



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

**Avaliação dos Fatores e Riscos Psicossociais nos
Profissionais de Saúde do Hospital Professor Doutor
Fernando Fonseca, E.P.E.**

Catarina Sofia Pinto Ribeiro Cardoso

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:

Prof. Doutora Sofia Lopes Portela, Professora Auxiliar,
ISCTE-IUL

setembro 2024



BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

**Avaliação dos Fatores e Riscos Psicossociais nos
Profissionais de Saúde do Hospital Professor Doutor
Fernando Fonseca, E.P.E.**

Catarina Sofia Pinto Ribeiro Cardoso

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:
Prof. Doutora Sofia Lopes Portela, Professora Auxiliar,
ISCTE-IUL

setembro 2024

Agradecimentos

Esta foi uma jornada de incomparável aprendizagem, marcada por altos e baixos, momentos de grande entusiasmo e outros de algum desânimo. Pretendo, assim, dedicar esta conquista a todos os que estiveram presentes e que, de uma forma ou de outra, permitiram a sua realização.

Primeiramente, um especial agradecimento à minha orientadora Dra. Sofia Portela pela disponibilidade e constantes feedbacks, assim como ao ISCTE, a casa que tão bem me acolheu nos últimos dois anos e que me permitiu prosseguir com os meus sonhos.

Ao Hospital Público Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. pelo voto de confiança e parecer favorável na realização deste projeto, assim como a todos os profissionais de saúde que, de forma voluntária, responderam ao inquérito e participaram no presente estudo. Um agradecimento particular à Dra. Paula Madaleno e Dra. Patrícia Martins por toda a disponibilidade, paciência, atenção e esclarecimentos sem o qual tudo isto seria impossível!

Aos amigos que sempre estiveram ao meu lado e que mesmo longe me fazem companhia e me incentivam, eu agradeço de coração!

E, por fim, mas não menos importante, à minha família e ao meu namorado, Ricardo Moura, por todo o amor, paciência e apoio condicional! Amo-vos!

Resumo

Nos últimos anos, o sistema de saúde português tem sido afetado por uma enorme crise, nomeadamente devido à falta de recursos humanos, consequentes condições de trabalho e à emergente exposição a riscos psicossociais que afetam a saúde dos profissionais de saúde e consequentemente as organizações. Assim, é fundamental para os gestores de saúde conhecer os fatores associados a estes constrangimentos com o propósito de aplicar medidas de melhoria para minimizar estes riscos e promover uma melhor gestão de recursos humanos.

Este estudo pretende assim identificar quais os fatores e riscos psicossociais que mais afetam os profissionais do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca e as características associadas a uma maior prevalência de riscos psicossociais, analisando, especificamente, de que forma a sua perceção varia em função das características sociodemográficas (idade, género e habilitações literárias) e profissionais (departamento, categoria e vínculo profissional, anos de serviço e quantidade de horas de trabalho). Com esse propósito foi utilizado a versão média do Questionário Psicossocial de Copenhague II de Kristensen et al. (2005) criado e divulgado através da plataforma *Quatrics*. Obtiveram-se 355 respostas válidas, o que corresponde a uma taxa de resposta de 11,1%.

Os resultados permitem concluir que as exigências emocionais, cognitivas e o ritmo de trabalho representam os maiores riscos para os profissionais de saúde do HFF enquanto o significado, possibilidade de desenvolvimento, insegurança laboral, transparência e comportamentos ofensivos são fatores protetores à sua saúde. Além disso, foi possível estabelecer uma relação entre as características sociodemográficas e socioprofissionais e a perceção de riscos psicossociais.

Palavras-chave: riscos psicossociais, profissionais de saúde, COPSOQ II

JEL Classification: M10, I18

Abstract

In recent years, the Portuguese health system has been affected by a huge crisis namely due to the lack of human resources, consequent working conditions and the emerging exposure to psychosocial risks that affect the health of health professionals and consequently organizations. Thus, it is essential for health managers to know the factors associated with these constraints in order to apply improvement measures to minimize these risks and promote better human resource management.

This study aims to identify which psychosocial factors and risks most affect Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca's professionals and the characteristics associated with a higher prevalence of psychosocial risks, analyzing, specifically, how their perception varies according to sociodemographic (age, gender and educational qualifications) and socio-professional characteristics (category and professional relationship, years of service and number of working hours). For this purpose, the medium version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire II by Kristensen et al. (2005) was used, created and disseminated through the Qualtrics platform. A total of 355 valid responses were obtained, which corresponds to a response rate of 11,1%.

The results allow us to conclude that emotional and cognitive demands and the pace of work represent the greatest risks for HFF health professionals, while meaning, possibility of development, job insecurity, transparency and offensive behaviors are protective factors for their health. In addition, it was possible to establish a relationship between sociodemographic and socio-professional characteristics and the perception of psychosocial risks.

