos trabalhadores de um determinado serviço assume que executa tarefas que não deveria, apesar de 76%, concordar com as políticas implementadas. Da mesma maneira, 65% dos trabalhadores do hospital considera que realiza tarefas que não deveria mas 75% concorda com as políticas implementadas.

Relativamente à carga e ritmo de trabalho, o excesso de trabalho parece ser um problema, especialmente no serviço concreto, visto que 95% reporta essa questão. Outra questão preocupante é o facto de 93% dos trabalhadores do tal serviço concreto admitir não dispor de tempo suficiente para dedicar aos doentes, embora 68% considere que dispõe de tempo suficiente para executar as suas tarefas. Esta questão revela que as funções mais técnicas são terminadas em detrimento da parte mais relacional com o doente.

Apesar destas questões anteriormente mencionadas, no geral, tanto os trabalhadores do serviço concreto (85%) como os trabalhadores no geral do hospital (88%) julgam ter autonomia no trabalho. Contudo, do mesmo modo que a maioria dos trabalhadores considera

que não executa tarefas que não deveria, 83% dos trabalhadores do serviço e 88% dos trabalhadores no geral, afirma já se ter deparado com procedimento com os quais não concorda. Ao nível da definição dos objetivos, embora os trabalhadores no geral (66%) demonstrem satisfação com esta questão, os trabalhadores de um serviço concreto (49%) não são da mesma opinião.

A nível das relações de trabalho, primeiramente num nível mais vertical, verifica-se que a relação com as chefias é aparente um ponto positivo dos trabalhadores do serviço (88%) e dos trabalhadores no geral (87%), considerando a maioria que a sua chefia reconhece o seu trabalho (76% e 81% respetivamente). Por sua vez, também as relações com os utentes, familiares e colegas é mencionado como um ponto bastante positivo, sendo que todos os trabalhadores do serviço concreto (100%), contra 98% dos trabalhadores do hospital, considera ter uma boa relação. Do mesmo modo, 83% e 82%, respetivamente, confirma que existe uma boa comunicação e partilha de informação. Porém, 54% dos trabalhadores do serviço concreto admite que, por vezes, surgem conflitos. Por sua vez, a questão do trabalho em equipa é outro aspeto mencionado de forma positiva, uma vez que mais de 90% dos trabalhadores considera ter o apoio e ajuda dos colegas de trabalho.

Outro ponto muito importante a abordar prende-se com casos de violência, nomeadamente violência verbal, onde 49% dos trabalhadores no geral considera ter sido alvo de agressão e contrariamente, 11% dos trabalhadores no geral reportam a mesma situação.

Um ponto negativo relaciona-se com o vínculo contratual, uma vez que, 83% dos trabalhadores do serviço concreto e 62% dos trabalhadores no geral têm receio de perder o emprego. Também a perspectiva de evolução na carreira é um fator crítico, visto que apenas 44% dos trabalhadores de um serviço específico é que sente que tem oportunidade de carreira e 24% considera essas perspectivas como boas. Contrariamente, 53% dos trabalhadores no geral que consideram que tem tido oportunidades de carreira mas apenas 48% é que as considera como boas.

O conflito trabalho-família parece não ser bem gerido, sendo que tanto os trabalhadores de um dado serviço como os trabalhadores do hospital em geral vai para casa a pensar no trabalho (90% e 81%, respetivamente). Contudo, 80% dos trabalhadores do serviço específico considera, assim como 85% dos trabalhadores no geral, considera que existe flexibilidade e compressão para a vida familiar.

No sentido de compreender melhor o diagnóstico desenvolvido pelo SBSI, optou-se por utilizar uma metodologia qualitativa, recorrendo-se à técnica de entrevistas como forma de compreender e explorar fenómeno em questão.

Os dados provenientes das entrevistas foram analisados em várias etapas. Assim, após codificação e análise da informação, procedeu-se à comparação das diversas entrevistas o que permitiu, em primeira instância, obter uma visão global dos dados, permitindo reconhecer as consistências entre os discursos como forma de identificar os padrões (McCracken, 1988). Posteriormente procedeu-se a uma análise de frequências que possibilitou, em primeiro lugar, uma quantificação simples (Vala, 2005) e auxiliou no reconhecimento das categorias mais frequentemente citadas pelos entrevistados, assim como na identificação dos casos onde os padrões não se aplicam, uma vez que, a ausência de frequência em determinada categoria pode revelar um significado (Bardin, 2009). Por fim, identificaram-se as inter-relações entre o discurso dos participantes e a revisão da literatura (McCracken, 1988).

Na descrição dos resultados, teve-se em conta o critério de enumeração (Bardin, 2009), de modo que, apenas são reportados os valores mais representativos da população em questão.

Conceito de riscos psicossociais

O conceito de risco psicossocial remete para questões da conceção, organização e gestão desadequada do trabalho com consequências psicológicas, físicas e sociais para os trabalhadores e para as chefias.

No que concerne à análise desta questão, apurou-se que na definição deste tema, os trabalhadores fazem uma definição dos riscos de forma mais específica do que global (Anexo D, tabela 6). Assim, de uma forma geral, a definição de riscos psicossociais no trabalho incide sobretudo na questão da **relação com os doentes e/ou familiares**, bem como a **morte dos doentes**. A primeira subcategoria referida é a mais frequentemente citada por enfermeiros, sendo que em 13 participantes que referiram esta questão, 11 eram enfermeiros, *“tudo o que envolva situações de stresse, como por exemplo o relacionamento com os doentes em si acho que é uma fonte para criar um risco psicossocial no trabalho (...) há alguns doentes mais complicados que alteram a nossa forma de trabalho (...) agora também são relatados mais casos de agressão por parte dos doentes ou mesmo familiares em relação aos enfermeiros e é um pouco neste sentido que eu também acho que isto pode ser um risco psicossocial, as agressões não são apenas físicas, podem também ser verbais e eu reconheço*

*que esta situação já aconteceu comigo aqui” (P 21, E) e apenas 3 pertenciam à classe dos AAM “eu acho que tem a ver com o facto de nós tratarmos diretamente com o doente em si (...) a maioria das vezes quem tem maior contato com os doente é o AAM e muitas vezes sofremos uma pressão muito grande (...) por parte de familiares também, pelo tipo de perguntas que fazem (...) acho que é uma pressão e responsabilidade muito grande e muitas vezes somos responsabilizados por situações que não nos compete e que não é da nossa competência” (P 12, A). Quanto à outra categoria mais frequentemente mencionada, **morte dos doentes**, embora no geral seja a categoria mais referenciadas pelos AAM, em comparação com os enfermeiros, estes mesmo assim referem mais esta questão, visto que 7 participantes enfermeiros fazem referência em 13 participantes gerais “mesmo que no âmbito profissional, nós trabalhamos num serviço que tem taxas elevadas de mortalidade, o que acaba por também mexer um bom bocado connosco e acabo por considerar isso um RPS” (P 16, E) e os restantes 6 participantes AAM também “os riscos psicossociais, em especial neste serviço, abrangem muitas coisas, por exemplo a morte de um doente ou um doente terminal que nós acompanhamos desde o princípio até chegar a hora da morte. Isto interfere connosco, não só como trabalhadores porque queremos dar mais de nós e não conseguimos mas sobretudo como seres humanos” (P 10, A).*

As **relações interpessoais no trabalho** é o terceiro aspeto mais referido, particularmente pelos enfermeiros (6 participantes em 7), “acho que os riscos psicossociais são aqueles aspetos do trabalho que nós acabamos por estar expostos e que vêm de determinados fatores, nomeadamente, por lidarmos entre nós, ou seja, as relações interpessoais e a própria dinâmica que se cria em grupo e se resulta se não resulta” (P 23, E). De seguida o **risco de infeção e doenças** é o fator mais supracitado, em grande parte pelos AAM (5 participantes em 4), “o nosso serviço é o departamento de alto risco derivado das doenças das pessoas e do contato que nós temos com essas mesmas pessoas. Apesar de nós termos algum cuidado, uma pessoa que esteja infetada com uma doença, está a respirar o mesmo ar que nós e a tosse, o espirro e essas pequenas coisas podem infetar-nos. Neste departamento estamos sempre expostos a este risco, aliás trabalhar neste departamento é um risco porque estamos muito expostos ao perigo, riscos de infeções e de doenças mesmo em termos de coisas mais sérias, hepatites, HIV, entre outras coisas” (P 1, A).

Os restantes riscos, **cansaço físico** “a nível físico temos vários riscos, por exemplo em termos de queixas lombares” (P 26, E), **horários de trabalho e/ou conflito trabalho família** “o facto de trabalharmos por turnos, considero que também seja um RPS e por isso, o nosso

social fica altamente afetado. As reuniões de família, os natais, as alturas festivas, para nós enquanto profissionais de saúde que trabalhamos por turnos e, é complicado” (P 27), carga e ritmo de trabalho “eu acho que os riscos psicossociais estão relacionados com uma carga excessiva de trabalho (...) gera stresse e depois já está toda uma equipa pressionada, onde por sua vez, alguns elementos não trabalham em equipa e por todos estes constrangimentos podem gerar-se más respostas aos doentes, o que cria, por sua vez, mau ambiente de trabalho e depois todo o trabalho vai ficando empreitado” (P 10, A).

Porém, outros trabalhadores identificaram apenas o conceito de riscos psicossocial globalmente *“penso que são os fatores que interferem diretamente com a nossa vida social, a nossa vida familiar e a parte também psicológica a que nós estamos sujeitos nessas alterações” (P 17, E).*

Impactos dos riscos psicossociais

No que respeita aos impactos destes riscos, alguns trabalhadores fazem referência a consequências específicas para o trabalhador individualmente, quer ao nível da saúde física, saúde mental ou atitude face ao trabalho e outros sugerem apenas os impactos globais dos riscos. Através da tabela de frequências (Anexo D, tabela 7) é possível verificar, através dos valores reportados, alguma dificuldade em identificar esta questão. De uma maneira geral, observa-se que os enfermeiros mencionam impactos mais específicos do que os AAM que por sua vez fazem referência a aspetos mais globais dos impactos, *“dependendo do risco psicossocial a que reportamos penso que isso tem um impacto na minha prestação adequada ou não do serviço” (P 15, A).*

Relativamente aos impactos específicos mais mencionados, **morte dos doentes e horários de trabalho e/ou conflito trabalho família**, verifica-se que ambos apresentam a mesma frequência (5), sendo que a morte dos doentes é um aspeto mais referido pelos AAM (3 participantes em 5), *“uma vez tivemos aqui uma caso de uma rapariga da minha idade que morreu (...) e eu vi-me ali naquela situação e pensei que poderia ser eu (...) imaginei tudo, os meus pais a chorarem, o meu funeral, a vida depois de não estar presente (...) às vezes vamos um bocado a baixo com estas situações e custa muito” (P 14, A)* e os horários de trabalho e/ou conflito trabalho família é mais mencionado pelos enfermeiros (4 participantes em 5), *“(...) às vezes pode mesmo gerar um conflito entre o trabalho e família porque levamos a bagagem do trabalho para casa, chegamos a casa mais em baixo, mais*

incomodados e isso extrapola-se para a relação pessoal e isso afeta negativamente a nossa presença no lar” (P 29, E).

A **relação com os doentes e/ou familiares** e as **relações interpessoais no trabalho** são impactos identificados com menos relevância. O primeiro impacto foi apenas citado por 3 participantes, sendo que 2 eram enfermeiros “*(...) com estes alguns comportamentos dos doentes e mesmo de familiares sinto-me frustrado porque estou a desempenhar a minha função e que por acaso, consiste em ajudar os outros em situações mais debilitadas mas ainda assim, por vezes, sou melindrado” (P 21, E)* e as relações interpessoais no trabalho foram apenas reportadas por 2 dos participantes, os quais enfermeiros “*as relações com os colegas pode ter múltiplos impactos, pode prejudicar ou pode melhorar, sendo que se a relação for prejudicial isso vai ter um impacto negativo” (P 26, E).*

Desenvolvimento do tipo de trabalho

Exigências da função

As exigências da função dizem respeito a questões relativas a um dia normal de trabalho e o tipo de tarefas que realizam, podendo estas ser descritas, globalmente, “*trabalhamos por turnos e a única coisa que é igual nos turnos são os posicionamentos dos doentes e as alimentações, de resto, as tarefas vão variando consoante o turno em questão.*” (Participante 10) ou detalhadamente, sendo especificadas as tarefas executadas em cada turno (Anexo D, tabela 8).

Alguns exemplos ilustrativos de respostas dadas pelos participantes a esta questão podem ser compreendidos “*o turno da manhã, inicia com a reposição das roupas nos quartos e do material para as higiènes mas antes das higiènes, damos os pequenos-almoços (...) depois são as higiènes (...) limpeza do espaço do doente, no que respeita as camas e mesa-de-cabeceira. Entretanto vêm os almoços e temos que dar os almoços a quem precisa. Depois é a tal volta ao serviço, onde é necessário posicionar” (P 11, A), “o turno da tarde é o turno que a nível burocrático nos deixa com mais stresse (...) no início deste turno vem a medicação e temos que prepara-la para as próximas 24 horas, separá-la e certificarmo-nos que está correta, a primeira coisa que fazemos é separar a medicação das 19h00 e verificar se veio tudo e posteriormente faz-se para as outras rondas de medicação (...) avaliar sinais vitais em simultâneo com a primeira volta da tarde” (P 20, E), “depois da passagem de turno, damos a medicação das 23h00, vamos preparar o resto da medicação que falta para de manhã e tratamos da parte burocrática, preparar as coisas dos sangues para colher de*

manhã, verificar se todos os doentes têm as dietas prescritas, dar baixa da medicação, depois não há assim grande volume de trabalho e é mais um estado de alerta, onde temos de ir atendendo as campainhas, só por volta das 03h00 é que posicionamos os doentes que precisam de ser posicionados e às 06h00, começamos a dar medicação e posicionar os doentes” (P 30, E).

Sintomatologia no trabalho

Também aspetos de sintomatologias relacionadas com aspetos do trabalho abrangem todas as questões referentes não só à saúde física como psicológica dos trabalhadores. Através da tabela de frequências (Anexo D, tabela 9) é possível verificar que os trabalhadores de ambas as categorias profissionais sentem tanto o cansaço físico como o cansaço psicológico, embora existam algumas particularidades em cada uma das sintomatologias.

No que diz respeito à saúde física, os trabalhadores revelam que é um serviço que *“exige muito esforço físico”* (P 26, A), onde os trabalhadores se sentem *“cansados a nível físico depois de um dia de trabalho”* (P 19, E), sucedendo este *“cansaço próprio do trabalho que depende de algumas situações, sendo que há turnos mais cansativos”* (P 26, E). Assim, em termos concretos, os trabalhadores mencionam algumas particularidades neste tipo de cansaço, identificando diferentes partes do corpo onde sentem dores (Anexo D, tabela 10).

Os trabalhadores no geral mencionam sentir dores físicas, com especial incidência nas **pernas** e **costas/lombar**. A primeira subcategoria é a mais mencionada por todos os trabalhadores no geral e no particular, sendo mínima a diferença de frequência entre os trabalhadores das diferentes categorias profissionais. Ainda assim, os enfermeiros mencionam mais as dores de pernas (11 participantes em 21), *“nós passamos muito tempo de pé e de um lado para o outro, sempre a caminhar (...) não há um dia sem dores de pernas”* (P 16, E). As **dores de costas ou lombares** é o segundo aspeto mais citado pelos trabalhadores, principalmente pelos enfermeiros (7 participantes em 12), *“quando é um doente então mais pesado toda a região lombar fica afetada porque são doentes que estão muito dependentes e nós temos que fazer um esforço físico para os mobilizar”* (P 28, E).

As **dores de corpo**, bem como as **dores de braços** são outros aspetos aludidos pelos trabalhadores. As dores de corpo, a terceira categoria mais frequentemente citada pelos trabalhadores no geral, sendo particularmente mais referido pelos auxiliares (4 participantes em 7), *“dói-me frequentemente o corpo todo, temos que fazer mobilizações, camas com os doentes em cima, são pesos pesados”* (P 1, A) e as dores de braços, com uma frequência igual

para ambas as categorias (2 participantes em 4) *“sinto-me especialmente cansada dos braços porque há doentes que nós temos que levantar ao colo porque as famílias exigem”* (P 5, A), *“temos que fazer um esforço físico para os mobilizar, seja na cama, no cadeirão porque tudo o que eles não fazem nós temos que fazer por eles e isso envolve esforços diferentes (...) inclusive braços”* (P 28, A).

As **dores nos pés** e as **dores de cabeça** são também aspetos a considerar pelos trabalhadores, sendo que ambas as categorias profissionais apresentam a mesma frequência, no número de vezes que referencia a dor de pés (2 participantes em 4), *“há dias em que nós andamos quilómetros de um lado para o outro e eu não sinto a sola dos pés”* (P 10, A), embora as dores de cabeça sejam apenas mencionadas pelos enfermeiros (2 participantes em 2), *“às vezes sinto-me cansado mesmo com dores de cabeça”* (P 24, E).

Contudo alguns trabalhadores consideram que o cansaço, por vezes não é tanto físico mas mais psicológico, *“eu sinto que não tem tanto a ver com o cansaço físico mas pelas situações que nós vivemos”* (P 16, E), *“é um serviço cansativo na medida em que lutamos muito e por vezes não conseguimos”* (P 7, A). Os trabalhadores identificam este serviço como um serviço com uma *“carga negativa muito grande”* (P 15, A) e com *“muitas coisas para lidar emocionalmente”* (P14, A). Assim, no que se reporta aos aspetos mais psicológicos, ou seja ao nível da saúde mental dos trabalhadores, alguns dos sentimentos mais mencionados podem ser observados na tabela de frequências (Anexo D, tabela 11).

Os sentimentos mais frequentemente reportado são a **exaustão/desgaste** e a **tristeza**, sendo que a exaustão/desgaste é mais sugerido pelos enfermeiros (11 participantes em 14), *“muitas vezes eu nem me apercebo que estou esgotada quando estou a trabalhar porque a pessoa aqui tem que fazer e faz tudo, parece um super-homem por assim dizer (...) mas depois quando chegamos a casa aí é que verificamos como é difícil abstraímo-nos daquilo que se passou e apercebemo-nos que estamos cansados psicologicamente, que lidamos com situação que não são fáceis, não desligamos (...) estamos exaustos”* (P 22, E). Porém o sentimento de tristeza é mais referido pelos auxiliares (8 participantes em 14), *“já acordei de noite a pensar em doentes e fiquei triste, mito triste (...) este é um serviço onde muitas vezes vamos para a casa a pensar nas pessoas que deixamos, estamos a lidar com pessoas e vidas e há pessoas com quem nos apegamos muito e nós somos de fato os profissionais mais próximos dos doentes e certas situações deixam-nos muito tristes”* (P 1, A).

A **pressão** é outra sintomatologia mais citada pelos trabalhadores, particularmente pelos profissionais enfermeiros (7 participantes em 11), que relatam, *“é um serviço que exige*

muito de nós tanto fisicamente como psicologicamente, existe uma carga e uma pressão grande, com muitos cuidados e onde não temos tempos parados e onde há sempre sucessões de atividades, muitas responsabilidades e muitas tarefas para fazer” (P 25, E). Por sua vez, a **ansiedade/nervosismo** é especialmente referida pelos auxiliares (7 participantes em 11), *“a nível psicológico posso sentir-me nervosa, o fato de não termos tempo para dar atenção aos doentes que precisam (...) o fato do meu trabalho ter influencia no dos enfermeiros também me deixa mais ansiosa porque são trabalhados encadeados e que não se conseguem separar (...) as situações com que temos que lidar aqui também me causam ansiedade”* (P 5, A).

Aspetos do trabalho

Relativamente aos aspetos do trabalho, estes remetem para a questão da identificação de fatores positivos e negativos na execução da sua função. Através da tabela em anexo (Anexo D, tabela 12) é possível observar, a percepção geral dos trabalhadores relativamente a esses aspetos, verificando-se que no geral os aspetos positivos prevalecem sobre os negativos. Os enfermeiros mencionam tanto mais os aspetos positivos como os negativa quando comparadas as frequências entre ambas as categorias profissionais. Particularizando mais a questão, é de notar que os auxiliares referem mais aspetos positivos (20 participantes em 30) do que aspetos negativos (17 participantes em 30), sendo que os enfermeiros citam com a mesma frequência tanto os aspetos positivos como os aspetos negativos.

Muitos dos trabalhadores fazem referência a questões como, *“há uma compensação emocional muito grande”* (P 5, A), *“para mim é um trabalho muito enriquecedor”* (P 22, E). *“gosto de ajudar o doente em todos os aspetos, desde os cuidados de conforto até à ajuda psicológica e física”* (P 21, E). Assim, as questões mais referidas estão relacionadas com a **contribuição e ajuda** na prestação de cuidados, sendo que este é um aspeto particularmente relevante para os auxiliares (10 participantes em 16), *“estou a ajudar as pessoas, a contribuir de forma positiva na vida das pessoas e isso é gratificante”* (P 1, A).

O **contato e relação com os doentes** é o segundo aspeto mais citado pelos trabalhadores, não existindo uma grande diferença entre as categorias profissionais. Ainda assim, os enfermeiros nomeiam esta questão mais vezes que os auxiliares (8 participantes em 15, 7 participantes em 15, respetivamente). Para ilustrar esta questão, alguns trabalhadores citaram o seguinte, *“há coisas que os doentes só partilham connosco e são estas pequenas coisas que, por vezes as pessoas não têm noção, nós não tratamos só do doente, nós também temos toda a uma parte relacional”* (P 22, E), *“gosto muito de lidar com o meu doente, a*

prestação direta de cuidados de saúde, gosto de estar em contato com os doentes, não gosto de ficar na retaguarda, por exemplo a arrumar o material, repor, fazer recados (...) o meu trabalho pode ser mais pesado mas gosto muito de estar em contato com os meus doentes” (P 2, A).

As **relações interpessoais no trabalho**, bem com a **aprendizagem** são aspetos mais referidos pelos profissionais de enfermagem. Particularmente as relações interpessoais parecem ser um assunto importante para esta categoria, uma vez que em 6 participantes, os enfermeiros mencionam 5, *“acho que este serviço tem coisas muito boas, em especial a relação que nós temos entre profissionais, acho que é uma coisa que é muito positiva, a relação entre colegas, a relação com a chefia também é um aspeto muito positivo”* (P 17, E). Por sua vez, a **identificação com o trabalho/profissão e reconhecimento** é uma questão de igual modo apontada por ambas as categorias, especialmente pelos enfermeiros (5 participantes em 7), *“o sentimento de realização depois de ajudar algumas pessoas e o reconhecimento por parte de alguns doentes que nos agradecem imenso (...) isso de certo modo dá-nos algum reconhecimento e algum prazer por aquilo que fazemos”* (P 18, E) mas também aludia pelos auxiliares, *“neste serviço tem que se estar porque se gosta, porque o que se recebe é muito pouco, recebe-se trabalho, muito trabalho e a gratificação é muito pouca (...) há que tirar o máximo de partido disso e eu que tiro é aquele sorriso que o doentes nos dá, aquele obrigada, um mimo”* (P 5, A).

Relativamente aos aspetos negativos mais referidos pelos trabalhadores, através da tabela de frequências (Anexo D, tabela 14) pode-se verificar que os enfermeiros mencionam com maior frequência aspetos menos bons do que os auxiliares. Assim, a questão com maior número de frequência prende-se com a **morte dos doentes**, observando-se que embora não seja grande a diferença de frequências entre as duas categorias profissionais, os auxiliares mencionam mais esta questão (7 participantes em 13), *“o sofrimento, acompanharmos o estado mais debilitado do doente, um caso de insucesso (...) isto de lidar com a morte custa-me e assusta-me”* (P 10, A), do que os enfermeiros (6 participantes em 13), *“os aspetos mais negativos são a qualidade das doenças que passam por aqui porque as pessoas sofrem muito, ver os outros sofrer custa-me muito e os desfechos que por vezes têm também, particularmente a questão da morte é o pior para mim”* (P 28, E).

A **falta de reconhecimento** é o segundo aspeto com maior número de frequências, embora seja mais referido pelos enfermeiros, uma vez que, dos 6 participantes que referiram esta questão, 5 eram enfermeiros, *“serem injustos comigo e não reconhecerem o meu papel é*

o pior do meu trabalho, sejam doentes, familiares ou a comunidade, não existir um reconhecimento do meu trabalho afeta-me” (P 29, E).

O **contato e relação com os doentes e/ou familiares**, assim como o **cansaço físico** e o **cansaço psicológico** são aspetos que são referenciados pelas duas categorias de profissionais com o mesmo número de frequências. O primeiro aspeto supracitado é mais frequentemente citado pelos enfermeiros (4 participantes em 5), *“às vezes há situações menos boas com os doentes e os familiares porque a população é muito exigente (...) infelizmente e cada vez mais, estamos expostos a violência, especialmente verbal, por parte dos familiares, onde são desagradáveis e rudes na forma como falam connosco, por parte de alguns doentes mais desorientados também já tivemos alguns casos de agressão física” (P 26, E).* Por sua vez, os outros dois aspetos são mencionados de igual forma pelas duas categorias profissionais, onde em 5 participantes, 3 são citadas por enfermeiros, *“o cansaço físico não vou mentir, é mesmo terrível e fico de rastos das pernas e das costas” (P 22, E), “sinto algum cansaço e alguma exaustão pelo tipo de funções e responsabilidade que tenho aqui, não só fisicamente mas é também e sobretudo psicologicamente” (P 24, E)* e as restantes pelos auxiliares, *“não é um serviço fácil, muitos doentes dependentes de nós, onde temos de fazer muitas mobilizações e é bastante cansativo” (P 15, A), “o desgaste emocional que temos aqui dá cabe das nossas cabeças” (P 15, A).*

As **relações interpessoais no trabalho** é um dos aspetos referidos por ambas as categorias profissionais o mesmo número de vezes, (2 participantes em 4). Alguns exemplos ilustram esta questão, *“o que menos gosto é o mau ambiente (...) prejudica ou pelo menos influencia o nosso trabalho” (P 6, A), “alguns conflitos que acabam por surgir mesmo dentro da equipa, incompatibilidades de feitios e que acaba por prejudicar a forma como estamos no trabalho e a disponibilidade que acabamos por ter” (P 23, E).*

Os **horários de trabalho e interface lar-trabalho**, bem como a **carga e ritmo de trabalho** são os dois aspetos menos frequentemente mencionados pelos trabalhadores. No que concerne ao primeiro citado, os enfermeiros aludem mais uma vez do que os auxiliares, atribuindo-se uma frequência de 2 menções em 3 participantes, *“os horários de trabalho, o fato de trabalharmos por turnos, tudo isto dificulta a gestão da vida lá fora e tem consequências negativas” (P 27, E).* O outro aspeto é referido uma vez por cada categoria profissional, *“o serviço é pesado e nós temos muito trabalho” (P 1, A), “não sei se por falta de pessoal mas eu acho que temos excesso de trabalho” (P 20, E).*

Causas dos riscos psicossociais

Conteúdo do trabalho

Relativamente ao conteúdo do trabalho, pretendia-se explorar as características das tarefas, nomeadamente se são rotineiras, monótonas, repetitivas, previsíveis e ainda se o tipo de trabalho é significativo e se exige o uso das próprias capacidades designadamente, exigências cognitivas como atenção constante (Anexo D, tabela 15).

De uma forma geral, ambos os profissionais de enfermagem consideram as suas **tarefas rotineiras**. Os enfermeiros particularmente citam esta questão, sendo esta a subcategoria mais referida por eles. Em 24 participantes que referiram este aspeto, 15 pertenciam à categoria de enfermagem *“as minhas tarefas são rotineiras, tarefas (...)* é sempre a mesma coisa (...) trabalhamos à tarefa cada vez mais” (P 29, E) e 9 à categoria de auxiliares, *“há coisas que são sempre iguais e feitas da mesma forma porque as rotinas são as mesmas: as alimentações, higiene, repor os carros, tirar os carros, isto é sempre igual”* (P 2, A), *“a rotina diária é sempre a mesma”* (P 13, A).

As **tarefas repetitivas** são outro dos aspetos referidos por ambas as categorias profissionais, com especial incidência por parte dos auxiliares (11 participantes em 15), *“neste serviço basicamente é sempre a mesma coisa, repetição faz parte do serviço”* (P 1, A) mas com alguma referência também por parte dos enfermeiros (4 participantes em 15), *“as nossas rotinas são repetitivas porque todas as manhãs, tardes e noites funcionam neste ciclo”* (P 27, E). Alguns trabalhadores também reportam as tarefas como sendo **previsíveis**. Este aspeto supracitado é referido por 4 trabalhadores, em particular por 3 auxiliares, *“é sempre a mesma coisa, é a alimentação dos doentes, a higiene dos doentes”* (P 5, A) e *“é sempre a mesma coisa”* (P 28, E).

Outros aspetos são apenas mencionados pelos auxiliares, como é o caso da **monotonia das tarefas**, o **significado das tarefas** e a **exigência do uso das próprias capacidades**. O primeiro aspeto supracitado é referido por 4 trabalhadores, em particular por 3 auxiliares, *“as tarefas são sempre monótonas neste serviço”* (P 11, A). Por sua vez, a questão das tarefas significativas é referida por 14 vezes, *“é um trabalho muito significativo pela prestação direta de cuidados de saúde, é uma mais-valia.”* (P 3, A). A última questão citada é exposta por 8 dos participantes auxiliares, *“exigem muito das minhas capacidades cognitivas e da minha atenção porque eu tenho bastante responsabilidade sobre os doentes”* (P 1, A), *“acho que é um trabalho que exige muita concentração e atenção porque são muitos doentes e com tratamentos diferentes”* (P 7, A).

Carga e ritmo de trabalho

Esta componente desejava explorar aspetos relacionados com a distribuição das tarefas, no que concerne à carga e ao ritmo. A tabela apresentada em anexo (Anexo D, tabela 16) sintetiza alguns fatores desta questão designadamente o ritmo de trabalho, a sobreposição por acumulação e interrupção na realização das mesmas e a exposição a níveis de pressão por tempo e prazos.

No que concerne à análise deste dados, verifica-se que a questão mais referida são os **níveis elevados de pressão por tempo e prazos**. Dos 22 participantes que referiram este ponto, 12 pertenciam à categoria de enfermeiros, *“estamos muito expostos a pressão por tempo para concluir as nossas tarefas (...) às vezes, não fazemos tudo aquilo que gostaríamos de ter feito, nomeadamente, na relação com os doentes, acabamos por tornar o nosso trabalho mais técnico e pouco relacional”* (P 24, E) e os restantes 10 à categoria de auxiliares, *“acho que estamos sujeitos a pressão por tempo porque às vezes ainda estamos a acabar as higiènes e as visitas começam a chegar, os almoços começam a chegar, da rouparia estão a chamar-nos para irmos entregar a roupa e nós ainda não acabamos as higiènes”* (P 9, A).

A **interrupção na execução das tarefas** é a segunda subcategoria mais mencionada pelos trabalhadores, a qual tem um consenso na frequência de citações por ambas as categorias (10 participantes em 20). Alguns exemplos que ilustram esta questão são *“os doentes chamam-nos muitos, é frequente estarmos a fazer uma tarefa e chamarem-nos (...) no próprio serviço acontece estar a fazer uma coisa e o enfermeiro chamar-me”* (P 7, A), *“considero que temos dificuldade em terminar uma tarefa do princípio ao fim sem sermos interrompidos por outras questões do serviço e acho que isso acaba por nos pressionar muito também porque, às vezes, ainda não terminamos aquela tarefa e já temos outras para fazer e isso pressiona-nos”* (P 27, E).

Relacionado com o aspeto anterior está a **sobreposição de tarefas**, onde também existe um número igual de frequência ao mencionar esta questão. Os participantes deste estudo fazem referência a esta questão 14 vezes e particularmente tanto os auxiliares como os enfermeiros, mencionam-na 7 vezes. Este aspeto pode ser visto pelos seguintes exemplos *“é um serviço com muitos imprevistos, onde estamos a fazer uma coisa agora mas pode surgir outra e sai tudo da linha condutora (...) tenho que fazer mais do que uma tarefa ao mesmo tempo ou interromper”* (P 8, A), *“uma das coisas que noto que é frequente neste serviço é a questão de estarmos a fazer uma coisa e chamarem-nos para fazer outra coisa isto em*

simultâneo com outras tarefas (...) acontece porque as tarefas não são assim tão lineares (...) isto é difícil para nos organizarmos em termos do serviço” (P 22, E).

O **ritmo acelerado de trabalho** é particularmente mencionado pelos auxiliares (9 participantes em 12), *“neste serviço temos que andar sempre a 150% para conseguir completar todas as tarefas” (P 14, A).* Contudo, existe um consenso quanto ao número de frequência por ambas as categorias profissionais, no que toca à **inconclusão das tarefas**, onde se observa que 8 trabalhadores, 4 auxiliares e 4 enfermeiros, mencionam não ter tempo para sua conclusão, *“por serem muitos doentes e com especificidade diferentes acho que não temos tempo suficiente para dedicar aos doentes e para concluir todas as tarefas (...) são muitas tarefas, muitos doentes e pouco tempo” (P 7, A), “considero que não tenho tempo para concluir todas as minhas tarefas (...) não temos tempo para organizar o nosso trabalho e há dias em que temos muito pouco tempo para o doente porque temos que tratar de tanta coisa, é tanta burocracia e tanto a parte técnica que descuramos por não termos tempo, a parte relacional da nossa profissão” (P 23, E).*

O último aspeto deste tópico, **distribuição correta da carga**, é apenas aludido pelos auxiliares, *“devia haver uma distribuição mais justa das tarefas (...) os enfermeiros chamam-nos para 50 coisas ao mesmo tempo e a gente, por vezes, estamos a acabar uma coisa e temos que ir fazer outra e que eles até a podiam fazer” (P 9, A).*

Horário de trabalho

A questão dos horários de trabalho tinha como objetivo analisar os horários praticados pelo trabalhador, nomeadamente como é que o horário por turnos e os horários noturnos interferem na questão de algumas rotinas e padrões (Anexo D, tabela 17).

Com exceção de um trabalhador auxiliar que não faz nem horário por turnos nem noturno e de 3 trabalhadores enfermeiros que não praticam ainda horários noturnos, todos os outros trabalham em regime rolman. As opiniões sobre este tipo de horário dividem-se *“nós fazemos o horário por turnos em regime rolman e é mais complicado a nível físico e psicológico” (P 15, A), “não consigo que o corpo crie hábitos saudáveis porque está constantemente a ser desregulado por um dia novo” (P 22, E), “gosto de trabalhar por turnos porque trabalhado por turnos consigo ter uma vida própria” (P 3, A), “apesar de tudo acho que é muito mais fácil nós organizarmo-nos (...) acaba por ser facilitador da nossa organização” (P 16, E).*

De todas as consequências que podem advir desta questão, a mais mencionada está relacionada com a **inadaptação a rotinas de sono**. Esta questão é a mais referida no geral, por 19 profissionais mas também a mais indicada no particular, por 7 auxiliares e 12 enfermeiros. Alguns exemplos ilustrativos desta questão são *“custa-me é ter alguns hábitos regulares, hábitos de sono (...) já me aconteceu ter turnos horríveis e estar cansada e não conseguir dormir do cansaço extremo e stresse do turno em si. Acho que não conseguir dormir é um fator que demonstra como o trabalho por turnos prejudica porque o corpo nunca se habitua, nem pode habituar a um padrão”* (P 13, A), *“os horários de trabalho afetam os nossos ciclos circadianos e chegamos a um certo ponto que não temos rotinas (...) eu comecei há pouco tempo a trabalhar e tenho que recorrer a algum tipo de medicação para tentar regular o sono”* (P 18, E).

O facto de os horários serem **desorganizador da vida pessoal** também é comumente citado pelos trabalhadores. Os enfermeiros referem esta questão mais frequentemente comparativamente aos auxiliares (11 participantes em 15, 4 participantes em 11, respetivamente). Alguns afirmações que suportam esta questão são *“eu acho que fazer muitas noites me prejudica (...) fico a viver os dias ao contrário dos outros e isso depois afeta em termos de família”* (P 11, A), *“desorganiza-me a mim e aos meus familiares porque não podem contar comigo habitualmente em determinado horário e tem que fazer uma organização diferente também entre eles (...) com estes horários não podemos criar uma rotina de família porque eu não tenho rotinas ou padrões”* (P 26, E). A **inadaptação a rotinas de alimentação** é outro aspeto mais referenciado pelos trabalhadores, sendo uma questão que é frequentemente mais citada pelos enfermeiros (10 participantes em 13), *“os horários de trabalho por turnos e noturnos não permitem uma rotina de sono”* (P 16, E).

Por sua vez, a **inadaptação dos horários** e a **interferência negativa dos horários na saúde** são os aspetos menos referidos pelos trabalhadores no geral. O primeiro aspeto citado, é mencionado pelos auxiliares 6 vezes, em 11 trabalhadores que citaram a questão, *“não nos adaptamos a nenhum horário”* (P 1, A) e com uma frequência de 5 vezes mencionado pelos enfermeiros, *“isto acho que pode ser um risco bastante grande, psíquico já pelas nossas rotinas diárias porque hoje estamos a fazer manhã, por exemplo, e amanhã, estamos a fazer tarde e depois isto troca-nos os horários porque nem toda a gente se consegue habituar”* (P 20, E). A outra questão é mais referida pelos enfermeiros (10 participantes em 11) do que pelos auxiliares, *“eu não tenho nem consigo criar padrões porque hoje posso estar a trabalhar à tarde e vou deitar-me a determinada hora e amanhã estou a trabalhar de manhã e*

vou acordar e deitar-me a outra hora e é complicado estabelecer algum padrão e sei que isto interfere com o ciclo do corpo e da saúde” (P 27, E).

Controlo

A questão do controlo prendia-se sobretudo em perceber se os trabalhadores eram consultados para participar na tomada de decisão (Anexo D, tabela 18). Assim, verifica-se que de uma forma geral os trabalhadores **participam/intervém na tomada de decisão** (19 participantes). No entanto, se particularizarmos a questão, verifica-se que esta subcategoria é citada apenas por 7 auxiliares, *“a enfermeira chefe respeita-nos, valoriza-nos as ideias e motiva-nos muito a participar (...) nós próprios também chegamos e podemos ter iniciativas e eu tenho muita iniciativa, estou sempre a dar ideias (...) conta muito com a nossa opinião”* (P 10, A) contra 12 enfermeiros, *“eu considero que as nossas opiniões não só são ouvidas como respeitadas, temos uma enfermeira impecável nesse sentido e mesmo entre a equipa, partilhamos algumas trocas e ideias sobre coisas que não estão tão bem”* (P 16, E).

Sobre a questão da importância das opiniões e se são ou não tidas em conta, observa-se de uma forma geral que os trabalhadores tanto consideram que a sua opinião é tida em conta como o contrário também é válido. Se particularizarmos esta questão, apenas 3 trabalhadores auxiliares mencionam mais que **a sua opinião é tida em conta**, contra 7 participantes enfermeiros *“acho que a minha opinião é tida em conta”* (P 20, E). Quanto à questão da **sua opinião ser tida em conta**, o mesmo número de profissionais de auxílio como de enfermagem cita o facto de não considerar que a sua opinião seja tida em conta *“a nossa categoria profissional não é ouvida em lado nenhum (...) não somos consultados para nada”* (P 5, A), *penso que somos ouvidos mas que na maioria das vezes a nossa opinião não fará peso mas penso que de certa forma, podemos dá-la”* (P 26, E).

Ainda outra questão relativa à opinião, os auxiliares particularmente, consideram que **a opinião dos outros é mais tida em conta do que a sua** (11 participantes em 13), *“eu não sou chamada nem ouvida para tomar decisões mas acho que depende do profissional porque há profissionais da minha categoria que são (...) gostava de ser ouvida como certos colegas o são e que me pedissem opiniões como pedem a certos colegas”* (P 2, A), *“a minha opinião em relação a outros colegas não é tão ouvida”* (P 3, A), *“as opiniões são levadas em consideração se forem dadas por determinadas pessoas no serviço”* (P 28, E).