Keywords: psychosocial risks, health professionals, COPSOQ II

JEL Classification: M10, I18

Índice

AGRADECIMENTOS	I
RESUMO	II
ABSTRACT	III
ÍNDICE	V
ÍNDICE DE QUADROS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	VIII
GLOSSÁRIO	IX
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DE LITERATURA	4
2.1. RISCOS PSICOSSOCIAIS	4
2.1.1. STRESS OCUPACIONAL	4
2.1.2. SÍNDROME DE BURNOUT	5
2.1.3. ASSÉDIO (MORAL E SEXUAL)	6
2.1.4. VIOLÊNCIA NO TRABALHO	7
2.2. FATORES PSICOSSOCIAIS	8
2.3. CONSEQUÊNCIAS DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS	14
3. METODOLOGIA	16
3.1. OBJETIVOS GERAIS E FORMULAÇÃO DE HIPÓTESE	16
3.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA	17
3.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	17
3.4. PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS	19
3.5. TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS	19
3.6. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	20
4. RESULTADOS	21
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	21
4.2. AVALIAÇÃO DO COPSOQ II	24
4.3. PERCEÇÃO DOS FATORES E RISCO PSICOSSOCIAIS EM FUNÇÃO DAS DIFERENTES VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E SOCIOPROFISSIONAIS	29
5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	32
5.1. COPSOQ II	32

5.2. PERCEÇÃO DOS FATORES E RISCO PSICOSSOCIAIS EM FUNÇÃO DAS DIFERENTES VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E SOCIOPROFISSIONAIS	36
6. CONCLUSÕES	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	50
ANEXO A – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HFF.....	50
ANEXO B – APROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DO ESTUDO POR PARTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO.....	59
ANEXO C – APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA	60
ANEXO D – APROVAÇÃO DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA	61
ANEXO E – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO COPSQ II.....	62
ANEXO F – COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO (CORRELAÇÃO DE SPEARMAN)	63

Índice de Quadros

Quadro 3.1. Dimensões e Subdimensões do COPSQ II e a sua caracterização.....	18
Quadro 4.1. Consistência interna, média e desvio padrão das diferentes subdimensões do COPSQ II.....	25
Quadro 5.1. Comparação de médias das subdimensões relativas ao COPSQ II	33

Índice de Figuras

Figura 4.1. Grupo etário dos respondentes	21
Figura 4.2. Categoria profissional dos respondentes	22
Figura 4.3. Vínculo profissional dos respondentes	22
Figura 4.4. Anos de serviço no HFF dos respondentes.....	23
Figura 4.5. Horas de trabalho totais semanais efetuadas pelos respondentes no HFF	23
Figura 4.6. Horas de trabalho totais semanais efetuadas pelos respondentes que trabalham em diversas instituições	24
Figura 4.7. Divisão tripartida dos resultados por subdimensões e dimensões	26
Figura 4.8. Perfil médio da percepção da frequência de fatores e riscos psicossociais por género	29

Glossário

ARSLVT - Administração Regional de Saúde e Vale do Tejo

COPSOQ II - *Copenhagen Psychosocial Questionnaire*, segunda versão

DCSQ-PT - *Demand Control Support Questionnaire*

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

HFF – Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.

IBM SPSS - *Software Statistical Package for Social Sciences da IBM*

ILO - *International Labour Organisation*

OECD - *Organisation for Economic Co-operation and Development*

JCQ - *Job Content Questionnaire*

JDCS Model - *Job Demand-Control-Support Model*

MS – Ministério da Saúde

Prof. - Professor

SNS - Serviço Nacional de Saúde

WDQ - *Work Design Questionnaire*

1. Introdução

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) português enfrenta um período muito difícil com urgências sobrelotadas, ou até encerradas e doentes que enfrentam elevados tempos de espera para acesso a cuidados de saúde programados. (Ministério da Saúde, 2024) Os profissionais de saúde têm sido, assim, obrigados a se adaptar constantemente a condições de trabalho cada vez mais exigentes e desgastantes para assegurar a continuação das suas obrigações e serviços (Amaro, 2013; EU-OSHA, 2023; OECD, 2022).