Ambiente e equipamentos

Esta subcategoria solicitava que se avaliasse a percepção dos trabalhadores em relação às condições físicas e ambientais para o desempenho da função, nomeadamente se estão assegurados fatores como temperatura, espaço e equipamentos de trabalho.

De um modo geral, como se pode observar através da tabela em anexo (Anexo D, tabela 19), os trabalhadores apontam esta subcategoria como uma das mais positivas. Dos 30 participantes, 27 mencionam a existência de **condições físicas para o desempenho da função**, sendo que 13 pertencem à categoria profissional de auxiliar e 14 à categoria de enfermeiro. Alguns exemplos representativos desta questão são *“estão asseguradas não só condições básicas mas também condições que permitem alguns luxos aos doentes, por exemplo um horário de visita muito alargado durante a tarde e acho que isso é mais luxosos que os equipamentos, embora os equipamentos também sejam de ótima qualidade”* (P 14, A), *“neste aspeto estamos bastante protegidos, os SAMS tem excelentes condições para desempenharmos a nossa função mesmo em termo das condições de trabalho, as condições de ordenados, os pagamentos a horas, conhecendo a realidade como conheço lá fora acho que os SAMS estão muito bem posicionados”* (P 17, E).

No entanto, alguns trabalhadores apresentam pequenas queixas em relação a fatores de **temperatura** (3 participantes, sendo que 1 é auxiliar e os outros enfermeiros), *“em termos de acondicionados se calhar é uma das coisas que ultimamente se tem feito referencia que não funciona tão bem”* (P 26, E), **ruído**, observando-se que os auxiliares são os únicos que mencionam esta questão, *“alguns doentes queixam-se de algum barulho que nós fazemos, especialmente na transposição dos carrinhos”* (P 12, A), **serviços externos** (1 participante enfermeiro) *“os SAMS até dispõe de todo o material e outras coisas necessárias para assegurar as melhores condições mas depois os fatores que estão associados para a concretização dos mesmos (...) há questões, especialmente em relação aos serviços externos que deviam estar mais bem definidos e não estão”* (P 24, E) e um **espaço para descanso**, sendo esta questão mencionada apenas por 2 auxiliares, *“acho que falta um espaço podermos estar um bocado, um local para a passagem de turno, uma espaço para nós”* (P 9, A).

Cultura organizacional e função

Em relação a aspetos da comunicação e do modo como é feita, nomeadamente a transmissão e passagem da informação, os próprios trabalhadores fazem uma distinção sobre o tipo de comunicação entre as diferentes categorias profissionais (Anexo D, tabela 20).

Em relação aos auxiliares, os próprios consideram que, de uma forma geral a comunicação é feita “os AAM comunicam entre si” (P 8, A) e passada entre si “a comunicação é sempre feita de uns para outros (...) é toda verbal, não há nada escrito e acho que isso é uma falha” (P 3, A), contudo a forma como é transmitida é que difere. O maior número de frequência situa-se entre a **comunicação básica e inerente à função** (7 participantes) “*existe comunicação entre os AAM mas é básica, há uns com quem falamos mais outros com quem falamos menos mas a comunicação que é necessária, a informação que precisamos de passar é passada*” (P 1, A) e a **comunicação positiva e feita de modo correto** (6 participantes), “*há uma boa comunicação entre os AAM o que proporciona um bom ambiente de trabalho*” (P 7, A). Apenas 2 auxiliares citam a **comunicação fraca, complicada e nem sempre passada de forma correta**, “*há aquelas pessoas que só passam informações a determinadas pessoas e a informação deve ser comunicada a todas pessoas (...) acho que não é correto e que são pessoas mal formadas e ruins e isto depois remete e influencia o ambiente que temos aqui, onde com algumas pessoas é agradável mas com outras é de corta à faca*” (P 10, A).

Alguns trabalhadores consideram que “*categoria com categoria a relação é sempre um bocadinho mais entalada*” (P 2, A) e por isso, no que reporta à comunicação entre os auxiliares e os enfermeiros, sob a perspetivos dos 15 auxiliares, 6 refeririam uma **comunicação básica e inerente à função** e outros 5 uma **comunicação positiva e feita de modo correto**. Sobre a primeira citação, alguns exemplos que refletem essa comunicação são “*a dinâmica com os enfermeiros segue um pouco a mesma lógica da dinâmica com os AAM, a comunicação tem que ser passa, é passada e apenas verbalmente e se há informação que não tenho conhecimento porque tive uns dias de folga isso pode prejudicar o meu trabalho porque tenho que fazer um esforço maior*” (P 3, A). Por sua vez, o segundo exemplo citado pode ser ilustrado pelos seguintes exemplos “*a comunicação com os enfermeiros acho que é positiva e alguns até costumam ser recetivos à troca de informação até porque nós temos muito contato com o doente e temos que informá-los de coisas sobre o doente*” (P 15, A).

Por sua vez, a comunicação entre os enfermeiros e os auxiliares, com base na percepção dos enfermeiros, é sentida de formas diferentes também. Assim, 7 participantes citam uma **comunicação básica e inerente à função**, “*aquilo que eu acho é que tem que haver uma relação de respeito e de interajuda porque estamos aqui para trabalhar (...) a comunicação é o que compete na função*” (P 22, E), 6 enfermeiros mencionam que a comunicação é **positiva e feita de modo correto**, “*nós trabalhamos diretamente com os auxiliares, até mais*

*diretamente com os auxiliares do que colega a colega (...) eu tenho mesmo que ter uma boa comunicação com ele” (P 20, E) e 5 afirmam que a comunicação é **fraca e complicada e nem sempre passada de forma correta**, “*não é uma relação com uma dinâmica fácil (...) são profissões interdependentes e depois associado a uma coisa que sinto, os auxiliares têm pouca formação e acho que a parte relacional também melhora com formação” (P 17, A).**

A comunicação entre os próprios enfermeiros é vista pelos mesmos de forma diferente também, sendo que o maior número de frequências é atribuído à **comunicação positiva e feita de um modo correto** (8 participantes), “*a relação entre enfermeiros é boa, pelas exigências da nossa função (...) temos que comunicar muito entre nós” (P 21, E).* Depois, outros participantes, designadamente 5, referem a **comunicação fraca, complicada e nem sempre passada corretamente**, “*não existe uma boa relação entre enfermeiros e apesar de termos que comunicar muito, a relação estabelecida é conflituosa” (P 28, E)* e 4 participantes mencionam uma **comunicação básica e inerente à função**, “*a comunicação e a relação entre enfermeiros é boa e feita de forma adequada e assertiva” (P 17, E).*

Relações interpessoais no trabalho

As relações interpessoais no trabalho exploram questões mais do âmbito social, onde se analisa se existem boas relações entre os trabalhadores e com os superiores hierárquicos ou se pelo contrário existem conflitos e estão expostos ao isolamento físico ou social. Esta é uma questão fundamental, uma vez que segundo participantes deste estudo “*o clima mexe muito com a forma de estarmos no trabalho” (P 2, A), “se a dinâmica de trabalho funcionar mais facilmente a relação interpessoal tem sucesso” (P 27, E), “quando as coisas estão mal reflete-se mais no trabalho e isso pode ter consequências (...) se as pessoas vêm trabalhar e está mau ambiente, por norma estão contrariadas (...) afeta a forma de prestar os cuidados” (P 13, A) (Anexo D, tabela 21).*

De uma forma geral, verifica-se que entre categorias que as relações interpessoais ou são assumidas como negativas e conflituosas ou como positivas e harmoniosas mas raramente entre o meio-termo, “*acho que há mais conflitos entre as categorias, tipo auxiliares com auxiliares mas depois mesmo em termos de reações interpessoais, quando há boas relações, as relações entre categorias são melhores” (P 11, A).* Assim, os auxiliares destacam mais as **relações interpessoais positivas e harmoniosas** entre eles (9 frequências) mas alguns elementos também frisam as **relações interpessoais negativas e conflituosas** (7 frequências). Exemplos desta questão podem ser observados através das seguintes citações “*temos*

*conflitos, como em todo o lado e de vez em quando estamos às turras mas outras vezes estamos extremamente bem” (P 3, A), “neste momento o nosso próprio cansaço e desgaste interfere nas relações com os outros e há uma atmosfera dividida com alguns colegas, ou seja as relações são boas com uns mas com outros não (...) há relações mais positivas e outras não tanto porque uns adequam-se mais à nossa forma de trabalhar e cooperam e são uma equipa e outros não eu dou muita importância ao trabalho em equipa” (P 9, A). Relativamente às relações entre auxiliares e enfermeiros, os auxiliares frisam aspetos de uma **relação interpessoal mais positiva** (7 participantes), “a relação multidisciplinar corre melhor que a relação entre categorias” (P 10, A), “de um modo geral há um bom ambiente de trabalho entre toda a equipa multidisciplinar” (P 5, A).*

Por sua vez, os enfermeiros confirmam novamente que as **relações interpessoais entre categorias são mais positivas** (9 participantes), “este serviço onde existe bom ambiente de trabalho porque com a carga de trabalho que temos e mesmo com a carga psíquica, o que nos vale é ter um bom ambiente de trabalho” (P 20, E), “a relação entre enfermeiros vai para além da relação profissional, é um serviço que tem uma parte social muito positiva porque temos uma equipa que se apoia bastante, não sei se pelas circunstâncias a que estamos expostos mas de facto existe um grande apoio entre nós não só profissional mas social” (P 25, E). A relação entre os enfermeiros e os auxiliares é citada como uma **relação interpessoal razoável** (10 participantes), “acho que a relação com os auxiliares é estritamente profissional, não quer dizer com isto que em ambiente de trabalho não se conte uma piada mas é muito uma relação profissional e até considero que se não fosse assim, era difícil respeitarem-nos” (P 16, E), “a relação com os AAM é estritamente profissional, não há uma parte social muito ativa mas é razoável” (P 24, E) e por alguns como **positiva** (5 participantes), sem a identificação de qualquer tipo de conflito, “a relação com os auxiliares é muito boa (...) pelo tipo de comunicação que procuro desenvolver com eles, uma vez que trabalho diretamente com o auxiliar, preciso de cultivar essa comunicação” (P 20, E), “a relação com os auxiliares no meu caso é bastante positiva porque é uma dinâmica que até resulta bastante bem (...) embora nem todos os enfermeiros estabeleçam esta relação com os AAM” (P 23, E).

O isolamento físico é mencionado por alguns trabalhadores, particularmente pelos enfermeiros (4 participantes), onde a exclusão é praticada e sentida pelos próprios. Os auxiliares também referenciam este fator, sendo misto este sentimento, visto que tanto acontece entre categorias como entre a equipa multidisciplinar. Alguns exemplos que ilustram

esta questão são “o ambiente entre nós nem sempre é o ideal por questões de afinidades e não conflitos de origem do trabalho (...) acho que há aqui um grupo que exclui outras pessoas propositadamente e conscientemente e fazem-se aqui coisas que se não se deviam fazer” (P 23, E), “há claramente pessoas aqui que são marginalizadas, não é manifesto com agressões verbais ou físicas mas é hostil, o ambiente em que a pessoa está é hostil e a pessoa sente-se marginalizada (...) o ambiente a nível do clima que é vivido o serviço é que não é bom” (P 28, E), “os problemas são entre os auxiliares porque há grupinhos e alguns grupinhos excluem outros grupos” (P 6, A).

Papéis na organização

Este fator pretendia analisar se o trabalhador tinha conhecimento sobre as responsabilidades pessoais e se estava confortável com as mesmas, permitindo identificar situações de ambiguidade de papel, visto que é importante que os papéis estejam definidos, “é importante a definição dos papéis e das imposições legais ao qual todos nós devemos ter acesso e conhecimento” (P 12, A), “a diferenciação entre papéis é importante porque por isso é que há fardas diferentes e funções diferentes” (P 4, A) (Anexo D, tabela 22).

Desta forma, de um modo geral os participantes de ambas as categorias profissionais, auxiliares e enfermeiros, mencionam ter **conhecimento das responsabilidades profissionais** de cada um, “eu sei quais são as minhas responsabilidades e sei quais são as responsabilidades dos enfermeiros” (P 1, A), “considero que os papéis estão definidos, tanto em termos de auxiliares como em termos de enfermeiro” (P 19, E).

Apesar dos participantes terem conhecimento das suas responsabilidades, alguns trabalhadores, sobretudo auxiliares (10 participantes) mencionam que **não existe uma definição clara do seu papel**, “não há uma definição para as funções do auxiliar (...) as minhas responsabilidades são maiores do que aquelas que deveriam ser (...) para além do que tenho que fazer, faço mais do que devo e sei que não estou protegida quando executo essas tarefas (...) enquanto não houver uma definição daquilo que um lado e o outro faz, como há entre a classe médica e dos enfermeiros, nós não podemos dizer que não” (P 5, A), “há uma clara definição de responsabilidades no serviço mas não quer dizer que todos saibam qual é o seu papel porque a uns pedem umas coisas, a outros pedem outras e ficamos sem perceber qual é realmente o nosso papel” (P 13, A). Porém, alguns enfermeiros (7 participantes) também fazem referência a este aspeto e identificam essa indefinição sobretudo no que toca aos profissionais de auxílio, “alguns auxiliares tentam claramente fazer mais do

que aquilo que devem e isso é por não existir uma definição clara do papel” (P 23, E), “algumas auxiliares tentam escalar um bocadinho e decidir o que devem fazer e meter-se um bocadinho no nosso trabalho (...) não têm definido o seu papel” (P 27).

À semelhança desta indefinição de papéis, do mesmo modo os auxiliares **não concordam com a distribuição das tarefas** (10 participantes), referido que executam tarefas que são da responsabilidade dos enfermeiros, *“acho que os enfermeiros algumas das tarefas da sua responsabilidade passam para os auxiliares e não concordo, nomeadamente com a administração da medicação (...) acaba por ser ambíguo porque acabo por fazer coisas que são da competência do enfermeiro” (P 1, A), “aqui dentro fazemos o que o enfermeiro não quer, damos a medicação (...) fazemos tarefas que devem ser o enfermeiro a fazer porque tem que avaliar, como mudar uma fralda (...) se algum doente me perguntar o que está a tomar, como aliás acontece muitas vezes, somos nós que estamos a dar e não sabemos responder (...) eu não posso responder porque o enfermeiro é que deveria estar a fazer o que eu estou a fazer (...) nós estamos completamente desprotegidos, não há legislação nenhuma que nos proteja, a nossa profissão nem sequer é reconhecida” (P 5, A)* e afirmam que existe uma **desresponsabilização do papel desempenhado pelo enfermeiro** (7 participantes), *“acho que nós fazemos muito mais do que devíamos” (P 10, A), “o enfermeiro tem o papel dele e acaba por desleixá-lo, esquece-se o que é da sua função e delega no auxiliar coisas que não são nossa competência” (P 13, A).*

Os enfermeiros, por sua vez **concordam com a distribuição de tarefas**, uma vez que nenhum participante mencionou desacordo com a distribuição das suas tarefas mas antes o contrário, *“esta é das instituições, pelas que já trabalhei, onde o enfermeiro faz mais o trabalho de enfermagem (...) não há de todo, uma desresponsabilização (...) verifica-se muito um acompanhamento e, aquilo que se chama uma delegação de tarefas supervisionada” (P 16, E), “embora não seja uma definição rígida as tarefas estão distribuídas de forma adequada, não há exageros da parte deles nem nós tentamos diminuir a nossa carga para os sobrecarregar” (P 19, E).* Porém frisam aspetos da **desresponsabilização do papel**, especialmente por parte dos auxiliares, declarando que estes tentam fazer mais do que deveriam, *“eu acho que os papéis estão claramente definidos embora alguns dos auxiliares tentam fazer um bocado das nossas funções sem o nosso consentimento e isso depois prejudica um bocadinho da nossa dinâmica” (P 17, E), “durante a prestação de cuidados, por vezes alguns auxiliares parece que se querem evidenciar (...) parece que se quererem impor, especialmente à frente dos doentes e familiares, onde deve*

existir mais respeito porque somos nós os principais responsáveis pela prestação direta de cuidados aos doentes (...) esses alguns, tentam claramente fazer mais do que aquilo que devem” (P 23, E). Contudo, alguns elementos da própria equipa de enfermagem também consideram que alguns dos elementos desresponsabilizam o seu papel e não respeitam o papel do outro, *“alguns enfermeiros não respeitam o papel do auxiliar e acham que ele nos deve servir em tudo e fazer tudo aquilo que não nos apetece fazer”* (P 22, E), *“alguns enfermeiros querem fazer menos do que devem e sobrecarregam os auxiliares (...) depois também há enfermeiros que querem fazer o seu trabalho e o dos outros colegas porque desvalorizam a experiência dos enfermeiros mais novos e preferem fazer tudo”* (P 23, E).

Desenvolvimento de carreira

Relativamente à questão do desenvolvimento de carreira, pretendia-se analisar as perspetivas de continuidade e evolução na carreira, bem como as questões de segurança no trabalho, nomeadamente em relação à situação contratual e a outros aspetos como violência verbal e ou física.

Como é possível observar na tabela em anexo (Anexo D, tabela 23), tanto os auxiliares como os enfermeiros assumem que **não existe perspetiva de continuidade, evolução e progressão na carreira** (9 participantes respetivamente). Alguns exemplos que ilustram esta questão são apresentados se seguida *“estagnei, o auxiliar aqui para (...) o nosso trabalho é sempre isto, tanto faz ser 5 anos como 50 anos, o trabalho é sempre o mesmo e não há nada que nos incentive, há progressão para o enfermeiro mas para o auxiliar não”* (P 5, A), *“eu acho que já estagnei, acho que em termos de enfermagem não vou fazer muito mais do que aquilo que já faço, estou numa instituição onde essas portas não são abertas com muita facilidade”* (P 25, E).

Relativamente à **insegurança no trabalho**, os auxiliares relatam menos receio, no que respeito à **situação contratual** (5 participantes) do que os enfermeiros (9 participantes), revelando maior segurança. Em ambos os casos, observa-se também que são os trabalhadores com situações contratuais mais sólidas que admitem que se sentem mais confortáveis com a sua situação *“sinto-me segura em relação ao vínculo contratual porque estou efetiva”* (P 13, A), *“a nível do vínculo contratual sinto-me segura, até pela qualidade, quer em termos de ordenados, quer em termos de assistência, as condições são boas e não acredito que exista melhor”* (P 28, E).

A questão da insegurança no trabalho relacionada com a agressão apenas é citada com uma valência positiva, sendo que os trabalhadores que mencionaram esta questão não revelam sentir este tipo de risco no trabalho, o que se pode ser verificado nos exemplos a seguir, “*não acho que exista discriminação em relação à minha função, nem aquilo que se houve falar de bullying por parte dos doentes, familiares ou colegas*” (P 4, A), “*nunca me senti mal tratada nem ameaçada por parte de um doente ou familiar do doente*” (P 14, A).

Interface casa-trabalho

Esta questão retrata aspetos da gestão entre a casa e o trabalho, onde se pretendeu explorar se os trabalhadores sentiam exigência em termos de energia e sobretudo de tempo na realização do seu trabalho e de que forma é que isso interferia consequentemente na vida privada, uma vez que, de acordo com dois participantes deste estudo “*o trabalho interfere na nossa vida pessoal e todas as vivências que dele advêm*” (P 28, E).

Como é possível observar através da tabela de frequências (Anexo D, tabela 24), a questão da **gestão da família e do trabalho** afeta os participantes deste estudo no geral. Concretamente, os trabalhadores abordam esta questão como sendo complicada, uma vez que, dos 30 participantes deste estudo, 10 auxiliares e 14 enfermeiros frisam esta questão. Alguns exemplos ilustrativos são “*às vezes chego a casa irritado com coisas do trabalho e não me apetece falar com ninguém e acabo por responder mal e estou mais ausente (...) se um turno que corre mal fico chateado e levo para casa (...) quando estou muito cansado fico sem paciência e às vezes originam-se discussões por isso*” (P 9, A). Porém, outros mencionam conseguir fazer uma conjugação equilibrada dos dois sistemas, não permitindo que um fator interfira no outro, “*consigo energia que dispenso aqui estão equilibrados com o tempo e energia que dispenso lá fora (...) o trabalho e a família são coisas diferentes, é possível fechar a porta quando se sai daqui e o contrário também*” (P 4, A), “*tento ao máximo e a experiência também me ajudou a não levar os problemas do trabalho para casa porque trabalhamos num serviço pesado, onde se não adaptarmos esta postura acabamos por estar constantemente atormentado (...) fazer bem esta separação é essencial para que desempenhe bem a minha função, tanto profissionalmente com os meus doentes, como socialmente com a minha família e amigos*” (P 25, E).

Os participantes mencionam que esta questão da gestão dos dois elementos é sentida através de aspetos como energia e tempo, visto que a dispensa destes elementos no trabalho têm consequências na gestão da vida privada. A **dispensa do tempo**, sentida muitas vezes

pelos tipos de horários praticados, é mencionada pelos auxiliares 10 vezes e pelos enfermeiros 8, *“estou praticamente sempre a trabalhar e pouco me divirto, gostava de dedicar mais tempo à minha família (...) o meu trabalho interfere negativamente com a minha vida privada”* (P 9, A), *“estamos muito tempo fora de casa e isso por vezes incomoda os meus familiares e em termos sociais percebe-se na relação com os amigos que há coisas que perdemos (...) isto a longo prazo pode ser um risco porque a nossa vida familiar e social é muito afetada por estas rotinas e horários de trabalho”* (P 19, E). Também a **dispensa de energia** é mencionada exatamente da mesma forma por ambas as categorias profissionais, *“a minha energia gasto-a toda aqui e se quer que lhe diga, não é só o físico, é o psicológico, lidar com pessoas nestas fases, o tipo de trabalho e exigências (...) os meus familiares comentam que estou constantemente cansado”* (P 1, A), *“há alguns turnos que me deixam mesmo de rastos e sem energia e chego a casa muito cansada e sem paciência para a relação e atenção que precisam”* (P 27, E).

4.2. Interpretações e Conclusões

De forma a interpretar os significados das diferentes categorias de análise procurou-se compreender o conteúdo da informação e consequentemente fazer-se uma síntese dos resultados. O reconhecimento dos aspetos mais problemáticos desta síntese foi essencial para o desenho da proposta de intervenção que se apresentará nesta sequência.

Começando pelo **conceito de riscos psicossociais**, o reconhecimento desta temática é atualmente um dos maiores desafios para a segurança e saúde no trabalho, sendo por isso necessário compreender qual a dimensão e carga desses riscos na saúde dos trabalhadores e a forma mais adequada de intervir nas situações de trabalho para se proporcionarem condições com vista a melhorar a saúde, segurança e bem-estar (Costa & Santos, 2013). Deste modo, é oportuno e necessário verificar se os trabalhadores estão sensibilizados para a questão, averiguando o conhecimento sobre a temática. No caso em questão, derivam essencialmente questões relacionadas com a relação com os doentes e/ou familiares, bem como a morte dos doentes, sendo que ambas as subcategorias referidas são mais frequentemente citada por enfermeiros. Outros aspetos como relações interpessoais no trabalho, risco de infeção e doenças, cansaço físico e/ou psicológico, horários de trabalho e carga e ritmo de trabalho são outros aspetos abordados pelos trabalhadores. Na ausência de uma teoria consensual sobre o termo, no que diz respeito à sua definição, o normal seria a referência a diversos aspetos, visto que a saúde no trabalho pressupõe a diversidade das histórias individuais no trabalho e

face a uma atividade (Echternacht, 2008, cit por Costa & Santos, 2013). Sobre esta temática de definição, verificou-se que os **impactos dos riscos psicossociais** apresentados pelos trabalhadores estão intimamente ligados a aspetos do conceito, eventualmente porque as situações individuais no trabalho configurem campos diferentes da gestão pessoal dos impactos destes riscos (Echternacht, 2008, cit por Costa & Santos, 2013). É por isso, essencial ter-se em conta a globalidade dos riscos para se analisar o impacto dos mesmos.

De forma a explorar questões sobre o desenvolvimento do tipo trabalho, procurou-se explorar as **exigências da função** dos trabalhadores de ambas as categorias profissionais. Apesar das particularidades das funções de cada categoria, verificaram-se também paridade nas tarefas realizadas pelos auxiliares e pelos enfermeiros, nomeadamente em tarefas como, alimentações, higiene, administração da medicação, prestação de cuidados de conforto, transporte de doentes para exames, altas dos doentes e apoio aos familiares dos doentes. Pelo tipo de funções que realizam, os enfermeiros ao longo da sua atividade profissional encontram-se expostos a variados riscos, designadamente psicossociais (Sousa, Machado, Cadete, & Graça, 2004), o mesmo se pode concluir para os auxiliares, uma vez que desempenham funções similares e na opinião de alguns, funções que são da competência do enfermeiro, *“há coisas que são da competência do enfermeiro, como a administração de medicação, as higiene e que eles não as fazem”* (P, 9 A).

Os **aspetos sintomatológicos**, também diretamente relacionados com o desenvolvimento do tipo de trabalho, reportam aspetos do trabalho com consequências na saúde física e psicológica dos trabalhadores. Neste caso concreto, os trabalhadores reportam sentir tanto problemas físicos como psicológicos. Nos problemas físicos colocam ênfase dores nas pernas e costas/lombar. Estas queixas estão diretamente relacionadas com as exigências das funções destes trabalhadores, nomeadamente com o processo de transferência e posicionamento de utentes, processos suscetíveis de causar problemas músculo-esqueléticos (Rodrigues & Ferreira, 1999). Porém, como mencionado por um trabalhador, por vezes os problemas não são só físicos, *“eu sinto que não tem tanto a ver com o cansaço físico mas pelas situações que nós vivemos”* (P 16, E) e destacam-se alguns sentimentos de exaustão/desgaste, tristeza e pressão por aspetos relacionados com o trabalho. Algumas situações a que os profissionais de saúde estão expostos, concretamente em ambiente hospital, como situações de pressão em situação de emergência, escassez de tempo, o contacto próximo com o sofrimento e a gravidade do estado de saúde do ser humano levam ao desgaste psicológico (Ferreira, Santos, & Silva, 1998).

Relativamente aos **aspetos do trabalho**, os participantes citaram mais frequentemente como aspetos positivos da sua profissão a contribuição e ajuda na prestação de cuidados, bem como o contato e relação com os doentes. Contudo, os aspetos mais negativos referidos pelos trabalhadores prendiam-se com a morte dos doentes, o que está intimamente ligado às exigências emocionais no trabalho, assim como a falta de reconhecimento da profissão, sendo este último aspeto mais frequentemente citado por enfermeiros. Assim, embora o trabalho em saúde seja considerado como sendo da esfera não material e se complete no ato da sua realização (Rossi & Silva, 2005) e daí os participantes mencionarem como um dos aspetos mais positivos, o facto de não existir reconhecimento da profissão pode ser um potencial causador de riscos da saúde física e mental do trabalhador (Murofuse, Abranches, & Napoleão, 2005), sendo por isso um dos aspetos mais negativos frequentemente citado. Também a vivência direta e ininterrupta do processo de dor, morte, sofrimento e outras reações desencadeadas pelo processo da doença são causadores de stresse (Ribeiro, s.d.).

Desta forma, vários estudos apontam que os profissionais de saúde desenvolvem um trabalho desgastante, devido ao seu conteúdo mas também ao contexto em que é desenvolvido. As questões ligadas ao ambiente de trabalho, organização, aracterização e condições de trabalho, oportunidades de desenvolvimento de trabalho, balanço entre trabalho e vida fora dele, precarização e insegurança no emprego são consideradas fontes de riscos psicossociais (Cantera, Cervantes & Blanch, 2008; Cox, Griffiths & Cox, 1996; European Commission, 2010; EU-OSHA, 2010; Notelaers, De Witte & Einarsen, 2010, cit. por Costa & Santos, 2013). Desta forma, a maioria destas questões foram exploradas, no sentido de identificar os **fatores de riscos psicossociais** que mais perturbam os trabalhadores.

Iniciando pelo **conteúdo do trabalho**, onde os trabalhadores citam um grande número de vezes que executam tarefas bastante rotineiras, *“as minhas tarefas são rotineiras (...) é sempre a mesma coisa, perdemos a parte relacional para a parte técnica, trabalhamos à tarefa cada vez mais”* (P 29, E). A falta de tempo para cuidar do doente no aspeto mais relacional, o trabalho cada vez mais burocrático, assim como a redução do número de profissionais que dão apoio aos enfermeiros tem reforçado a atividade apenas técnica e pouco relacional, tornando este tipo de tarefas mais rotineiras (Grazziano, 2008). Este é um fator que também está intimamente ligado com a **carga e ritmo de trabalho**, uma vez que este fator aborda as questões da divisão e gestão de tarefas. Alguns dos trabalhadores mencionam que a distribuição de tarefas não é feita da melhor forma e isso pode fundamentar os elevados números de frequências na questão da interrupção na execução tarefas e sobreposição das

mesmas. Para além disso, os trabalhadores mencionam que estão expostos a elevados níveis de pressão por tempo e prazo, o que pode estar diretamente ligado à questão do ritmo acelerado de trabalho.

Os **papéis na organização** também é uma das questões que aborda a distribuição das tarefas, visto que aborda a questão da divisão dos papéis e a necessidade de clarificação dos mesmos porque segundo Grazziano (2008), quando esses aspetos não estão bem definidos gera conflito na atuação do profissional em causa. Esta questão é plausível de se observar nos resultados deste estudo, uma vez que apesar dos profissionais, auxiliares e enfermeiros, mencionarem ter conhecimento das responsabilidades profissionais de cada um, sobretudo os auxiliares indicam que não existe uma definição clara do seu papel, *“há uma clara definição de responsabilidades no serviço mas não quer dizer que todos saibam qual é o seu papel porque a uns pedem umas coisas, a outros pedem outras e ficamos sem perceber qual é realmente o nosso papel”* (P 13, A) e não concordam com a repartição das tarefas. Esta ambiguidade de papel cria claramente atritos nas relações interpessoais no trabalho que é um aspeto que para além de estar relacionado com os papéis na organização também está interligado com o conteúdo do trabalho, visto que para desempenhar as funções, os trabalhadores necessitam de trabalhar em equipa.

A questão das **relações interpessoais no trabalho** é um aspeto que sofre bastante influência pelo tipo de comunicação exercida entre os trabalhadores, ou seja, o aspeto relacionado com a **cultura organizacional e função**. De um modo geral, verificou-se que entre categorias as relações são mais pessoais, sendo isto positivo e negativo, visto que ou existem relações positivas ou relações conflituosas. Por sua vez, as relações entre categorias são identificadas como mais profissionais. Relativamente à comunicação, observou-se que os auxiliares, de um modo geral, dividem a forma como analisam a comunicação entre eles próprios e mesmo com os enfermeiros, sendo que uns reportam um diálogo mais básico e inerente à função e outros, uma interlocução mais positiva e feita de modo correta. Este aspeto parece estar intimamente relacionado com as relações interpessoais, uma vez que, nem todos os trabalhadores mantêm uma relação igual entre eles, *“a relação entre auxiliares depende das pessoas que estão a interagir (...) o ambiente que se vive no serviço é influenciado pelas pessoas que estão no serviço”* (P 10, A). Já os enfermeiros são mais unânimes nas suas respostas, sendo com os auxiliares mencionam uma comunicação mais básica e inerente à função e entre eles próprios um diálogo mais positivo e feito de modo correto. Pode-se concluir que o facto das relações interpessoais entre auxiliares e enfermeiros

serem consideradas sobretudo como meramente profissionais pode resultar também numa comunicação também meramente inerente à função. Contudo, é importante que os trabalhadores se vejam como pertencentes a uma equipa multidisciplinar (e não apenas como membros individuais ou pertencentes a uma categoria independente da outra), uma vez que a configuração do trabalho exige interdependência de funções, muita comunicação e o envolvimento de toda a equipa (Peduzzi & Ciampone, 2005). Porém, este envolvimento numa equipa multidisciplinar expõe estes profissionais ao aparecimento de *mobbing*, uma vez que estão sob stress constante, não só pelos doentes mas também pela relação com a equipa e gestão da mesma (Ribeiro, s.d.).

A enfermagem, assim como o trabalho de auxílio nos cuidados de saúde são profissões que envolvem o trabalho por turnos, já que é necessária uma continuidade de cuidados prestados. O **horário de trabalho** é assim outro fator muito mencionado pelos trabalhadores, como sendo desorganizador. A maioria das investigações realizadas sobre as consequências do trabalho por turnos tem sido unânime em concluir que este tipo de trabalho acarreta consequências prejudiciais para a saúde e bem-estar do trabalhador, nomeadamente, perturbações na saúde e bem-estar, perturbações circadianas e do sono, perturbações da vida familiar e social (Silva, 2000). O desalinhamento entre o sistema circadiano e os sincronizadores ambientais pode também perturbar o desempenho das funções profissionais (Minors, Scott & Waterhouse, 1981, 1986; Folkard, 1989; Comperatore & Krueger, 1990; Costa, 1997, cit por Silva, 2000b). As alterações do padrão de sono são consideradas como uma das consequências do regime de trabalho por turnos, sendo inclusivamente apontado como um dos fatores mais negativos pelos participantes deste estudo, podendo até ser a razão objetiva dos restantes problemas encontrados nestes trabalhadores (Wedderburn, 2000).

Intimamente ligado aos horários de trabalho está o aspeto da **interface casa-trabalho**, sendo necessário estabelecer um equilíbrio entre a vida pessoal e a vida laboral de cada trabalhador. Todavia, o trabalho por turnos altera negativamente a vida social e familiar a que a eles estão sujeitos, entenda-se não só os trabalhadores mas todos os envolvidos no meio (Azevedo, 1980), pelo que as mudanças que sucedem num dos membros afeta obrigatoriamente o equilíbrio do sistema familiar. Assim, a dessincronização entre os horários impede que os indivíduos acompanhem normalmente a vida dos seus familiares, podem originar problemas de relacionamento com os filhos e com o cônjuge, perturbando, também, a sua participação em atividades sociais (Cruz, 2003), *“estamos muito tempo fora de casa e isso incomoda os meus familiares (...) percebe-se na relação com os amigos que há coisas*

que perdemos (...) é uma verdadeira incógnita para gerirmos e organizarmos a nossa vida pessoal (...) a longo prazo pode ser um risco porque a nossa vida familiar e social é muito afetada pelos horários de trabalho” (P 19, E), “há outra questão que está relacionada com o horário noturno, o meu filho não lida bem com a mãe não dormir em casa” (P 14, A). Tudo isto é responsável ainda, por desenvolver riscos ao nível da saúde física e psicológica para o próprio como refere um trabalhador “este trabalho concretamente afeta não só as relações pessoais como a minha saúde e terá consequências a longo prazo nomeadamente, na minha saúde física e bem-estar psicológico” (P 22, E).

A percepção de que não existe **desenvolvimento de carreira** é comum entre os trabalhadores, sobretudo entre os auxiliares. A falta de reconhecimento é um dos maiores fatores de tristeza mencionado, “o nosso trabalho é sempre isto, tanto faz ser 5 anos como 50 anos, o trabalho é sempre o mesmo e não há nada que nos incentive, há progressão para o enfermeiro mas para o auxiliar” (P 5, A). Esta falta de progressão leva a que os trabalhadores se avaliem negativamente o que traz consequências posteriores, de acordo com, Ribeiro (s.d.), na realização do trabalho e na relação com os utentes. Relativamente à segurança contratual, verifica-se que os auxiliares reportam um sentimento de maior bem-estar mas em ambas as categorias profissionais, são os trabalhadores com situações contratuais mais sólidas que admitem que se sentem mais confortáveis com a sua situação. O **controlo**, isto é, a participação na tomada de decisão também pode estar relacionado com o ponto anteriormente referido, uma vez que se os trabalhadores não são chamados a intervir e a tomar decisões podem sentir que são apenas elementos estagnados. Neste caso concreto, verifica-se que os trabalhadores mencionam ter algum poder na tomada de decisão mas se particularizarmos a questão, confirma-se que para além dos enfermeiros citarem mais a questão que os auxiliares, muitas vezes consideram que a sua opinião não é tão ouvida como a dos outros. Uma questão que pode justificar a falta e intervenção de alguns elementos é o facto de que, quando um profissional manifesta, especialmente uma opinião contrária às diretrizes estipuladas organizacionalmente, essa situação é observada como alguém que não está a colaborar com a instituição (Grazziano, 2008).

Por fim, o **ambiente e equipamentos** são o fator mencionado como mais positivo e em concordância com os trabalhadores de ambas as categorias profissionais. Este é um aspeto importante na execução da função e está intimamente ligada a aspetos do conteúdo do trabalho. Especificamente, os trabalhadores consideram a existência de condições físicas para o desempenho da função.

CAPÍTULO V – Proposta de Intervenção

A avaliação de risco é um dos momentos mais importantes do processo, uma vez que permite identificar os elementos que podem causar dano, se estes podem ser eliminados e, caso não possam, que medidas preventivas ou protetoras devem ser postas em prática. Através da avaliação é possível providenciar informação acerca da natureza e severidade do problema e a forma como podem afetar a saúde da organização (Leka & Cox, 2008) e através da introdução de mudanças por forma a devolver o bem estar e eficiência organizacional (Lowman, 2005).

5.1. Proposta de intervenção desejável

O desenvolvimento de uma intervenção com uma maior probabilidade de sucesso, deve envolver todos os trabalhadores na identificação das medidas de ação, partindo da análise de situações concretas de trabalho. Deste modo, pretendia-se que a organização passasse por um plano de intervenção completo, sendo por isso fundamental começar pela preparação para a mudança, a sensibilização e capacitação, e posteriormente avançar para níveis de intervenção mais profundos, envolvendo a mudança dos postos de trabalho e das práticas de GRH.

Deste modo, o primeiro passo seria sensibilizar todos os trabalhadores para a questão da prevenção ativa e gestão dos riscos psicossociais, sendo fundamental promover o conhecimento geral para que possa ser fomentada a consciencialização, uma vez que sem isso não é possível avançar para níveis mais profundos. Em termos concretos, deveria difundir-se a informação sobre a temática dos riscos psicossociais, através de vários meios de divulgação, nomeadamente *posters*, sessões expositivas e formações. O segundo passo, passaria por fomentar o processo de consciencialização, através de dinâmicas que permitam aprovisionar os trabalhadores, quando confrontados com as problemáticas. A sugestão passaria pela realização de pequenos *focus group* entre os vários elementos de enfermagem e de auxílio, para que se promovesse a discussão de ideias sobre os problemas detetados.

Posteriormente, procurar-se-á que os próprios trabalhadores tenham oportunidade de sugerir alterações, uma vez que são eles que vivem diretamente a situação. Nas fases seguintes as mudanças situar-se-ão ao nível dos postos de trabalho e seguidamente ao nível das políticas de GRH. Deste modo, seriam propostas alterações para tentar colmatar

problemas ao nível dos riscos, propondo-se por isso, atenção especial para os aspetos da sobrecarga física e psicológica, com alterações práticas como suporte de elementos materiais e emocionais no desempenho da função. Por fim, as políticas de GRH pretendem intervir ao nível máximo na organização, sendo por isso feitas sugestões concretas como, alterações no planeamento das consultas da medicina do trabalho, introduzindo-se a consulta de psicologia para ajudar os trabalhadores a lidar com as exigências emocionais da sua função, desenvolvimento de descritivos de funções, para clarificar as funções de cada trabalhador e definir aspetos do conteúdo de trabalho, entre outras coisas.

5.1. Proposta de intervenção real

Não podendo ser isto exequível, tendo em conta os objetivos definidos e após a análise dos resultados do diagnóstico, optou-se por desenhar uma proposta de intervenção, orientada apenas para os principais problemas identificados.

Desta forma, um dos aspetos que merece intervenção por parte da empresa, não apenas por ter sido um dos mais referidos pelos trabalhadores mas porque terá também efeitos importantes em outros aspetos, são os **papéis na organização**. Este é um dos aspetos mais críticos deste estudo, uma vez que envolve a questão das responsabilidades dos trabalhadores e está relacionado com a organização da carga e ritmo de trabalho, visto que aborda a distribuição e das tarefas. Para além disso, relaciona-se com os conflitos e relacionamentos interpessoais, de forma que se for bem intervencionado pode ter influências positivas e diretas nestas questões.