Efetivamente, os profissionais de saúde têm uma das profissões de mais alto risco por ser orientada para a interação com o paciente e/ou terceiros e, portanto, com maior probabilidade de gerar conflitos, e por ser uma profissão caracterizada por cargas de trabalho pesadas, turnos longos e ritmo cada vez mais acelerado (Søvold et al., 2021). O risco de estes contraírem doenças relacionadas com trabalho é 1,5 vezes maior do que o risco de todos os outros trabalhadores (ARSLVT, 2010). Quaisquer inovações tecnológicas, mudanças sociais e demográficas, como as crises económicas ou a atual subida de custo de vida, geram novos desafios às organizações e estimulam a uma forte adaptação dos profissionais, o que potencia um aumento dos riscos psicossociais (Søvold et al., 2021; Weber et al., 2020). A pandemia Covid-19 foi um exemplo de uma circunstância que esgotou os limites de capacidade e recursos do sistema de saúde e colocou os trabalhadores da linha da frente a trabalhar muitas horas em ambientes altamente estressantes, colocando muitas vezes a sua própria saúde e segurança em risco (Søvold et al., 2021; Weber et al., 2020). Isto propiciou elevados desafios relativos à saúde mental destes trabalhadores, não só devido à ansiedade de ser infetado e à perda de entes queridos, mas também à elevada carga de trabalho (Søvold et al., 2021). Esta situação agravou a tendência de saída de profissionais de saúde do SNS, os quais procuram, cada vez mais, condições de trabalho mais aliciantes e compensatórias com salários mais altos, oportunidades e progressão profissional efetiva, menor carga de trabalho e maior participação na tomada de decisão (Ferreira et al., 2018). O insuficiente número de recursos humanos e a consequente sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde do SNS poderão colocar em risco não só a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes ou a eficácia dos sistemas de saúde, mas também a qualidade de vida dos próprios trabalhadores que, sob condições exaustivas, enfrentam um risco crescente de esgotamento e exaustão (International Labour Organisation, 2022).

Os riscos psicossociais no trabalho (como o *stress*, a síndrome de *burnout*, o assédio e a violência no trabalho) tornam-se, assim, um dos maiores desafios dos tempos atuais para os gestores das empresas e/ou organizações, especialmente ao nível do setor da saúde. Efetivamente, o aumento do esgotamento e *burnout* nos profissionais de saúde e as

evidências de que os mesmos causam danos pessoais representam uma ameaça substancial à saúde individual e organizacional (Spinelli et al., 2016; Wallace et al., 2009). A nível europeu, os problemas de saúde psicológica mais comuns, tais como o stress, a depressão ou ansiedade constituem o segundo problema que mais afeta os trabalhadores, mas quase 45% dos inquiridos afirma enfrentar fatores de risco com consequências negativas para a sua saúde mental (Eurobarómetro, 2022). Em Portugal, o stress, a depressão ou ansiedade afetaram cerca de um terço dos colaboradores em 2021, valor que se situa acima da média da União Europeia (27%) (Eurobarómetro, 2022). Verifica-se que este é o segundo tipo de doenças mais registado (12%) a nível nacional, apenas ultrapassado pelas doenças cardiovasculares (14%) (Fundação José Neves, 2022). Além disso, um aumento dos riscos psicossociais afeta diretamente a organização e os pacientes, já que a produtividade diminui e os erros médicos aumentam (Tsiga et al., 2017). De facto, o Relatório do Custo do Stresse e dos Problemas de Saúde Psicológica no Trabalho, da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), estima perdas de cerca de 5,3 mil milhões de euros em 2023 ao nível da produtividade no trabalho, derivado dos problemas psicológicos, o que corresponde a um aumento de cerca de 60% nos últimos dois anos (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2023).

Apesar dos elevados níveis de *burnout* ou stress ocupacional, o envolvimento e a satisfação com o trabalho são também elevados no âmbito hospitalar e clínico, sugerindo que ainda há hipóteses de o conter ou reduzir (Britt et al., 2017; Ferreira & Passadouro, 2020). De facto, tanto o esgotamento como o envolvimento no trabalho estão relacionados com resultados relacionados com o trabalho, no entanto, o esgotamento está mais fortemente relacionado com resultados de saúde (Bakker et al., 2014). Neste sentido, torna-se fundamental abordar esta questão e avaliar os riscos psicossociais no setor da saúde de forma a perceber até que ponto os problemas de saúde psicológica se estendem a este setor e se poderá estar associado a um determinado perfil do profissional, onde se possa intervir. Só assim será possível ter consciência da real situação para adotar estratégias e intervir na construção de locais de trabalho mais saudáveis e sustentáveis.

O presente estudo surge, assim, para explorar esta temática e entender quais são os fatores e riscos psicossociais que mais afetam os profissionais no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF) e quais as características sociodemográficas e socioprofissionais dos profissionais que estão associadas a uma maior prevalência de riscos psicossociais. Pretende-se também com este diagnóstico poder identificar as áreas de risco para que a organização possa implementar medidas de melhoria de forma a prevenir e gerir os riscos psicossociais nos seus profissionais.