Assim, a ambiguidade entre o papel do enfermeiro e do auxiliar é notória, sendo que isso causa conflito entre as duas categorias profissionais. Embora ambas as categorias partilhem o mesmo espaço de trabalho, lidem diretamente com os mesmos doentes, repartam funções que se complementam, depois ao nível da formação básica de cada um, estas são completamente distintas (e.g., os enfermeiros são licenciados e os auxiliares podem ter como habilitações mínimas o 2º ciclo do ensino básico), o que pode originar que percecionem o mesmo espaço de trabalho de forma diferente. Esta problemática origina dificuldade em coatividade, uma vez que devido à ambiguidade de papéis não há um limite na função e, se há, é pouco transparente.

Desta forma, tendo em conta as consequências deste fator de risco psicossocial, torna-se importante propor e realizar medidas de ação não só para corrigir o problema mas também para o prevenir.

Tabela 25: *Medidas de intervenção no fator de risco psicossocial papéis na organização*

| Fator de risco psicossocial | Riscos e consequências | Medidas preventivas | Medidas corretivas |
|------------------------------------|--|---|---|
| Papéis na organização | Erros/falhas no desempenho da função | Definição clara das funções de cada um Gestão competente e participativa | Supervisão e orientação Formação Entrevistas de avaliação laboral |
| | Acidentes de trabalho | | |
| | Pressão por tempo e por prazos | | |
| | Sobreposição e inconclusão de tarefas | | |
| | Problemas de cooperação entre categorias | Reuniões periódicas de serviço | Comunicação e apoio Formação Entrevistas de avaliação laboral |
| | Conflitos entre categorias | Gestão competente e participativa | |

Primeiramente propõe-se uma clarificação das **funções de cada um**, criando normativos com as responsabilidades de cada umas das categorias profissionais, para que cada trabalhador conheça em pormenor todas as suas áreas de responsabilidade. Para além disso, existiria um estabelecimento de prioridades para as tarefas em geral e para as tarefas urgentes, em situações onde ocorressem imprevistos. Também se identificaram as tarefas mais complexas e exigentes, no sentido de evitar a sua interrupção, para que se, consiga realizá-las com o mínimo de perturbação possível. Este conjunto de procedimentos seria definido e validado pelas chefias dos serviços e posteriormente conferir-se-iam estes aspetos com os trabalhadores, por forma a criarem-se condições para que a proposta seja operacionalizada. Em paralelo, deveria existir uma **supervisão e orientação** por parte da chefia, na realização e desempenho das tarefas. Deste modo, a questão das responsabilidades dos trabalhadores estaria definida, o que permitiria que uma organização da carga e ritmo de trabalho mais correta. Uma vez definidos estes aspetos, os conflitos entre os trabalhadores, originados por esta questão (e.g., trabalhadores que reportam que para além do seu trabalho realizam o do outro) seriam reduzidos e conseqüentemente o clima vivido no serviço sofreria influências positivas. A supervisão e orientação permitira que se validassem os aspetos operacionais da questão e o respeito pelos normativos.

Também deveriam ser priorizadas a realização de reuniões com todos os trabalhadores, o que engloba toda a equipa multidisciplinar e não apenas as categorias isoladamente, de modo que se propõe a realização de **reuniões periódicas de serviço**. Estas

teriam como principal objetivo, passar toda a informação necessária à realização dos trabalhos e o encontrar consensos relativamente aos procedimentos a adotar em cada situação e, se possível definir planos de cuidados por escrito. Para além disso, pretende-se com estas reuniões, aumentar a participação de todos os trabalhadores no diagnóstico dos problemas e na proposta de soluções e dar oportunidade aos trabalhadores de discutir e participar nas modificações. Assim, este aspeto focar-se-ia em resolver questões de pequenos conflitos que surgissem, especialmente relacionados com aspetos do trabalho, permitindo que os trabalhadores participassem na tomada de decisão.

Relativamente à **gestão competente e participativa**, sugere-se a clarificação e a definição, por parte da chefia, dos objetivos de trabalho de cada pessoa e dos *timings* para a sua concretização, sendo que os trabalhadores devem ser incluídos na definição dos mesmos, sendo que este aspeto, está intimamente ligado à definição das funções de cada um. Também são feitas propostas para lidar com a falta de chefia no serviço, colmatando essa falha e tentando uniformizar este aspeto, propondo-se que o chefe do serviço esteja mais tempo presente durante o turno e nas transições entre os mesmos. Em paralelo a esta questão, deve existir uma **supervisão e orientação** por parte da chefia, bem como uma promoção de **comunicação e apoio**, ao longo da semana de trabalho. Analogamente a este último aspeto, propõe-se que se criem espaços de diálogo entre o trabalhador e o psicólogo, para ajudar os indivíduos a lidar com as exigências emocionais do trabalho e para que estes também trabalhem a expressão das emoções e a forma de comunicação com os doentes e familiares.

No âmbito das **formações**, a proposta vai no sentido de se clarificarem as competências dos trabalhadores para que depois se priorizem as necessidades de formação. O objetivo desta proposta tem em vista formações periódicas em cada serviço, solicitando-se que a formação vá de encontro às necessidades específicas de cada trabalhador. Propõe-se ainda a criação de algumas formações específicas ao nível da prevenção de riscos psicossociais, liderança, comunicação interpessoal e assertividade e gestão do tempo e organização do trabalho. A necessidade de qualificar os trabalhadores, ajustar as suas capacidades às necessidades e exigências dos processos, elevam a formação à condição de um processo fundamental na gestão organizacional. Por fim, sugere-se a realização de **entrevistas de avaliação laboral**, sendo que estas servirão para a continuidade destas práticas, bem como a aplicação de outros procedimentos. Este último ponto seria extremamente importante para dar continuidade a todo o plano de prevenção dos riscos psicossociais.

CONCLUSÃO

Os riscos psicossociais são uma das problemáticas de saúde relacionada com o trabalho mais preocupante, tendo sido por isso este estudo perspetivado com o objetivo de compreender o perfil de riscos psicossociais em dois grupos distintos de profissionais de saúde, enfermeiros e auxiliares, no setor privado. A abordagem destes aspetos no âmbito dos serviços de saúde caracteriza a pertinência deste estudo, permitindo pensar sobre o efeito do trabalho na saúde e na eventual necessidade de implementar ou redefinir estratégias que promovam a melhoria das condições de trabalho.

Atendendo aos objetivos do projeto, pode-se afirmar que estes foram atingidos, uma vez que se pretendia compreender e consciencializar os trabalhadores, para que posteriormente se pudesse intervir convenientemente. Deste modo, pode-se sublinhar a riqueza que a análise qualitativa permitiu, ao nível de uma compreensão profunda e detalhada de fenómenos complexos e subjetivos, como é o fenómeno dos riscos psicossociais. Considera-se por isso que a metodologia adotada foi a mais adequada.

No que concerne à análise dos resultados, estes foram interpretados de forma a construir uma ligação congruente com o objetivo em estudo. Assim, com base nos resultados obtidos, pode-se concluir que, na globalidade, tanto os enfermeiros como os auxiliares estão expostos a riscos psicossociais, sendo estes perturbadores da saúde dos mesmos.

Evidenciou-se a existência de problemas, nomeadamente ao nível dos papéis na organização e na partilha das responsabilidades que cada trabalhador assume. Através da questão que pretendia explorar as exigências da função dos trabalhadores de ambas as categorias profissionais, verificou-se que apesar das particularidades das funções de cada categoria, existem semelhanças nas tarefas realizadas pelos auxiliares e pelos enfermeiros, ficando pouco transparente a definição e os limites do papel de cada um, o que provoca a ambiguidade de papéis.

Diretamente relacionado com este aspeto, a carga e o ritmo de trabalho aborda questões da divisão e gestão de tarefas, onde alguns trabalhadores, sobretudo auxiliares, mencionam que a distribuição de tarefas não é executada da melhor forma, o que pode explicar frequências elevadas na questão da interrupção na execução tarefas e sobreposição das mesmas. Todas estas problemáticas criam, como consequência, dificuldades nas relações interpessoais no trabalho, influenciado sobretudo os aspetos da comunicação.

A questão dos horários de trabalho também foi mencionada pelos trabalhadores como um fator desestabilizador dos ciclos circadianos e da gestão da vida pessoal. Contudo, nesta

questão é mais difícil intervir, uma vez que os horários atípicos fazem parte da natureza destas profissões para permitir a continuidade assistencial e a prestação de cuidados de saúde. Sendo este um estudo de carácter exploratório cujo objetivo primordial era refletir sobre a complexidade do tema de estudo e obter um grau de profundidade maior sobre a questão (Yin, 2011), é importante também ter consciência do risco e das limitações deste tipo de análise, uma vez que, há maior sustentabilidade para se desenvolverem interpretações subjetivas ou conclusões demasiado gerais (Johnson & Onwuegbuzie, 2004).

Outra questão refere-se à representatividade e à replicação dos resultados obtidos, onde com este tipo de metodologia e amostragem, não pode ser generalizada a outros indivíduos e contextos. Contudo, de acordo com Bryman (2008), o intuito não é generalizar pelos indivíduos mas para a teoria. Assim e, embora o objetivo principal não tenha sido a replicação, talvez fosse interessante replicar o estudo noutra instituição de saúde privada portuguesa e compararem-se resultados.

Sendo esta uma das realidades mais atuais, seria interessante aprofundar o estudo do impacto dos riscos psicossociais na saúde psicológica e física dos trabalhadores da saúde, bem como o efeito na qualidade de vida dos trabalhadores. Assim, estudos longitudinais poderão ser levados a cabo, por forma a monitorizarem a evolução destes riscos, avaliando fatores que interferem na saúde destes trabalhadores. Por sua vez, novos projetos poderão surgir a partir deste, permitindo a continuidade do diagnóstico e sobretudo da intervenção, ou procurando a exploração de outros serviços deste hospital.

Os resultados deste estudo formam um contributo para uma reflexão sobre a natureza do trabalho dos enfermeiros e dos auxiliares, bem como uma sensibilização para as chefias e trabalhadores deste hospital em particular.

FONTES

Direção de Recursos Humanos (2012). Avaliação de Riscos Hospital dos SAMS: Programa de prevenção de riscos psicossociais. S.B.S.I.

Direção de Recursos Humanos. Descritivo de funções dos trabalhadores. S.B.S.I.

Entidade Reguladora de Saúde (2011). Relatório sobre “A Carta dos Direitos dos Utentes”.

S.B.S.I. (1996). *Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas*. S.B.S.I. Lisboa.

Decreto Lei nº7/2009 de 12 de Fevereiro. Código do trabalho.

SITOGRAFIA

Acute Care Nurses. *O*NET*. Retirado a 29 de Junho de 2015 de:

<http://www.onetonline.org/link/summary/29-1141.01>

Nursing Assistants. *O*NET*. Retirado a 29 de Junho de 2015 de:

<http://www.onetonline.org/link/summary/31-1014.00>

SBSI. Consultado a 29 de Junho de 2015 de:

<http://www.sbsi.pt/Pages/default.aspx>

BIBLIOGRAFIA

- ACT/SLIC. (2012). *Campanha Europeia de Avaliação dos Riscos Psicossociais*. .
- Azevedo, M. P. (1980). *Efeitos psicológicos do trabalho por turnos em mulheres (Dissertação de Doutoramento)*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Babatunde, A. (2013). Occupational Stress: a review on conceptualisations, causes and cure, 65 (2). *Economic Insights – Trends and Challenges*, 73-80.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo (L.A. Reto & A. Pinheiro, Trans.)*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, P. P. (2013). *Economia da saúde: conceitos e comportamentos (3ª ed.)*. Coimbra: Almedina.
- Benavides, F. G., Ruiz-Frutos, C., & Garcia, A. M. (2000). *Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Madrid: Masson.
- Berg, B. L. (1998). *Qualitative research methods for social sciences (3rd ed.)*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bocéréan, C., Dupret, É., Feltrin, M., & Teherani, M. (2012). Le COPSQ: Un nouveau questionnaire français d'évaluation des risques psychosociaux", 24. *Revue Santé Publique*, 189-207.
- Bryman, A. (2008). *Social Research Methods (3rd ed.)*. Oxford: Oxford University Press.
- Candilera, G., Erbutto, D., Ferracuti, S., Girardi, P., Iliceto, P., Lester, D., et al. (2013). Occupational stress and psychopathology in health professionals: an explorative study with the multiple indicators multiple causes (MIMIC) model approach, 16 (2). *Epub*, 143-152.
- Coelho, J. A. (2010). *Prevenção dos Riscos Psicossociais no Trabalho em Hospitais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Commission European. (2011). *Report on the implementation of the European social partners: Framework agreement on work-related stress*. Brussels.
- Cooper, C. L. (2005). A natureza mutante do trabalho: o novo contrato psicológico e os estressores associados. In A. M. Rossi, P. L. Perrewé, & S. L. Sauter, *Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional*. São Paulo: Atlas.
- Cooper, C., Dewe, P., & O'Driscoll, M. (2001). *Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications*. London: Sage Publications.
- Costa, L. S., & Santos, M. (2013). Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho: Lições Aprendidas e Novos Caminhos. *RICOT, International Journal on Working Conditions*, 40-58.
- Cox, T. (1993). *Stress research and stress management: Putting theory to work*. University of Nottingham. Nottingham: Centre for Organizational Health and Development, University of Nottingham.
- Cox, T., & Griffiths, A. (2005). The nature and measurement of work-related stress: theory and practice. In J. R. Wilson, & N. Corlett, *Evaluation of Human Work (3rd ed.)*. London: CRS Press.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. California: Sage Publications.
- Cruz, A. G. (2003). *Trabalho por turnos: fatores preditivos de intolerância*. Coimbra: Quarteto (Coleção educação e saúde).
- Danna, M. F., & Matos, M. A. (2006). *Aprendendo a observar*. São Paulo: Edicon.
- EU-OSHA. (2007). *European Agency for Safety & Health at Work, Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.

EU-OSHA. (2007). *European Agency for Safety and Health at Work, Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

EU-OSHA. (2009). *European Agency for Safety and Health at Work, OSH in figures: stress at work — facts and figures*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.

EU-OSHA. (2012a). *European Agency for Safety and Health at Work, Management of psychosocial risks at work: An analysis of findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

EU-OSHA. (2012b). *European Agency for Safety and Health at Work, European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER) - Managing safety and health at work*. European Risk Observatory Report. Publications Office of the European Union Publications Office of the European, Luxembourg.

EU-OSHA. (2013). *European Agency for Safety & Health at Work, Guia da campanha: Gestão do stresse e dos riscos psicossociais no trabalho*.

EU-OSHA. (2013). *European Agency for Safety & Health at Work, Guia da campanha: Gestão do stresse e dos riscos psicossociais no trabalho*.

Eurofound. (2005). *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Temporary agency work in the European Union*.

Eurofound. (2012). *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Overview report: 5th European Working Conditions Survey*.

European Commission. (2012). *The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010-2060)*. European Economy.

Fagunde, A. F. (1999). *Definição, descrição e reigsto do comportamento (12ª ed.)*. São Paulo: Edicon.

Ferreira, J., Santos, A., & Silva, A. (1998). Enfermagem, riscos físicos e psicológicos. *Nursing*, 126, 23-24.

Gibson, J., Ivancevich, J., Donnelly, J., & Konopaske, R. (2003). *Organizations: Behavior, structure, processes*. New York: McGraw-Hill Companies.

Grazziano, E. S. (2008). *Estratégia para redução do stress e burnout entre enfermeiros hospitalares (Tese de doutoramento)*. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo - Sentido e formas de uso*. Cascais: Príncípia.

Hirigoyen, M.-F. (2002). *O assédio no trabalho - Como distinguir a verdade*. Lisboa: Pergaminho.

Holland, D. H. (2006). The effect of shiftwork related fatigue on the family life of trai operators: Implications for safety and health professionals. *Work*, 26, 115-121.

Houtmn, I., Bongers, P. M., Smulders, P. G., & Kompier, M. A. (1994). Psychosocial stressors at work and musculoskeletal problems. *Sacand J Work Environ Health*, 20 (2), 139-145.

ILO. (1986). *International Labour Office, Psychosocial factors at work: Recognition and control*. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health: Geneva.

ILO. (2010). *International Labour Office, World of Work Report 2010: From one crisis to the next?* Geneva: International Labour Office.

Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: a research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33 (7), 14-26.

Joling, C., & Kraan, K. (2008). *Use of technology and working conditions in the European Union, Ireland, Dublin*.

- Kasperczyk, R. (2010). Corporate responsibility for systemic occupational stress prevention, 5 (3). *Journal of Business Systems, Governance and Ethics*, 51-70.
- Ketele, J.-M., & Roegiers, X. (1999). *Metodologia da recolha de dados: fundamentos dos métodos de observação, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Khan, W., & Satija, S. (2013). Emotional intelligence as predictor of occupational stress among working professionals, 15. *LN Welinkar Institute of Management Development & Research*, 79-97.
- Kinnunen, U., Mauno, S., Nätti, J., & Happonen, M. (2000). 'Organizational antecedents and outcomes of job insecurity: A longitudinal study in three organizations in Finland. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 443-459.
- Kirk, J., & Miller, M. (1986). *Reliability and validity in qualitative research*. Newbury Park: Sage Publications.
- Légeron, P. (2008). Le stress professionnel, 84. *L'Information Psychiatrique*, 809-820.
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2004). *Work organisation and stress: systematic problema approaches for employers, managers and trade union representatives* (Protecting Workers' Health Series No. 3 ed.). Geneva: Institute of Work, Health & Organization.
- Leka, S., Hassard, J., Jain, A., Makrinov, N., Cox, T., Kortum, E., et al. (2008). *Towards the development of a psychosocial risk management framework. SAL TSA report*. Nottingham: I-WHO publications.
- Leka, S.; Cox, T. (2008). *PRIMA-EF: The european framework for psychosocial risk management*. Nottingham: I-WHO publications.
- Leka, S.; Jain, A. (2010). *Health impact of psychosocial hazards at work: an overview*. Institute of Work, Health & Organisations, University of Nottingham.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1994). *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work And Organizational Psychology*, 5 (2), 165-184.
- Lowman, R. L. (2005). Importance of diagnosis in organizational assessment: Harry Levinson's contributions. *The Psychologist-Manager Journal*, 8 (1), 17-28.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual (3rd ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting psychologists press, Inc.
- McCracken, G. (1988). *The Long Interview*. California: Sage.
- Minayo, M. C. (1996). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde (5ª ed.)*. São Paulo: Hucitec.
- Muecke, S. (2005). Effects of rotating night shifts: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (4), 433-439.
- Murofuse, N. T., Abranches, S. S., & Napoleão, A. A. (2005). Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. *Latino-Am Enfermagem*, 13(2), 255-261.
- Nelson, D., & Quick, A. (2003). *Organizational behavior: Foundations, realities, and challenges*. Ohio: South-Western.
- Netterstrom, B., Conrad, N., Bech, P., Fink, P., Olsen, O., & Rugulies, R. (2008). The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiologic Reviews*, 30, 118-132.
- OIT. (1984). *Organización Internacional del Trabajo, Factores psicossociales en el trabajo*. Genebra.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods (2nd ed.)*. Newbury Park: Sage.

- Peduzzi, M., & Ciampone, M. H. (2005). Trabalho em equipe e progresso grupal. In P. Kurganct, *Gerenciamento em enfermagem* (pp. 108-124). Rio de Janeiro: Guanabara-Kiigan.
- Poelmans, S., Odle-Dusseau, H., & Beham, B. (2009). work-life balance: individual and organizational strategies and practices. In S. Cartwright, & C. L. Cooper, *The oxford handbook of organizational well-being* (pp. 180-195). Oxford: University press.
- Portuné, R. (2012). Psychosocial risks in the workplace: Increasing challenge for german and international health protection. *Arh Hig Rada Toksikol*, 63, 123-131.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio: Prevenção do stresse no trabalho*. Lisboa: RH.
- Rego, R., & Barbosa, C. (2012). *Stresse Ocupacional e riscos psicossociais em contexto hospitalar*. Lisboa: ACT.
- Reis, E. (1996). *Estatística descritiva*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Ribeiro, M. F. (s.d.). Riscos psicossociais no trabalho dos enfermeiros (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Rodrigues, A., & Ferreira, I. (1999). Enfermagem, uma profissão exposta a diversos fatores de risco. *Nursing*, 139, 38-40.
- Ross, R. R., & Altmaier, E. M. (1994). *Intervention in occupational stress: A handboock of counselling for stress at work*. London: Sage Publications.
- Rossi, F. R., & Silva, M. A. (2005). Fundamentos para processos gerenciais na prática dos cuidados. *Esc Enferm USP*, 39 (4), 460-468.
- Sá, L. O. (2002). *Burnout e controlo sobre o trabalho em enfermagem ocológica*. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Medicina.
- Silva, C. F. (2000). Ritmos biológicos e trabalhos por turnos. *Recursos humanos magazine*, 16.
- Silva, I. (2007). *Adaptação ao trabalho por turnos (Tese de Doutoramento)*. Braga: Universidade do Minho.
- Silva, I. S. (2000b). Sistemas de turnos: que contributos da cronopsicologia para a sua conceção? *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 5 (2), 389-410.
- Silva, M. C., & Gomes, A. R. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. In *Estudos de Psicologia* (pp. 239-248).
- SLIC. (2012). *Comité dos Altos Responsáveis das Inspeções do Trabalho, Riscos psicossociais no trabalho*.
- Smith, C. S., Folkard, S., & Fuller, J. A. (2011). Shiftwork and working hours. In J. C. Quick, & L. E. Tetrick, *Handbook of occupational health psychology* (pp. 163-179). Washington, DC: Americian Psychological Association.
- Sousa, F., Machado, A., Cadete, E., & Graça, L. (2004). A que riscos estão expostos os enfermeiros do bloco operatório. *Segurança*, 19-22.
- Sparck, K., Cooper, C., Fried, Y., & Shirom, A. (1997). The effects of work hours on health: A meta-analytic review. *Journal of Organizational and Occupational Psychology*, 51, 391-408.
- Vala, J. (2005). A análise de conteúdo. In A. S. Silva, & J. M. Pinto, *Metodologia das ciências sociais (13ª ed.)* (pp. 101-128). Porto: Edições Afrontamento.
- Vanderstoep, S. W., & Johnston, D. D. (2009). *Research methods for everyday life - blending qualitative and quantitative approaches*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Vézina, M. (2008). La prévention des problèmes de santé psychologique liés au travail: nouveau défi pour la santé publique, 20. *Santé Publique*, 121-128.
- Villalobos, G. (2004). Vigilancia epidemiológica de los factores psicossociales. Aproximación conceptual y valorativa. *Cienc Trab*, 6(14), 197-201.
- Wedderburn, A. (2000). Shiftwork and health. *European Studies on Time*, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Workin Conditions.

WHO. (1981). *World Health Organization, Santé et bien-être sur les lieux de travail. Rapport sur la réunion d'un group de travail de l'OMS: Copenhague.*

WHO. (2004). *World Health Organization, Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options.* Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht.

Yin, R. K. (2011). *Qualitative research from start to finish.* New York: The Guilford Press.

ANEXOS

Anexo A – Caraterização da amostra

Tabela 3: Caraterização da amostra dos auxiliares de ação médica

| | Género | Idade | Tempo na empresa | Tempo no serviço | Habilitações académicas | Tipo de contrato |
|----|--------|-------|------------------|------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 1 | M | 44 | 1 | 1 | 2º ciclo do ensino básico | Contrato a Termo Certo de 6 Meses |
| 2 | F | 50 | 20 | 3 | 2º ciclo do ensino básico | Contrato Sem Termo |
| 3 | F | 38 | 13 | 13 | 3º ciclo do ensino básico | Contrato Sem Termo |
| 4 | F | 49 | 14 | 14 | 3º ciclo do ensino básico | Contrato Sem Termo |
| 5 | F | 36 | 8 | 0 | Secundário | Contrato Sem Termo |
| 6 | F | 56 | 20 | 20 | 3º ciclo do ensino básico | Contrato Sem Termo |
| 7 | F | 43 | 15 | 15 | 3º ciclo do ensino básico | Contrato Sem Termo |
| 8 | M | 37 | 14 | 14 | 3º ciclo do ensino básico | Contrato Sem Termo |
| 9 | M | 40 | 15 | 8 | Secundário | Contrato Sem Termo |
| 10 | M | 34 | 7 | 4 | Licenciatura | Contrato Sem Termo |
| 11 | F | 52 | 20 | 20 | 3º ciclo do ensino básico | Contrato Sem Termo |
| 12 | F | 50 | 14 | 2 | 2º ciclo do ensino básico | Contrato Sem Termo |
| 13 | F | 35 | 6 | 6 | Secundário | Contrato Sem Termo |
| 14 | F | 27 | 1 | 1 | 3º ciclo do ensino básico | Contrato a Termo Certo de 6 Meses |
| 15 | F | 30 | 1 | 1 | Secundário | Contrato a Termo Certo de 6 Meses |

Tabela 4: Caraterização da amostra dos enfermeiros

Riscos Psicossociais: Percepção dos Riscos Psicossociais em Profissionais de Saúde

| | Género | Idade | Tempo na empresa | Tempo no serviço | Habilitações académicas | Tipo de contrato |
|----|--------|-------|------------------|------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| 1 | F | 25 | 1 | 1 | Licenciatura | Contrato a Termo Certo de 6 Meses |
| 2 | F | 29 | 7 | 7 | Licenciatura | Contrato Sem Termo |
| 3 | M | 24 | 0 | 0 | Licenciatura | Contrato a Termo Certo de 6 Meses |
| 4 | M | 27 | 0 | 0 | Licenciatura | Contrato a Termo Certo de 6 Meses |
| 5 | F | 42 | 11 | 11 | Licenciatura | Contrato Sem Termo |
| 6 | M | 35 | 4 | 2 | Licenciatura | Prestação de Serviços |
| 7 | F | 24 | 1 | 1 | Licenciatura | Contrato Termo Incerto |
| 8 | F | 24 | 1 | 1 | Licenciatura | Contrato Termo Incerto |
| 9 | M | 38 | 15 | 15 | Licenciatura | Contrato Sem Termo |
| 10 | F | 45 | 17 | 10 | Licenciatura | Contrato Sem Termo |
| 11 | F | 38 | 15 | 15 | Licenciatura | Contrato Sem Termo |
| 12 | F | 28 | 3 | 3 | Licenciatura | Contrato Sem Termo |
| 13 | F | 48 | 14 | 7 | Licenciatura | Contrato Sem Termo |
| 14 | M | 37 | 13 | 13 | Licenciatura | Contrato Sem Termo |
| 15 | F | 25 | 2 | 1 | Licenciatura | Contrato a Termo Certo de 6 Meses |

Anexo B – Guião para entrevistas individuais

Introdução

Bom dia / Boa tarde. Obrigada por ter aceite participar nesta entrevista. O meu nome é Mafalda Baptista e estou a frequentar o último do mestrado em Psicologia Social e Organizacional no ISCTE. No âmbito do mestrado, estou a desenvolver um estudo focado nos riscos psicossociais no setor da saúde. Estou interessada em compreender a sensibilidade e perceção dos auxiliares de ação médica à exposição a riscos psicossociais no desempenho da sua função e contexto profissional. É neste sentido que as suas opiniões sobre este assunto são fundamentais para mim.

Estou interessada em saber as suas opiniões e perspetivas, em função da sua experiência profissional.

Em primeiro lugar, gostaria de pedir a sua autorização para gravar esta entrevista, para que todas as suas respostas possam ser registadas na totalidade. Garanto que todos os seus comentários e opiniões irão permanecer anónimos, e que o seu nome não será em momento algum relacionado com qualquer coisa que diga.

Em segundo lugar, vou dar-lhe um documento de consentimento informado. Peço-lhe que o leia, e que o assinie em seguida. Se tiver alguma questão, pode colocá-la em qualquer momento.

Muito bem. Antes de começarmos, tem alguma questão?

PERGUNTAS

Parte I: Questões introdutórias

- 1. O que considera serem riscos psicossociais no trabalho?**
- 2. Para si, quais são os principais impactos dos riscos psicossociais?**

Parte II: Questões sobre o trabalho

- 3. Quais as exigências das suas funções.**

Explorar:

- Descrição de um dia normal de trabalho
- Descrição do tipo de tarefas que realiza
- Identificação do que é esperado que o trabalhador faça e o que o trabalhador faz realmente
- Como é que é o tipo de organização num dia em que existe uma maior sobrecarga de trabalho
- Ilustrar com exemplos

- 4. Quando o seu dia de trabalho termina do que é que se sente mais cansado?**

Explorar:

- Nível físico (fisicamente exausto, com dores, cansado)
- Nível psicológico (emocionalmente exausto, irritado, ansioso, triste)

- 5. Quais são os aspetos mais positivos do seu trabalho? E os aspetos mais negativos?**

Explorar:

- Ilustrar com exemplos

Parte III: Causas dos riscos psicossociais

- 6. Quais são os fatores que considera serem as principais causas dos riscos psicossociais relacionados com o seu trabalho?**

Explorar:

- Conteúdo do trabalho (quais são as características das tarefas, nomeadamente, o tipo de tarefas realizadas, se são previsíveis, repetitivas e monótonas; se sente que o seu trabalho é significativo; se o trabalho oferece boas oportunidade de desenvolvimento; se exige o uso das próprias capacidades nomeadamente, exigências cognitivas como, atenção constante, proposta de novas ideias, tomada de decisão; se permite autonomia e aprendizagem contínua)

- b. Carga e ritmo de trabalho (qual o ritmo de trabalho, nomeadamente, se tem tempo para concluir todas as tarefas; se existem sobreposição de tarefas porque se acumulam; se a distribuição de tarefas é mal distribuída; se está exposto a níveis elevados de pressão por tempo e prazos; se é interrompido na realização das suas tarefas para ir finalizar outras tarefas)
- c. Horário de trabalho (tipo de horários que pratica, nomeadamente, trabalho por turnos ou horários noturnos; se os horários de trabalho são flexíveis e previsíveis; se faz longas jornadas de trabalho; se o trabalho o priva do convívio social; se existe tempo para pausas e descanso)
- d. Controlo (se é consultado para participar na tomada de decisão, nomeadamente no *design* e organização do trabalho, que engloba aspetos como carga, ritmo e horários de trabalho)
- e. Ambiente e equipamentos (se existem condições físicas e ambientais para o desempenho da função, nomeadamente se estão assegurados fatores como, temperatura, espaço e equipamentos de trabalho)
- f. Cultura organizacional e função (se existe comunicação e como é que é feita; o modo e como é passada a informação; se existe uma participação ativa por parte do trabalhador, colegas e chefias no apoio e solução de problemas; se estão definidos e acordados os objetivos organizacionais)
- g. Relações interpessoais no trabalho (se sofre de isolamento físico ou social; se tem boas relações com os superiores e com os colegas; se existe reconhecimento pessoal; se origina ou vê-se envolvido em conflitos interpessoais; se sente que tem falta de apoio social)
- h. Papeis na organização (se o trabalhador tem e sabe quais são as suas responsabilidades pessoais e se está confortável com as mesmas; se o trabalhador conhece a estrutura hierárquica; se o trabalhador está exposto a ambiguidade de papel;)
- i. Desenvolvimento de carreira (se tem perspetivas de continuidade e evolução; se sente insegurança no trabalho, nomeadamente em relação ao seu vínculo contratual e aspetos sociais como, alvo de insultos ou provocações verbais, ameaças e violência física e assédio sexual; se tem perspetivas de progressão na carreira)

j. Interface lar-trabalho (se sente que o seu trabalho exige que dispense muita energia/tempo, o que acaba por afetar negativamente a vida privada; se os familiares e amigos se queixam que trabalho muito)

7. Dos fatores identificados considera que está exposto a algum? Se sim, qual/quais?

- a. Como é que isso o faz sentir?
- b. Que estratégias é que utiliza para lidar com isso?
- c. Ilustrar com exemplos

Parte VI: Questões pessoais

8. Sexo

9. Idade

10. Habilitações académicas

11. Tipo de serviço em que trabalham

12. Antiguidade na função

13. Antiguidade na organização

14. Tipo de vínculo contratual

Final

Esta foi a última questão. Muito obrigada por participar na entrevista. Todas as suas respostas são muito importantes para nós. Há algum aspeto que gostasse de acrescentar? Alguma sugestão para o nosso projeto?

Mais uma vez obrigada pela sua disponibilidade e participação.

Anexo C – Dicionário de análise

| Grandes temas | Conceito RPS | | |
|---------------------------|--|--|---|
| Perguntas | 1. O que considera serem riscos psicossociais no trabalho? | | |
| Categoria | <i>Definição RPS</i> | | |
| Subcategoria | Riscos específicos ou riscos globais | | |
| Definição | Indicação de lista de riscos específicos, tais como: | | |
| | Risco de infeção e doenças | "Desde o momento que a gente que cá entra, eu penso que pode ser qualquer um. Nós não conhecemos qual é o problema do doente quando ele entra no serviço, ao no sabermos já corremos o risco do paciente ter qualquer coisa que nos possa infetar, tipo hepatite, HIV, pneumonias." Participante 7 | |
| | Cansaço físico | "A nível físico temos vários, em termos de queixas lombares." Participante 26 | |
| | Relação com os doentes e/ou familiares | "O facto de lidarmos com os doentes e com as próprias famílias dos doentes, no âmbito da doença, mais neste serviço concretamente, são todos os fatores que nos perturbem no sentido das nossas relações e que perturbem o nosso psicológico e que nos vai afetar na nossa forma de estar e nas relações (...) Outro aspeto que agora está muito na voga são as agressões físicas e psicológicas ao enfermeiro e que efetivamente acontece." Participante 22 | |
| | Exemplos | Morte dos doentes | "São os riscos que advém do contato diários e persistente com as diversas situações no trabalho, como por exemplo, para nós, não sendo máquinas e sendo nós pessoas, é mais difícil lidar com situações terminais em doentes jovens e isso, se calhar, depois interfere com a nossa vida pessoal" Participante 29 |
| | | Horários de trabalho e/ou conflito trabalho família | "O facto de trabalharmos por turnos, considero que também seja um RPS e, que por isso, o nosso social fica altamente afetado. As reuniões de família, os natais, as alturas festivas, para nós enquanto profissionais de saúde que trabalhamos por turnos e, é complicado." Participante 27 |
| Carga e ritmo de trabalho | | "A carga horária, acrescido ao facto de termos falta de pessoal. Nós trabalhamos com pessoal reduzido e, às vezes, fazemos dois turnos e são muitas horas e acabamos por ficar mais | |

Riscos Psicossociais: Percepção dos Riscos Psicossociais em Profissionais de Saúde

| | | |
|----------------------|---|---|
| | | casados psicologicamente." Participante 13 |
| | Relações interpessoais no trabalho | "Os riscos a que nós estamos expostos, nomeadamente, da nossa relação com as pessoas, algum tipo de chefia, por parte das nossas chefias ou dos nossos colegas ou pessoas com quem trabalhamos." Participante 16 |
| | | Indicação de lista de riscos globais: "São fatores que influenciam ou não, a nossa atividade, a nível psicológico e a nível físico, no nosso desempenho da prestação de cuidados de doentes." Participante 15 |
| Grandes temas | | Conceito RPS |
| Perguntas | | 2. Para si, quais são os principais impactos dos riscos psicossociais? |
| Categoria | | <i>Definição dos Impactos RPS</i> |
| Subcategoria | | Impactos específicos ou globais |
| | | Referência de consequências específicas para o trabalhador individualmente, quer ao nível da saúde física, saúde mental ou atitude face ao trabalho, tais como: |
| Definição | Relação com os doentes e/ou familiares | "Acho que o maior impacto está em não saber ter uma resposta para com um familiar na hora da morte. Eu posso ter a nível da minha religião, por exemplo, eu sou católico, praticante, normal da sociedade portuguesa mas, às vezes, há um doente que a gente até pode usar uma palavra de conforto, tipo descansou, está em paz mas há outros doentes que não... às vezes, o grave nem é o doente, é o familiar que acompanhou essa fase e nós ficamos ali sem saber. " Participante 10 |
| | Morte dos doentes | "A primeira vez que faleceu aqui um doente ou que eu vi falecer um doente, era um senhor que já estava aqui há 1 mês, depois teve alta e voltou e teve cá uma semana e basicamente, veio cá morrer." Participante 9 |
| Exemplos | Horários de trabalho e/ou conflito trabalho família | "A pessoa não consegue sair daqui e esquecer tudo e desligar, não somos máquinas que se carrega no botão e pronto e depois transporta-se um bocado isso para nossa vida pessoa, que quem perde são os nossos, que vamos para casa cansados, stressados, sem paciência." Participante 5 |

| | |
|------------------------------------|---|
| Relações interpessoais no trabalho | <p>“As relações com os colegas pode ter múltiplos impactos, podem prejudicar ou pode melhorar. Se a relação for boa pode melhorar o nosso desempenho e a nossa forma de estar. Se for prejudicial isso vai ter um impacto negativo.” Participante 26</p> <p>Referência de consequências globais para o trabalhador individualmente, quer ao nível da saúde física, saúde mental ou atitude face ao trabalho: "Não conseguimos dar uma resposta adequada." Participante 15</p> |
|------------------------------------|---|

| | | |
|----------------------|--|---|
| Grandes temas | Desenvolvimento e tipo de trabalho | |
| Perguntas | 3. Quais as exigências das suas funções | |
| Categoria | <i>Descrição do trabalho</i> | |
| Subcategoria | Global | Específico |
| Definição | Participantes descrevem globalmente um dia normal de trabalho e o tipo de tarefas que realizam | Participantes descrevem um dia normal de trabalho, especificando o tipo de tarefas que realizam em cada um dos turnos |
| Exemplos | "O nosso serviço exige que sejam feitas uma série de rotinas, onde as principais tarefas são, as higiènes, alimentação, administração da medicação oral e limpeza dos quartos, preparar dos carros com material para os turnos e as voltas ao serviço. Depois temos a particularidade, das higiènes poderem ser feitas no leito ou na casa de banho, dependendo do grau de independência de cada doente. Normalmente, quando os doentes podem ir ao duche, somos apenas nós AAM que estamos presentes nas higiènes, só no caso de ser um banho no leito é que o enfermeiro está presente e | "Entramos às 08h00, fazemos passagem de turno, onde recebemos o turno dos colegas da noite e onde são passadas as ocorrências da noite. Descrevem-nos o serviço, por habitação, por cama e a grande maioria dos colegas por nome. É necessário saber como é que os doentes passaram a noite, quais são os doentes independentes, se houve alguma ocorrência grave durante o percurso do doente. Depois, vamos logo dar os pequenos-almoços e ajudamos os doentes menos dependentes a comer. Posteriormente, vamos fazer as higiènes. Distribuímos a roupa pelos doentes e auxiliamos todo o processo das higiènes. As higiènes podem ir desde, banhos no leito, acompanhamento do doente à casa de banho e ajudá-lo a banha-lo ou apenas, acompanhamento do doente à casa de banho e preparar os meios para que consiga fazer a sua higiene. Mesmo que o doente seja independente e consiga fazer a sua higiene |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>auxilia. A alimentação segue o mesmo procedimento porque uns podem comer sozinhos, outros a gente tem que preparar o tabuleiro e até comem sozinhos e outros temos mesmo que dar à boca. Durante todos os turnos, temos sempre um horário para darmos a volta ao serviço e verificar como é que os doentes estão e prestar os cuidados necessários. Em particular, no turno da noite, deve deixar-se tudo preparado para o turno manhã, ou seja, os carrinhos com as roupas e com o material das higiènes preparadinhos e pronto." Participante 11</p> | <p>sozinho, o AAM deve estar sempre no quarto e nessas altura, aproveitamos para preparar a unidade ao doente no quarto, ou seja, fazemos a cama de lavado, desinfetamos a mesa de cabeceira e arrumamos as suas coisas. Quando acabam as higiènes, normalmente, já é hora de darmos os almoços. Os doentes que são dependentes, damos a alimentação completa à boca, os semi-independentes, preparamos o tabuleiro, posicionamos corretamente e auxiliamos o que for necessário e os doentes independentes, não necessitam de tanto apoio. Entretanto também começa o horário de visita e temos que acompanhar alguns familiares que chegam. Alguns familiares tentam saber informação sobre o doente e nós só esclarecemos as questões que tivermos autorização, por exemplo, perguntas de como é que o doente passou a manhã. Quando são informações clinicas não podemos responder e temos que derivar aos enfermeiros ou até mesmo aos médicos. Após o período de almoço, fazemos algumas coisas rotineiras que surjam, como, ir ao laboratório, levar ou recolher exames e novamente a ronda do serviço que consiste no posicionamento dos doentes, ver fraldas, repor material, entre outras coisas necessárias." Participante 10</p> <p>"No turno da tarde, começamos por receber o respetivo turno e nesse aspeto é igual ao anterior. São passadas todas as ocorrências do turno anterior e respetivas informações necessárias. Neste turno, como somos apenas 3 AAM, optamos por nos dividirmos e enquanto um vai trocar as cassetes da medicação à farmácia, recolher a roupa da roupa e passar por outros serviços que seja necessários, os outros 2 AAM, distribuem os lanches e auxiliam todo o processo. O método da das alimentações é idêntico ao que já descrevi anteriormente, depende</p> |
|--|---|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>se o doente é dependente, semi-independente ou independente. Durante a tarde, também arruamos as roupas dos doentes, repomos o material necessário para este turno e o próximo e fazemos rondas ao serviço, para verificar como estão os doentes e prestar cuidados de conforto. Neste turno, ao contrário do turno da manhã, temos tempo para conversar com os doentes e prestar-lhes mais atenção. Por volta das 19h00, chegam os jantares e o método é idêntico, auxiliamos completamente os doentes dependentes, preparamos as coisas dos doentes semi-independentes e verificamos se os doentes independentes precisam de alguma ajuda. Durante o período das alimentações, somos também responsáveis por administrar a medicação. O turno termina com a habitual ronda ao serviço, onde verificamos se está tudo bem com os doentes e prestamos os cuidados necessários. " Participante 10</p> <p>"O turno da noite começa novamente, com a passagem de turno e com a descrição das ocorrências. Como são poucos AAM, a passagem de turno é mais longa e isso acaba por perturbar um bocadinho serviço, uma vez que, já é tarde e ainda temos que ir distribuir e auxiliar as ceias aos doentes. Após isso, temos que administrar a medicação aos doentes. Depois de certificado este processo, os doentes acabam por adormecer e nós temos toda a reposição do serviço para fazer, ou seja, limpeza dos carros, repor os materiais nos repetitivos carros, montar o carro das roupas e das higiènes e preparar tudo o que seja necessário para o turno seguinte. Durante este turno, não existem tantas rotinas ou procedimento mas existem sempre coisas para fazer. Temos que estar sempre alerta às campainhas porque durante a noite os doentes descompensam e é necessário estarmos atento. Durante este turno, temos duas voltas obrigatórias, uma por volta das 03h00, para</p> |
|--|--|--|