De forma a dar resposta aos objetivos propostos, a presente investigação aplicou o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire*, segunda versão (COPSOQ II) (versão média) aos

profissionais de saúde no HFF, da autoria de Kristensen et al. (2005), o qual já se encontra validado para a população portuguesa.

A tese encontra-se dividida em 6 capítulos. O primeiro capítulo apresenta a introdução. O capítulo 2 apresenta a revisão de literatura que sustenta o presente trabalho sobre os riscos psicossociais mais mencionados no âmbito hospitalar, as condições de trabalho passíveis de os causar e as diversas consequências dos mesmos documentadas. O capítulo 3 identifica a metodologia utilizada na recolha e tratamento de dados e, de seguida, o capítulo 4 demonstra os resultados obtidos. O capítulo 5 e 6 correspondem à discussão de resultados e conclusão, respetivamente, onde são discutidas as principais contribuições desta investigação para o tema apresentado, limitações e possíveis linhas de investigação futuras.

2. Revisão de Literatura

2.1. Riscos Psicossociais

Os riscos psicossociais caracterizam-se como riscos para a saúde mental, física e social que advêm de fatores psicossociais que englobam, principalmente, o ambiente de trabalho e a sua interação com o fator humano (Organización Internacional del Trabajo, 1984). Isto é, sucedem, principalmente, de fatores ou condições organizacionais (relativos ao espaço, conteúdo do trabalho e tarefas inerentes), procedimentos e métodos de trabalho, clima organizacional, liderança e relações interpessoais, com colegas e chefia, em confronto com as suas capacidades e expectativas, que afetam o bem-estar psicossocial dos trabalhadores (Marchant e Garrido, 2012, citado por Neto, 2014; Organización Internacional del Trabajo, 1984; Gollac & Bodier, 2011).

Os riscos para a saúde e segurança ocupacional mencionados com maior frequência na literatura são o stress, síndrome de *burnout*, assédio ou *bulling* e violência física no trabalho, os quais são abordados de seguida.

2.1.1. Stress Ocupacional

O *stress* ocupacional crónico (*work stress* ou *workplace stress*), também referido como o stress no trabalho, um dos riscos psicossociais mais mencionados na literatura, é o resultado da interação entre o indivíduo e o ambiente de trabalho (Clegg, 2001). Ou seja, é a resposta inespecífica do corpo a qualquer exigência, geralmente, relacionada a fatores ambientais, de relacionamento e de trabalho, em contexto laboral (Slavich, 2020). Como tal, situações que envolvam mudanças de vida significativas ou traumáticas (divórcios, desemprego, diagnóstico de doenças graves, etc.), fatores socioeconómicos adversos (que inclui a renda, educação, etc.), questões ambientais (como a exposição crónica ao ruído ou desastres naturais) e condições psiquiátricas crónicas (por exemplo, ansiedade) são prováveis de causar este *stress* psicossocial (Schneiderman et al., 2005; Slavich, 2020).

O stress torna-se mais impactante quando acontecimentos no trabalho causam perturbações nos objetivos, planos ou aspirações de um indivíduo para o futuro, quando são difíceis de controlar/escapar ou quando as exigências situacionais excedem a capacidade de um indivíduo para lidar com tal adequadamente (Maier & Seligman, 2016; Slavich, 2020). Efetivamente, se os fatores psicossociais forem muito fortes e demasiado persistentes, principalmente, em indivíduos que são biologicamente vulneráveis devido à idade, fatores genéticos ou constitucionais, e com fraca capacidade de adaptação e de lidar com desafios, o stress pode ter grande influência sobre o humor, sensação de bem-estar, comportamento e

saúde do indivíduo e evoluir rapidamente para uma doença e/ou incapacidade de trabalhar (Kloimüller et al., 2000; Schneiderman et al., 2005).

Vários estudos apontam para a importância crescente desta problemática, nomeadamente, Britt et al. (2017) que relatam que mais de metade dos entrevistados no seu estudo sentem muito stress derivado ao trabalho. Determinou-se ainda que os enfermeiros padecem de maior stress em comparação com outros grupos ocupacionais e que os enfermeiros psiquiátricos sentem menos stress no trabalho comparativamente com os enfermeiros de cirurgia e de medicina interna (Sahraian et al., 2013; Sveinsdottir et al., 2006).

2.1.2. Síndrome de Burnout

A síndrome de *burnout* traduz um estado de esgotamento, um processo lento de perda progressiva de energia, entusiasmo e confiança. (Dandrea, 2011) Ou seja, é uma síndrome de exaustão crónica, mental e física, de desenvolvimento de atitudes negativas relativamente ao trabalho e de sentimentos de falta de controlo pessoal, elevada exigência emocional ou incompetência profissional para o realizar (Bakker et al., 2014; Vala et al., 2017).

Este termo surge, inicialmente, por observação direta de Freudenberger (1974), que o descreve como o esgotamento emocional gradual e a perda de motivação dos trabalhadores, revelando o não alcance de resultados esperados como a sua principal causa. Atualmente, esta síndrome é caracterizada, essencialmente, por 3 dimensões que ocorrem simultaneamente: sintomas de exaustão emocional (sentimentos de cansaço e desgaste emocional), despersonalização/cinismo (atitudes e sentimentos de frieza e distância face aos doentes e ao trabalho) e diminuição da realização/eficácia profissional (redução dos sentimentos de competência e satisfação no trabalho) (Vala et al., 2017).

Assim, pessoas que apresentam uma personalidade rica em afetividade negativa e inibição social (isto é, com uma visão negativa de si mesmo, do mundo, do futuro e dos outros ou com emoções negativas que são inibidas em situações sociais, a fim de evitar rejeição ou desaprovação, por se caracterizarem como indivíduos mais tensos e desconfortáveis ao socializar com outras pessoas) estão associados a uma maior vulnerabilidade e probabilidade de desenvolver a síndrome de *burnout*, prejudicial à sua saúde e bem-estar (Asante et al., 2019; Geuens et al., 2015). Além disso, denota-se que existe maior prevalência de *burnout* em profissionais do sexo feminino (auxiliares e técnicos), com mais de 45 anos de idade e com menos tempo de trabalho na instituição e no setor (Moreira & de Lucca, 2020).

2.1.3. Assédio (moral e sexual)

O assédio ocorre quando um ou mais trabalhadores são repetida e deliberadamente intimidados, ameaçados e/ou humilhados em circunstâncias relacionadas com o trabalho, com o propósito de violar a sua dignidade, afetando, posteriormente, a sua saúde e/ou criando um ambiente de trabalho hostil (Comissão das Comunidades Europeias, 2007). Essa situação é especialmente evidenciada em relações hierárquicas autoritárias, em que predominam condutas negativas, relações desumanas e antiéticas, de um ou mais chefes, desestabilizando emocionalmente o trabalhador assediado, provocando desordens psíquicas que interferem negativamente na saúde (João et al., 2023). Existem, ainda, líderes que não são educados em segurança psicológica ou abordagens para intervenção, e que podem apoiar, consciente ou inconscientemente, comportamentos de assédio (Samra & Hankivsky, 2021). O género e a falta de proteções formais aos trabalhadores deixam os mesmos vulneráveis a violência ou assédio por parte da comunidade ou dos próprios colegas ou supervisores, ocorrências comuns, que são frequentemente minimizados ou silenciados (Closser et al., 2023). Estas pessoas devem, assim, ser apoiadas pela instituição, destinatário e líderes na educação e segurança psicológica, tendo em consideração os diferentes níveis de intervenção para assédio, de forma a gerar maior satisfação, retenção e produtividade do colaborador e maior segurança do paciente (Hickson et al., 2007).

O assédio moral foca-se maioritariamente numa conduta abusiva baseada em palavras ou comentários insultuosos, desrespeitosos e pouco profissionais, utilizando os pontos fracos da vítima e fazendo-a duvidar de si mesma, visando aniquilar as suas defesas e, desta forma, abalar progressivamente a sua autoconfiança (Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego, 2023). Este também pode ser caracterizado por uma atitude de perseguição organizada e prolongada no tempo, a fim de atingir a dignidade, respeito e personalidade da vítima num ambiente de trabalho que se torna degradante e humilhante (EU-OSHA, 2007). Estas ameaças verbais podem decerto constituir um problema grave, uma vez que foi demonstrado que aumentam o risco de futuros incidentes graves de violência e de esgotamento (McNamara et al., 1995; Phillips, 2016). No entanto, verifica-se que mesmo os profissionais de saúde, vítimas de assédio moral, não documentam este tipo de eventos tão frequentemente como seria o ideal, por medo das consequências como a possível retaliação, a falta de confidencialidade, a falta de crença dos outros na veracidade dos acontecimentos e por terem consciência das barreiras significativas que têm de enfrentar para relatar estes eventos sentinela (Fnais et al., 2014; Schectman & Plews-Ogan, 2006).