Riscos Psicossociais: Percepção dos Riscos Psicossociais em Profissionais de Saúde

| | | |
|--|--|--|
| | | verificarmos os doentes e prestarmos cuidados aos que necessitam e outra, por volta das 06h00, para iniciarmos a saída de vela." Participante 10 |
|--|--|--|

| | | |
|----------------------|--|--|
| Grandes temas | Desenvolvimento e tipo de trabalho | |
| Perguntas | 4. Quando o seu dia de trabalho termina do que é que se sente mais cansado? | |
| Categoria | <i>Identificação de sintomatologias relacionadas com aspetos do trabalho</i> | |
| Subcategoria | Nível físico | Nível psicológico |
| Definição | Referência de consequências para o trabalhador individualmente ao nível da saúde física | Referência de consequências para o trabalhador individualmente ao nível da saúde mental ou atitude face ao trabalho |
| Exemplos | "Sinto-me frequentemente cansada da região lombar, pernas e da cabeça. É o cansaço próprio do trabalho e também dependa de algumas situações porque há turnos mais cansativos e não há dias iguais. Há situações em que vou mais fisicamente cansada." Participante 26 | "A nível psicológico sinto que, por vezes, o serviço é um bocadinho desgastante e cansativo. Não são só as situações de morte mas mesmo pelas situações sociais, pelos casos das pessoas e pelas dificuldades. Nós aqui estabelecemos uma relação com as pessoas, que por vezes, vivenciamos o mesmo que eles, ou seja, nós temos que nos colocar na pele do outro para tentar perceber o que é que eles estão a passar e muitas vezes, vivenciamos as coisas das outras pessoas involuntariamente." Participante 18 |

Riscos Psicossociais: Percepção dos Riscos Psicossociais em Profissionais de Saúde

| | | |
|----------------------|--|--|
| Grandes temas | Desenvolvimento e tipo de trabalho | |
| Perguntas | 5. Quais são os aspetos mais positivos do seu trabalho? E os aspetos mais negativos? | |
| Categoria | <i>Identificação de aspetos do trabalho</i> | |
| Subcategoria | Aspetos positivos | Aspetos negativos |
| Definição | Referência de aspetos positivos do trabalho | Referência de aspetos negativos do trabalho |
| Exemplos | "Sentir que posso ajudar as pessoas de alguma forma, não no melhor momento da vida delas mas sentir que posso ser útil. Foi isto que me fez e inspirou a tirar enfermagem. Gosto de ajudar o doente em todos os aspetos, desde os cuidados de conforto até à ajuda psicológica e física. " Participante 21 | "Infelizmente e, cada vez mais, estamos expostos a violência, especialmente, verbal, por parte dos familiares, são desagradáveis e rudes na forma como falam connosco. Por parte de alguns doentes, mais desorientados, tivemos alguns casos de agressão física. " Participante 26 |

| | |
|----------------------|--|
| Grandes temas | Causas RPS |
| Perguntas | 6. Quais são os fatores que considera serem as principais causas dos riscos psicossociais relacionados com o seu trabalho? |
| Categoria | <i>Causas RPS</i> |
| Subcategoria | Conteúdo do trabalho |
| Definição | Explorar: quais são as características das tarefas, nomeadamente, o tipo de tarefas realizadas, se são previsíveis, repetitivas e monótonas; se sente que o seu trabalho é significativo; se exige o uso das próprias capacidades nomeadamente, exigências cognitivas como, atenção constante; |
| Exemplos | "No sentido de nos organizar e também para termos uma linha condutora, nós temos as chamadas rotinas, o que não significa que faça do nosso dia, um dia monótono, de todo, porque nós temos sempre qualquer coisa que aparecem sem estarmos à espera e o facto de os doentes também serem diferentes influência. O nosso dia, pelo menos eu acho, é tudo menos monótono, temos sempre coisas diferentes para fazer. A medicina tem uma vantagem, do meu ponto de vista e, relativamente a outros serviços, nós apanhamos patologias de todos os tipos e é muito desafiante, no sentido que também nos faz estudar um bocadinho mais e ir à procurar um bocadinho mais, o que também não torna o nosso trabalho monótono. Depois, neste serviço temos vindo a trabalhar em técnicas novas, em práticas novas, o que também é bom. Eu também estou a fazer mestrado e tenho a possibilidade de estar agora a trabalhar com a enfermeira Cecília na área das feridas e vamos nós aqui no serviço, temos muito a dinâmica de apresentar as coisas que vamos fazendo, para além dos congressos que fazemos e, isso também torna o nosso trabalho mais dinâmico e apelativo porque também é muito giro discutir estas práticas aqui, com quem já tem muita experiência na área e com quem tem conhecimento, juntar estas duas coisas é muito bom e depois a equipa estar aberta a isto também é muito bom. " Participante 16 |

| | |
|----------------------|--|
| Grandes temas | Causas RPS |
| Perguntas | 6. Quais são os fatores que considera serem as principais causas dos riscos psicossociais relacionados com o seu trabalho? |
| Categoria | <i>Causas RPS</i> |
| Subcategoria | Carga e ritmo de trabalho |
| Definição | Explorar: qual o ritmo de trabalho, nomeadamente, se tem tempo para concluir todas as tarefas; se existem sobreposição de tarefas porque se acumulam; se a distribuição de tarefas é mal distribuída; se está exposto a níveis elevados de pressão por tempo e prazos; se é interrompido na realização das suas tarefas para ir finalizar outras tarefas |
| Exemplos | "Considero que não tenho tempo para concluir todas as minhas tarefas e que além disso, há muita pressão para as concluir em determinados tempos. Estamos expostos a muita pressão, embora a maioria seja inconsciente. Esta pressão acresce, pelo facto de imensas vezes, estarmos a fazer uma tarefa e depois sermos chamados para outras e isto é um ciclo e, às vezes, chegamos ao ponto, em que já não temos mãos a medir. Acontece muito, de repente aparecer tudo para fazer, é um médico que sugere um procedimento para um doente, um doente que de repente tem um exame, um doente que descompensou e, nós somos um, para muitos doentes. Apesar e trabalharmos todos em equipa, depois cada um também tem as suas tarefas individuais e é por isso mesmo que os doentes também são distribuídos por todos. Nós chegamos ao fim e até temos que pensar muito bem naquilo que foi feito porque até podemos ter confundido, ao passar informação uns aos outros daquilo que foi feito, se foi com o doente X ou o doente Y. Nós não temos tempo para organizar o nosso trabalho e há dias em que temos muito pouco tempo para o doente porque temos que tratar de tanta coisa, é tanta burocracia e tanto a parte técnica que descaramos, por não termos tempo, a parte relacional da nossa profissão. Penso que isto pode ser um RPS." Participante 23 |

| | |
|----------------------|--|
| Grandes temas | Causas RPS |
| Perguntas | 6. Quais são os fatores que considera serem as principais causas dos riscos psicossociais relacionados com o seu trabalho? |
| Categoria | <i>Causas RPS</i> |
| Subcategoria | Horário de trabalho |
| Definição | Explorar: tipo de horários que pratica, nomeadamente, trabalho por turnos ou horários noturnos; se os horários de trabalho são flexíveis e previsíveis; se faz longas jornadas de trabalho; se o trabalho o priva do convívio social; se existe tempo para pausas e descanso |
| Exemplos | "O turno da manhã é o que me custa mais fazer, é cansativo e tem mais funções e é mais agitado. Embora a noite, me custe por outros aspetos, tenho um filho pequeno e que fica com o pai, não é pelo trabalho em si. É sempre complicado trabalhar à noite. O trabalho por turnos é uma dicotomia, por um lado é bom porque para organizar a nossa vida pessoal é mais fácil porque temos tardes em casa, temos manhãs em casa, quando saímos da noite temos dias livres em casa e é bom para se tratar de coisas que se precisa de tratar, ir a um banco, coisas necessárias em que em certos empregos, de segunda a sexta-feira é mais complicado. Contudo, o trabalho por turnos desorienta-me porque num dia tenho que acordar cedo para entrar de manhã, noutro dia, já posso dormir mais um bocadinho de manhã, os horários das refeições também se alteram e descoordena um bocadinho os meus hábitos e, sinto isso, principalmente, quando venho fazer noite porque no dia a seguir estou trocada e depois tenho que me deitar e descansar um bocado, só que depois o sono não é o mesmo do que o sono durante a noite e acaba por ser um dia perdido. Tem aspetos positivos e aspetos negativo mas acho que os aspetos negativos acabam por pesar mais porque eu não consigo ter um ritmo de alimentação e sono, não há uma adaptação. Posso dar-lhe o exemplo do meu marido, também trabalha por turnos mas ele está uma semana a fazer manhãs e outra semana a fazer tardes, agora nós, fazemos o horário por turnos em regime rolman e é mais complicado, a nível físico e psicológico. " Participante 15 |

Riscos Psicossociais: Perceção dos Riscos Psicossociais em Profissionais de Saúde

| | |
|----------------------|---|
| Grandes temas | Causas RPS |
| Perguntas | 6. Quais são os fatores que considera serem as principais causas dos riscos psicossociais relacionados com o seu trabalho? |
| Categoria | <i>Causas RPS</i> |
| Subcategoria | Controlo |
| Definição | Explorar: se é consultado para participar na tomada de decisão, nomeadamente no design e organização do trabalho, que engloba aspetos como carga, ritmo e horários de trabalho |
| Exemplos | "Sobre as tomadas de decisão e intervenções da nossa parte, penso que há liberdade para a darmos, tanto em relação aos médicos porque de facto nós estamos muito tempo com os doentes e felizmente, eles recorrem e pedem-nos sugestões. Neste sentido, eu acho que há uma boa relação e nós somos intervenientes. Os AAM, por vezes, também sugerem algumas coisas e eu nem levo isso a mal porque sinceramente, eles tem tanta experiencia que só estão a tentar facilitar o nosso trabalho e a tentar ajudar o doente. Acho que o que varia aqui é a forma como as coisas são faladas, há uns que sugerem por boa vontade mas há outros que sugerem quase como que impondo." Participante 23 |

Riscos Psicossociais: Percepção dos Riscos Psicossociais em Profissionais de Saúde

| | |
|----------------------|--|
| Grandes temas | Causas RPS |
| Perguntas | 6. Quais são os fatores que considera serem as principais causas dos riscos psicossociais relacionados com o seu trabalho? |
| Categoria | <i>Causas RPS</i> |
| Subcategoria | Ambiente e equipamentos |
| Definição | Explorar: se existem condições físicas e ambientais para o desempenho da função, nomeadamente se estão assegurados fatores como, temperatura, espaço e equipamentos de trabalho |
| Exemplos | "Os SAMS até dispõe de todo o material e outras coisas necessárias para assegurar as melhores condições mas depois os fatores que estão associados para a concretização dos mesmos, especialmente, ao fim de semana, não são os melhores. Por exemplo, às vezes, à uma rutura de roupa, não há roupa e tem que se ir buscar a roupa lá abaixo, ou seja, a roupa acaba por aparecer mas são coisas que temos que pressionar. Há questões, especialmente, em relação aos serviços externos que deviam estar mais bem definidos e não estão." Participante 24 |

Riscos Psicossociais: Perceção dos Riscos Psicossociais em Profissionais de Saúde

| | |
|----------------------|---|
| Grandes temas | Causas RPS |
| Perguntas | 6. Quais são os fatores que considera serem as principais causas dos riscos psicossociais relacionados com o seu trabalho? |
| Categoria | <i>Causas RPS</i> |
| Subcategoria | Cultura organizacional e função |
| Definição | Explorar: se existe comunicação e como é que é feita; o modo e como é passada a informação; se existe uma participação ativa por parte do trabalhador, colegas e chefias no apoio e solução de problemas; se estão definidos e acordados os objetivos organizacionais |
| Exemplos | "A dinâmica do trabalho ente os enfermeiros depende essencialmente, das equipas de trabalho que estão escaladas para o dia. Em relação ao trabalho, nada fica prejudicado. Se nos damos bem ou se existe um bom ambiente, nem sempre o há mas os doentes nunca são prejudicados por isso. Trabalho é trabalho e o resto é o resto. Depende essencialmente da equipa escalada para o dia." Participante 23 |

| | |
|----------------------|---|
| Grandes temas | Causas RPS |
| Perguntas | 6. Quais são os fatores que considera serem as principais causas dos riscos psicossociais relacionados com o seu trabalho? |
| Categoria | <i>Causas RPS</i> |
| Subcategoria | Relações interpessoais no trabalho |
| Definição | Explorar: se sofre de isolamento físico ou social; se tem boas relações com os superiores e com os colegas; se existe reconhecimento pessoal; se origina ou vê-se envolvido em conflitos interpessoais; se sente que tem falta de apoio social |
| Exemplos | "Com os AAM não acho que exista uma boa ou uma má relação. Acho que de ambas as partes devem existir respeito mutuo e, por vezes, acho que esse respeito é perdido, especialmente pelos enfermeiros Não considero que isto seja exclusivo deste hospital mas que ainda se acha que o AAM está aqui para servir o enfermeiro e isso não permite que os AAM e enfermeiros se relacionem socialmente e, mesmo em termos de trabalho, interfere no ambiente." Participante 22 |

| | |
|----------------------|--|
| Grandes temas | Causas RPS |
| Perguntas | 6. Quais são os fatores que considera serem as principais causas dos riscos psicossociais relacionados com o seu trabalho? |
| Categoria | <i>Causas RPS</i> |
| Subcategoria | Papéis na organização |
| Definição | Explorar: se o trabalhador tem e sabe quais são as suas responsabilidades pessoais e se está confortável com as mesmas; se o trabalhador conhece a estrutura hierárquica; se o trabalhador está exposto a ambiguidade de papel |
| Exemplos | "Considero que os papéis estão definidos, tanto em termos de AAM como em termos de enfermeiros. Não acredito, que os enfermeiros possam fazer mais do que já fazem. Em termos de AAM, também acho que há distinção mas se precisarmos de alguma coisa, onde eles possam auxiliar obviamente, há elementos que se mostram mais disponíveis para tal e outros nem tanto. Portanto, acho que há uma definição, embora não seja uma definição rígida mas não há exageros da parte deles, nem nós tentamos diminuir a nossa carga para os sobrecarregar. Obviamente, que se achamos que é possível o AAM cuidar de uma higiene, em que não é necessária a nossa supervisão, nós atribuímos essa função mas claro se for uma higiene em que é necessário o enfermeiro supervisionar, aí sim, estamos presente. Neste tipo de coisas eu acho que não é sobrecarregar o outro lado ou desresponsabilizarmo-nos, é trabalhar em equipa porque se o fazemos é porque estamos mais atrapalhados com outra coisa." Participante 44 |

| | |
|----------------------|---|
| Grandes temas | Causas RPS |
| Perguntas | 6. Quais são os fatores que considera serem as principais causas dos riscos psicossociais relacionados com o seu trabalho? |
| Categoria | Causas RPS |
| Subcategoria | Desenvolvimento de carreira |
| Definição | Explorar: se tem perspectivas de continuidade e evolução; se sente insegurança no trabalho, nomeadamente em relação ao seu vínculo contratual e aspetos sociais como, alvo de insultos ou provocações verbais, ameaças e violência física e assédio sexual; se tem perspectivas de progressão na carreira |
| Exemplos | "O que me custa aqui é parecer que não evoluímos, ou seja, nós sentimos que evoluímos na relação com o doente e no à vontade com que fazemos as coisas mas parece que não nos é reconhecido isso. Acham que não temos capacidade para fazer noites, por exemplo e, não é justo. Acho que esta questão de não fazer noites, é mais uma questão da dinâmica do serviço, do que por falta de conhecimentos da nossa parte e experiência, até porque nós também temos que a adquirir de alguma forma. Apesar disto, eu não acho que tenha estagnado, obviamente. Acho é que não nos dão a oportunidade de evoluir porque nem sempre é dada a oportunidade à pessoas. Em relação ao vínculo contratual, não me sinto segura, até porque estou a fazer a substituição de uma pessoa que está a faltar e que dizem que supostamente não irá voltar mas não sendo um contrato certo, é sempre uma angústia. Depois também tem que avaliar e dar o feedback em relação ao nosso trabalho e eu estou agora a fazer 1 ano de contrato e tenho andando mas receosa e ansiosa. Infelizmente, não nos é dado o feedback do nosso trabalho, a não ser que a gente o peça mas quando o pedimos nem sempre é bem visto porque parece que estamos a questionar os nossos superiores ou estamos a pôr alguma coisa em causa e considero que era essencial termos acesso a esse feedback e neste aspeto, acho que falta comunicação. Nas alturas de renovação contratual, fico especialmente receosa porque apesar de não ser transmitido, sabemos que as pessoas falam e quando chega a altura a pessoa tem sempre medo de ser surpreendida, por assim dizer." Participante 23 |

| | |
|----------------------|--|
| Grandes temas | Causas RPS |
| Perguntas | 6. Quais são os fatores que considera serem as principais causas dos riscos psicossociais relacionados com o seu trabalho? |
| Categoria | <i>Causas RPS</i> |
| Subcategoria | Interface lar-trabalho |
| Definição | Explorar: se sente que o seu trabalho exige que dispense muita energia/tempo, o que acaba por afetar negativamente a vida privada; se os familiares e amigos se queixam que trabalho muito |
| Exemplos | "Esta é outra questão dicotómica, porque sou capaz de estar muitos dias a trabalhar mas depois também estar dois dias de folga seguidos e por isso tenho novamente, prós e contras em relação a esta questão. A questão mais complicada é o meu filho, às vezes tenho que sobrecarregar pessoas da família para vir fazer os turnos. O facto de ser eu e o meu marido a trabalharmos por turnos, dá-nos mais facilidade em conciliar a vida com o nosso filho, um leva à escola e o outro vai buscar mas prejudica a vida a dois porque depois não nos vemos. O tempo que passo aqui é a hora normal e que passaria noutra trabalho, o que é, é que faço muitos turnos seguidos, o que me faz despender muita energia, é um trabalho que exige muito da minha energia e deixo-a muito aqui. Depois como também não temos muitas hipóteses de parar um bocadinho e fazer uma pausa, sendo que a meio da manhã é sempre muito complicado, também me canso mais, há turnos que eu penso, ou vou beber água, fumar ou fazer chichi, tenho que escolher. Isso reflete-se a minha forma de estar depois em casa, especialmente com o meu filho." Participante 15 |