O assédio sexual é definido como todo o tipo de comportamentos sexuais indesejados e inapropriados no trabalho, manifestado de forma verbal ou física, que é avaliado pelo

destinatário como ofensivo, com o objetivo de transtornar, intimidar, oprimir e desvalorizar um trabalhador, excedendo os seus recursos ou ameaçando o seu bem-estar ou dignidade (EU-OSHA, 2007; Fitzgerald et al., 1997; Osman, 2004). O trabalho de enfermagem é geralmente considerado uma das profissões de alto risco de exposição ao assédio sexual devido à natureza do seu trabalho que incorpora turnos noturnos, proximidade com corpos de outras pessoas e envolvimento com temas relacionados às funções corporais, incluindo a sexualidade e a hierarquia em hospitais (Maghraby et al., 2020). Além disso, enfermeiros solteiros, do sexo feminino, com menor idade e menos experiência são mais propícios a sofrer e reportar o assédio sexual (Bruschini et al., 2023; Maghraby et al., 2020). Muitas vezes, as questões culturais desempenham também um papel enorme na exposição das mulheres e dos enfermeiros ao assédio sexual, uma vez que estes enfrentam mitos e estereótipos de que mulheres enfermeiras são sexy e estão disponíveis (Maghraby et al., 2020).

2.1.4. Violência no Trabalho

A violência no trabalho é definida como um ato de agressão, sejam eles gritos, comentários sarcásticos, retenção de informações pertinentes ou comportamentos rudes, ignorantes e humilhantes (Beattie et al., 2019; Mento et al., 2020). Ou seja, ocorre quando os funcionários são abusados, intimidados, ameaçados ou atacados em circunstâncias relacionadas com o seu trabalho, incluindo nas deslocações de e para o trabalho, envolvendo prejuízo da sua segurança, bem-estar ou saúde (Beattie et al., 2019; International Labour Organisation, 2022; Mento et al., 2020).

A violência no local de trabalho pode, assim, ser categorizada como física, psicológica (emocional), sexual e racial (Mento et al., 2020). A violência psicológica é a que ocorre com maior frequência e é caracterizada como o ato intencional contra uma pessoa ou força coletiva que resulta em danos físicos, mentais, espirituais, morais e sociais, incluindo insultos, ameaças, ataques e abuso verbal (Li et al., 2018).

Os hospitais são, decerto, onde se observa maior violência contra os profissionais de saúde e, ao contrário do que se possa pensar, é efetivamente uma ocorrência habitual (Vorderwülbecke et al., 2015). Vários estudos internacionais destacam que quase 25% de todos os incidentes violentos no trabalho ocorrem no sector da saúde, que um em cada dois profissionais de saúde são afetados pela violência no trabalho e uma percentagem até cerca de 38% dos profissionais de saúde sofrem de violência física em algum momento das suas carreiras (International Labour Organisation, 2022; World Health Organisation, 2022).

A maior parte da violência nas instituições de saúde é perpetrada pelos próprios pacientes e pelos respetivos familiares, a funcionários com contacto direto com os mesmos,

nas formas de abusos, intimidações e agressões e ocorre, principalmente, nos departamentos psiquiátricos, serviços de emergência e paramédicos, policlínicas/salas de espera e unidades geriátricas (Mento et al., 2020; World Health Organisation, 2022). Isto acontece uma vez que o setor hospitalar se define por ambientes altamente stressantes que em conjunto com a elevada incidência de traumas passados do paciente (longas listas de espera, ansiedade pela doença, médicos incapazes de prolongar a licença médica ou não dispostos a satisfazer os desejos dos pacientes relativamente à prescrição de certos tipos de medicamentos), resulta numa reatividade inadequada do mesmo quando o profissional de saúde está a tentar prestar cuidados por serem percecionados como uma ameaça à sua segurança física e psicológica (Beattie et al., 2019; Mento et al., 2020). Estas situações geram, consequentemente, aumento dos níveis de *stress* e ansiedade, sentimentos de raiva, culpa e insegurança e podem, inclusive, evoluir para situações que impliquem esgotamento e/ou síndrome de *burnout* (Mento et al., 2020; World Health Organisation, 2022).

Verifica-se, ainda, que quanto maior for o medo do funcionário de sofrer violência no local de trabalho, maior é a probabilidade de os médicos atingirem exaustão emocional e cinismo (Portoghese et al., 2017). Assim como, trabalhadores com experiência anterior de violência psicológica têm maior probabilidade de esgotamento ou exaustão associado à diminuição da satisfação no trabalho, ao aumento da tensão ocupacional, aos maus resultados no atendimento ao paciente e ao menor comprometimento organizacional (Li et al., 2018; Portoghese et al., 2017). Já as mulheres e o pessoal das ambulâncias são os grupos de maior risco e os enfermeiros são a categoria profissional que apresenta três vezes mais probabilidades, em média, de sofrer violência no trabalho comparativamente a outros grupos ocupacionais (International Labour Organisation, 2022; Vorderwülbecke et al., 2015).

2.2. Fatores Psicossociais

Os fatores psicossociais correspondem às causas e/ou ao perigo que causa um ou vários riscos psicossociais. Ou seja, como anteriormente referido, refere-se a aspetos sociais, culturais e psicológicos (atitudes, crenças e traços de personalidade) ou organizacionais dos colaboradores (Cockburn et al., 2012; Organización Internacional del Trabajo, 1984).

Há uma vasta literatura sobre fatores psicossociais e modelos propostos para a sua identificação. Nos primeiros trabalhos efetuados, estes são abordados como as más condições de trabalho relativamente à conceção, organização e gestão do trabalho (cargas de trabalho excessivas, falta de envolvimento na tomada de decisões ou incerteza profissional) e o contexto social no local de trabalho (relações interpessoais como

comunicação e apoio de colegas, supervisores e clientes) (EU-OSHA, 2000). Um estudo de Gollac e Bodier (2011) descreve, por outro lado, os fatores psicossociais em seis dimensões: intensidade e tempo de trabalho, exigências emocionais, inexistência ou insuficiente autonomia, relações sociais precárias, conflito de valores e falta de segurança no trabalho. Outras perspectivas especificam a carga de trabalho grande ou complexa, o controlo limitado ou prejudicado, baixo reconhecimento ou recompensas, fracas relações sociais, injustiça e falta de alinhamento de valores individuais e organizacionais são as seis áreas fundamentais e críticas para o desenvolvimento de *burnout* no trabalho (Dandrea, 2012).

Alguns dos fatores psicossociais documentados com maior frequência na literatura apresentam-se resumidamente de seguida:

Insegurança no emprego

Ao longo dos últimos anos, insegurança no trabalho, associado ao medo de demissão, tem sido classificada como um risco emergente devido à precarização do trabalho (ARSLVT, 2010; EU-OSHA, 2000; Fan et al., 2019; Gollac & Bodier, 2011). Esta inclui novas formas de emprego e práticas de contratação, tais como contratos temporários ou a tempo parcial, que têm sido implementados de forma crescente, desregulamentação e perda de direitos laborais e sociais que provoca sofrimento e aumenta a vulnerabilidade às doenças ocupacionais, isto é, pode promover *stress* ocupacional, *burnout*, presenteísmo, depressão, *bullying*, violência física e assédio no trabalho (EU-OSHA, 2007; International Labour Organisation, 2016; Weber et al., 2020). Fan et al. (2019) reforça ainda que a segurança no emprego e o apoio social estão associados a uma maior probabilidade de bem-estar mental, satisfação e propósito na vida, crescimento pessoal e social e integração e a uma menor incidência de riscos psicossociais. Muitas vezes, são os trabalhadores com este tipo de contratos que realizam os trabalhos mais perigosos, em piores condições e que recebem menos formação, o que aumenta o risco de acidentes de trabalho e afeta a sua saúde e segurança ocupacional (EU-OSHA, 2007). Os trabalhadores mais velhos são os mais vulneráveis a pobres condições de trabalho pelo que se torna necessário a atribuição de oportunidades de aprendizagem para evitar o aumento das exigências mental e emocional que lhes são impostas (EU-OSHA, 2007). A insegurança no trabalho pode, ainda, manifestar-se quando o colaborador se torna incapaz de adaptar as expectativas à sua realidade principalmente aquando o sob ou excesso de promoção e a frustração por ter atingindo o topo da carreira (EU-OSHA, 2000).

Elevadas exigências emocionais

No ambiente hospitalar, os profissionais de saúde estão particularmente expostos a exigências e tensões interpessoais e emocionais (isto é, o sentimento de desconforto e

descomprometimento nas relações com pessoas no trabalho resultantes de excessos sociais e pressões emocionais), dado que são obrigados, muitas vezes, a encarar o sofrimento, luto e morte (ARSLVT, 2010; Consiglio, 2014; Cox et al., 1996). Essas interações sociais com pacientes, familiares e colegas exigem que os profissionais de saúde exerçam, não só esforço mental e físico, mas também esforço emocional. A dissonância emocional (a discrepância entre emoção sentida e a emoção exibida, consistente com o que é necessário e apropriado no contexto de trabalho) torna-se, assim, um dos fatores que causa maiores riscos porque os trabalhadores no setor da saúde necessitam de controlar as suas emoções, gerir conflitos e sentimentos e seguir as regras/orientações específicas de exibição emocional, algo humanamente muito difícil de executar e que, muitas vezes, não é reportado devido ao medo de perder o emprego (Consiglio, 2014; EU-OSHA, 2007). A tensão interpessoal é também uma dimensão associada à síndrome de *burnout* e está fortemente associada à dissonância emocional e aos sintomas de saúde (Consiglio, 2014).