Riscos Psicossociais: Percepção dos Riscos Psicossociais em Profissionais de Saúde

| | |
|----------------------|--|
| Grandes temas | Causas RPS |
| Perguntas | 7. Dos fatores identificados considera que está exposto a algum? Se sim, qual/quais? |
| Categoria | <i>Impactos RPS</i> |
| Subcategoria | Trabalhador |
| Definição | Referência de consequências para os trabalhadores e o tipo de estratégias que utiliza para lidar com os RPS |
| Exemplos | "Sobre as tomadas de decisão e intervenções da nossa parte, penso que há liberdade para a darmos, tanto em relação aos médicos porque de facto nós estamos muito tempo com os doentes e, felizmente, eles recorrem e pedem-nos sugestões. Neste sentido, eu acho que há uma boa relação e nós somos intervenientes. Os AAM, por vezes, também sugerem algumas coisas e eu nem levo isso a mal porque sinceramente, eles tem tanta experiencia que só estão a tentar facilitar o nosso trabalho e a tentar ajudar o doente. Acho que o que varia aqui é a forma como as coisas são faladas, há uns que sugerem por boa vontade mas há outros que sugerem quase como que impondo." Participante 10 |

Anexo D- Resultados

Tabela 5: Resultados obtidos no serviço específico onde se desenvolveu o projeto

| | Riscos | Serviço específico | Hospital |
|--------------------------------------|--|--------------------|----------|
| Condições de trabalho | Considera que tem boas condições de trabalho | 98% | 87% |
| | Acha que dispõe dos recursos e equipamentos necessários para executar o seu trabalho | 90% | 93% |
| Trabalho monótono e rotineiro | Concorda que as tarefas são variadas | 95% | 91% |
| | Não considera o trabalho monótono ou rotineiro | 93% | 87% |
| Natureza do trabalho | Concorda que o trabalho é complexo | 90% | 78% |
| | Assume que o trabalho exige aprendizagem e atualizações constantes | 98% | 96% |
| | Considera que o trabalho é exigente em atenção, precisão e concentração | 93% | 96% |
| | Sente que o doente espera muito de si | 88% | 72% |
| | Acha que o trabalho com doentes é emocionalmente desgastante | 85% | 70% |
| | Sente o peso da confiança dos doentes | 78% | 66% |
| | Sente pressão ao realizar o seu trabalho | 54% | 31% |
| | Admite que o trabalho exige que esconda emoções | 49% | 50% |
| Organização do trabalho | Considera ter muito trabalho | 95% | 68% |
| | Considera que executa tarefa que não deveria | 76% | 65% |
| | Concorda com as políticas implementadas | 76% | 75% |
| | Admite que as tarefas são interrompidas com frequência tendo de as terminar mais tarde | 73% | 51% |
| | Refere que, por vezes, recebe informações contraditórias | 59% | 41% |
| | É da opinião que o serviço se encontra distribuído de forma equilibrada | 34% | 48% |
| Excesso de trabalho | Admite ter muito trabalho | 95% | 68% |
| | Considera não dispor de tempo suficiente para dedicar aos doentes | 93% | 75% |
| | Considera que tem que trabalhar muito depressa | 71% | 42% |
| | Acha que o tempo que dispõe é suficiente para executar as tarefas | 68% | 70% |
| Autonomia | Considera ter uma boa autonomia no trabalho | 85% | 88% |

| | | | |
|--|---|------|-----|
| | Depara-se com procedimentos com os quais não concorda | 83% | 71% |
| Definição de objetivos | Refere não existir uma clara definição de funções | 49% | 66% |
| | Considera que é envolvido na tomada de decisão e definição de objetivos | 61% | 60% |
| Relação com a chefia | Tem uma boa relação com o seu superior hierárquico | 88% | 87% |
| | Considera que tem ajuda do seu superior hierárquico | 76% | 79% |
| | Refere que o seu superior hierárquico reconhece o seu trabalho | 76% | 81% |
| Relações interpessoais | Considera ter uma boa relação com utentes e familiares, bem como com os colegas | 100% | 98% |
| | Considera existir boa comunicação e partilha de informação | 83% | 82% |
| | Admite que, por vezes, surgem conflitos | 54% | 42% |
| Trabalho em equipa | Considera ter o apoio e ajuda dos colegas de trabalho | 95% | 93% |
| | Considera que existe um bom ambiente de trabalho | 73% | 82% |
| | Considera que é envolvido na tomada de decisão e definição de objetivos | 61% | 60% |
| | Acha que se realizam reuniões de serviço suficientes | 51% | 40% |
| Violência | Considera ter sido vítima de violência verbal no trabalho | 49% | 11% |
| | Não considera ter sido vítima de qualquer tipo de violência física ou de qualquer ato negativo (humilhação, exclusão, intimidação, etc.) por parte de pessoas do trabalho | 83% | 89% |
| | Sente-se seguro no serviço durante todo o período do dia | 76% | 88% |
| Vínculo laboral | Tem receio de perder o emprego num futuro próximo | 83% | 62% |
| Progressão na carreira | Não se sente profissionalmente estagnado | 63% | 68% |
| | Considera que tem tido oportunidades de carreira | 44% | 53% |
| | Considera que as perspetivas de carreira são boas | 24% | 48% |
| Equilíbrio vida familiar-trabalho | Vão para casa a pensar no trabalho | 90% | 81% |
| | Considera que existe flexibilidade e compreensão para a vida familiar | 80% | 85% |
| | Considera que o trabalho, por vezes, se sobrepõe à vida social e familiar | 39% | 39% |

Tabela 6: Tabela de frequência do conceito de riscos psicossociais

| Categories | Subcategorias | Entrevistados | Total de frequência | F. A | F. E | |
|------------------|--------------------|---------------|--|------|------|----|
| Definição de RPS | Riscos específicos | 30 | Risco de infecção e doenças | 5 | 4 | 1 |
| | | | Cansaço físico e/ou psicológico | 4 | 2 | 2 |
| | | | Relação com os doentes e/ou familiares | 13 | 3 | 11 |
| | | | Morte dos doentes | 13 | 6 | 7 |
| | | | Horários de trabalho | 2 | 1 | 1 |
| | | | Carga e ritmo de trabalho | 2 | 2 | 0 |
| | | | Relações interpessoais no trabalho | 7 | 1 | 6 |

Riscos Psicossociais: Percepção dos Riscos Psicossociais em Profissionais de Saúde

| | | | | | |
|--|----------------|--|---|---|---|
| | Riscos globais | | 6 | 2 | 4 |
|--|----------------|--|---|---|---|

Tabela 7: Tabela de frequência do conceito de impacto de riscos psicossociais

| Categories | Subcategorias | | Entrevistados | Total de frequência | F. A | F. E |
|------------------------------|----------------------|--|---------------|---------------------|------|------|
| Definição de impactos de RPS | Impactos específicos | Relação com os doentes e/ou familiares | 30 | 3 | 1 | 2 |
| | | Morte dos doentes | | 5 | 3 | 2 |
| | | Horários de trabalho | | 5 | 1 | 4 |
| | | Relações interpessoais no trabalho | | 2 | 0 | 2 |
| | Impactos globais | 5 | | 5 | 0 | |

Tabela 8: Tabela de frequência do tipo de tarefas realizadas em cada turno

| Categorias | Subcategorias | Entrevistados | F. A | | | F. E | | |
|-----------------------|---|---------------|--------|----|----|------|----|----|
| | | | Turnos | | | | | |
| | | | M | T | N | M | T | N |
| Descrição do trabalho | Distribuição da roupa | 30 | 7 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | Alimentações | | 14 | 14 | 14 | 15 | 14 | 12 |
| | Higiene | | 14 | 0 | 0 | 15 | 0 | 0 |
| | Limpeza espaço doente | | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Preparar a medicação | | 0 | 0 | 0 | 4 | 13 | 8 |
| | Administrar a medicação | | 8 | 7 | 7 | 13 | 11 | 10 |
| | Avaliar sinais vitais | | 0 | 0 | 0 | 12 | 9 | 1 |
| | Colher sangue | | 0 | 0 | 0 | 10 | 1 | 2 |
| | Cuidados de conforto (posicionar, fraldas...) | | 10 | 11 | 12 | 8 | 11 | 9 |
| | Levar doentes a exames | | 1 | 4 | 0 | 4 | 3 | 0 |

Riscos Psicossociais: Percepção dos Riscos Psicossociais em Profissionais de Saúde

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|---|----|----|
| | Levantar exames | | 6 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Levantar a roupa | | 7 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Repor os carros (roupa, terapêutica, material...) | | 5 | 9 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| | Burocracias | | 0 | 0 | 0 | 8 | 13 | 11 |
| | Altas | | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| | Apoio aos familiares | | 0 | 5 | 0 | 5 | 7 | 0 |

Tabela 9: Tabela de frequência de sintomatologias mencionadas pelo trabalhador relacionada com aspetos relacionados com o trabalho

| Categorias | Subcategorias | Entrevistados | Total de frequência | F. A | F. E |
|---|---------------------|---------------|---------------------|------|------|
| Identificação de sintomatologias relacionadas com aspetos do trabalho | Cansaço físico | 30 | 28 | 15 | 13 |
| | Cansaço psicológico | | 28 | 14 | 14 |

Tabela 10: Tabela de frequência de sintomatologias mencionadas pelo trabalhador relacionada com aspetos relacionados com o trabalho: cansaço físico

| Subcategorias | | Entrevistados | Total de frequência | F. A | F. E |
|----------------|--------------------------|---------------|---------------------|------|------|
| Cansaço físico | Dores de pernas | 30 | 21 | 10 | 11 |
| | Dores de pés | | 4 | 2 | 2 |
| | Dores de costas/lombares | | 12 | 5 | 7 |
| | Dores de braços | | 6 | 3 | 3 |
| | Dores de cabeça | | 2 | 0 | 2 |
| | Dores de corpo | | 7 | 4 | 3 |

Tabela 11: Tabela de frequência de sintomatologias mencionadas pelo trabalhador relacionada com aspetos relacionados com o trabalho: cansaço psicológico

| Subcategorias | | Entrevistados | Total de frequência | F. A | F. E |
|---------------------|----------------------|---------------|---------------------|------|------|
| Cansaço psicológico | Exaustação/desgaste | 30 | 14 | 3 | 11 |
| | Pressão | | 11 | 4 | 7 |
| | Tristeza | | 14 | 8 | 6 |
| | Ansiedade/nervosismo | | 11 | 7 | 5 |

Tabela 12: Tabela de frequência da identificação de aspetos do trabalho

| Categorias | Subcategorias | Entrevistados | Total de frequência | F. A | F. E |
|--------------------------------------|-------------------|---------------|---------------------|------|------|
| Identificação de aspetos do trabalho | Aspetos positivos | 30 | 47 | 20 | 26 |
| | Aspetos negativos | | 43 | 17 | 26 |

Tabela 13: Tabela de frequência da identificação de aspetos do trabalho: aspetos positivos

| Subcategorias | | Entrevistados | Total de frequência | F. A | F. E |
|-------------------|---|---------------|---------------------|------|------|
| Aspetos positivos | Contribuição e ajuda | 30 | 16 | 10 | 6 |
| | Contato e relação com os doentes | | 15 | 7 | 8 |
| | Relações interpessoais no trabalho | | 6 | 1 | 5 |
| | Aprendizagem | | 2 | 0 | 2 |
| | Identificação com o trabalho/profissão e reconhecimento | | 7 | 2 | 5 |

Tabela 14: Tabela de frequência da identificação de aspetos do trabalho: aspetos negativos

| Subcategorias | | Entrevistados | Total de frequência | F. A | F. E |
|-------------------|--|---------------|---------------------|------|------|
| Aspetos negativos | Carga e ritmo de trabalho | 30 | 2 | 1 | 1 |
| | Morte dos doentes | | 13 | 7 | 6 |
| | Relações interpessoais no trabalho | | 4 | 2 | 2 |
| | Cansaço físico | | 5 | 2 | 3 |
| | Cansaço psicológico | | 5 | 2 | 3 |
| | Contato e relação com os doentes e/ou familiares | | 5 | 1 | 4 |
| | Falta de reconhecimento | | 6 | 1 | 5 |
| | Horários de trabalho e interface lar-trabalho | | 3 | 1 | 2 |

Tabela 15: Tabela de frequência do conteúdo de trabalho

| Categorias | Subcategorias | | Entrevistados | Total de frequência | F. A | F. E |
|------------|----------------------|---|---------------|---------------------|------|------|
| Causas RPS | Conteúdo do trabalho | Tarefas rotineiras | 30 | 24 | 9 | 15 |
| | | Tarefas monótonas | | 2 | 2 | 0 |
| | | Tarefas repetitivas | | 15 | 11 | 4 |
| | | Tarefas previsíveis | | 4 | 3 | 1 |
| | | Tarefas significativas | | 14 | 14 | 0 |
| | | Tarefas que exijam o uso das próprias capacidades | | 8 | 8 | 0 |

Tabela 16: Tabela de frequência da carga e ritmo de trabalho

| Categorias | Subcategorias | | Entrevistados | Total de frequência | F. A | F. E |
|------------|---------------------------|---|---------------|---------------------|------|------|
| Causas RPS | Carga e ritmo de trabalho | Ritmo acelerado de trabalho | 30 | 12 | 9 | 3 |
| | | Inconclusão das tarefas a tempo | | 8 | 4 | 4 |
| | | Sobreposição de tarefas | | 14 | 7 | 7 |
| | | Interrupção na execução tarefas | | 20 | 10 | 10 |
| | | Níveis elevados de pressão por tempo e prazos | | 22 | 10 | 12 |
| | | Distribuição incorreta da carga de trabalho | | 4 | 4 | 0 |

Tabela 17: Tabela de frequência dos horários de trabalho

| Categorias | Subcategorias | | Entrevistados | Total de frequência | F. A | F. E |
|------------|----------------------|--------------------------------------|---------------|---------------------|------|------|
| Causas RPS | Horários de trabalho | Pratica horários por turnos | 30 | 29 | 14 | 15 |
| | | Pratica horários noturnos | | 25 | 14 | 11 |
| | | Inadaptação dos horários | | 11 | 6 | 5 |
| | | Inadaptação a rotinas de sono | | 19 | 7 | 12 |
| | | Inadaptação a rotinas de alimentação | | 13 | 3 | 10 |
| | | Interfere na saúde negativamente | | 11 | 1 | 10 |
| | | Desorganizador da vida pessoal | | 15 | 4 | 11 |

Tabela 18: Tabela de frequência do controlo no trabalho

| Categorias | Subcategorias | | Entrevistados | Total de frequência | F. A | F. E |
|------------|---------------|---|---------------|---------------------|------|------|
| Causas RPS | Controlo | Participa/intervém na tomada de decisão | 30 | 19 | 7 | 12 |
| | | A sua opinião é tida em conta | | 10 | 3 | 7 |
| | | A sua opinião não tida em conta | | 10 | 5 | 5 |
| | | A opinião dos outros é mais tida em conta | | 13 | 11 | 2 |

Tabela 19: Tabela de frequência do ambiente e equipamentos

| Categorias | Subcategorias | | Entrevistados | Total de frequência | F. A | F. E |
|------------|-------------------------|---|---------------|---------------------|------|------|
| Causas RPS | Ambiente e equipamentos | Condições físicas para o desempenho da função | 30 | 27 | 13 | 14 |
| | | Problemas com a temperatura | | 3 | 1 | 2 |
| | | Problemas com o ruído | | 3 | 3 | 0 |
| | | Problemas com os serviços externos | | 1 | 0 | 1 |
| | | Espaço para descanso | | 2 | 2 | 0 |

Tabela 20: Tabela de frequência da cultura organizacional e função

| Categorias | Subcategorias | | | | Entrevistados | Total de frequência |
|------------|---------------------------------|---|---|---|---------------|---------------------|
| Causas RPS | Cultura organizacional e função | Comunicação básica e inerente à função | A | A | 15 | 7 |
| | | | | E | | 6 |
| | | | E | A | 15 | 7 |
| | | | | E | | 4 |
| | | Comunicação positiva e feita de um modo correto | A | A | 15 | 6 |
| | | | | E | | 5 |
| | | | E | A | 15 | 6 |
| | | | | E | | 8 |
| | | Comunicação fraca, complicada nem sempre passada corretamente | A | A | 15 | 2 |
| | | | | E | | 2 |
| | | | E | A | 15 | 5 |
| | | | | E | | 5 |
| | | Comunicação positiva equipa | A | | 15 | 3 |
| | | | E | | 15 | 2 |

Tabela 21: Tabela de frequência das relações interpessoais no trabalho

| Categorias | Subcategorias | | | | Entrevistados | Total de frequência |
|------------|---------------------------------|---|----|---|---------------|---------------------|
| | | | A | E | | |
| Causas RPS | Cultura organizacional e função | Relações interpessoais negativas e conflituosas | A | A | 15 | 7 |
| | | | | E | | 4 |
| | | | E | A | 15 | 0 |
| | | | | E | | 2 |
| | | Relações interpessoais positivas e harmoniosas | A | A | 15 | 9 |
| | | | | E | | 7 |
| | | | E | A | 15 | 5 |
| | | | | E | | 9 |
| | | Relações interpessoais razoáveis | A | A | 15 | 3 |
| | | | | E | | 5 |
| | | | E | A | 15 | 10 |
| | | | | E | | 3 |
| | | Isolamento físico e social | A | A | 15 | 2 |
| | | | | E | | 2 |
| E | A | | 15 | 0 | | |
| | E | | | 4 | | |

Tabela 22: Tabela de frequência dos papéis na organização

| Categorias | Subcategorias | | | | Entrevistados | Total de frequência |
|------------|--------------------------------|---|---|---|---------------|---------------------|
| Causas RPS | Papéis na organização e função | Conhecimento da responsabilidade profissional | A | A | 15 | 12 |
| | | | | E | | 12 |
| | | | E | A | 15 | 9 |
| | | | | E | | 9 |
| | | Falta de definição clara das funções de cada um | A | | 15 | 10 |
| | | | E | | 15 | 7 |
| | | Desacordo com a distribuição tarefas | A | | 15 | 10 |
| | | | E | | 15 | 0 |
| | | Desresponsabilização do seu papel | A | A | 15 | 0 |
| | | | | E | | 7 |
| | | | E | A | 15 | 8 |
| | | | | E | | 7 |

Tabela 23: Tabela de frequência do desenvolvimento de carreira

| Categorias | Subcategorias | | Entrevistados | Total de frequência | F. A | F. E | |
|------------|--------------------|---|---------------|---------------------|------|------|---|
| Causas RPS | Desenv de carreira | Não existe perspectiva continuidade, evolução, progressão na carreira | 30 | 18 | 9 | 9 | |
| | | Insegurança no trabalho | | Vínculo | 14 | 5 | 9 |
| | | | | Agressão | 0 | 0 | 0 |

Tabela 24: Tabela de frequência da interface casa-trabalho

| Categorias | Subcategorias | | Entrevistados | Total de frequência | F. A | F. E |
|------------|-------------------------|---|---------------|---------------------|------|------|
| Causas RPS | Interface casa-trabalho | Dispensa muita energia | 30 | | 10 | 8 |
| | | Dispensa muito tempo | | | 10 | 8 |
| | | Aspetos do trabalho interfere na vida privada | | | 10 | 14 |
| | | Interfere na saúde | | | 0 | 3 |