Características do trabalho: controlo, autonomia, feedback e monotonia

Como referido anteriormente, vários estudos concluem que empregos ambíguos com exigências crónicas, de alto desgaste e alta carga psicológica aumentam a probabilidade de esgotamento dos funcionários; já o controlo, autonomia e feedback, podem funcionar como motivadores, ou seja, são fundamentais para atingir os objetivos estabelecidos no trabalho ou promover o crescimento e o desenvolvimento dos trabalhadores em questão (Fan et al., 2019; Lee et al., 2013; Moreira & de Lucca, 2020; Sveinsdottir et al., 2006; Tetrick & Winslow, 2015). A maior exaustão emocional e incidência de riscos psicossociais dos profissionais está associada, principalmente, a um baixo controlo do trabalho pois este não permite que os trabalhadores tenham recursos para efetuar alterações na organização ou execução do seu trabalho, evitar tarefas desagradáveis e fazer pausas para ajustar as respostas emocionais (Dandrea, 2012; Fan et al., 2019; Portoghese et al., 2017). Assim, essas altas exigências no trabalho e os poucos recursos profissionais disponibilizados aumentam o stress e o sentimento de incompetência e autoconfiança (Bakker et al., 2014; Moreira & de Lucca, 2020). A monotonia ou o trabalho repetitivo são também um risco psicossocial que gera tédio nos colaboradores e, consequentemente, ansiedade ou depressão (EU-OSHA, 2000; International Labour Organisation, 2016).

Intensidade do Trabalho

A redução dos postos de trabalho derivado à precaridade do trabalho e a crescente quantidade de informações como resultado da introdução de novos TIC aumentou consideravelmente a carga de trabalho e as exigências partilhadas entre menos trabalhadores (EU-OSHA, 2007). O elevado ritmo de trabalho, a pressão do tempo e o maior esforço e

sobrecarga de trabalho devido à diminuição de médicos em exercício no SNS e a sua distribuição desigual conduzem a uma maior probabilidade de riscos psicossociais, potenciando situações de stress, *burnout*, abandono e desmotivação (ARSLVT, 2010; Dandrea, 2012; EU-OSHA, 2000; Lee et al., 2013; Sveinsdottir et al., 2006; Tetrick & Winslow, 2015). No setor da saúde em específico, as constantes interrupções implícitas ao longo do trabalho, os turnos e os horários rotativos, principalmente durante a noite, e, ainda, as longas horas de trabalho em conjugação com o incumprimento dos períodos de descanso ou mudanças imprevistas no horário de trabalho são fatores que geram elevada fadiga e desconforto na realização das suas funções e que podem ter grandes repercussões a nível psicológico (ARSLVT, 2010; EU-OSHA, 2023; M. Ferreira et al., 2018; Sveinsdottir et al., 2006; Weber et al., 2020). Outros estudos reforçam que a rotatividade de enfermeiros gere baixas por doença e o abandono da profissão (Brewer et al., 2015).

Cultura Organizacional

Ao nível da cultura organizacional, denota-se uma grande influência da liderança transformacional e autêntica e *empowerment* dos funcionários por ter um impacto positivo no clima organizacional e estar relacionada com níveis crescentes de bem-estar psicológico e níveis reduzidos de stress no trabalho (Clegg, 2001; Nelson et al., 2014; Peterson & Zimmerman, 2004). A satisfação com a chefia, o comportamento ao nível da gestão e os estilos de supervisão têm também um impacto substancial sobre o bem-estar emocional dos trabalhadores (EU-OSHA, 2000; Moreira & de Lucca, 2020; Sveinsdottir et al., 2006). Além disso, o desequilíbrio esforço-recompensa, baixa justiça organizacional, falta de envolvimento na tomada de decisão, falta de oportunidades de carreira e desenvolvimento profissional e altas exigências de trabalho são aquelas que estão associados a um maior risco de transtornos mentais relacionados ao stress (EU-OSHA, 2000; Ferreira et al., 2018; Molen et al., 2020). A ambiguidade e conflito de papéis, isto é, uma falta de clareza dos objetivos e responsabilidades de dado posto de trabalho, a insuficiência de papéis (falha por parte da gerência em fazer uso das habilidades e competências dos trabalhadores) e a falta de definição concreta das metas, objetivos e valores da organização e/ou departamento promovem não só um aumento de stress, depressão, baixa motivação e intenção de abandono do trabalho como também a diminuição de produtividade dos colaboradores (Dandrea, 2012; EU-OSHA, 2000; Gollac & Bodier, 2011; Tetrick & Winslow, 2015).

Relações Interpessoais

As relações interpessoais no ambiente de trabalho são de extrema importância para a saúde individual e organizacional já que os maus relacionamentos são precursores de stress e exaustão emocional (EU-OSHA, 2000; Lee et al., 2013). Por um lado, os rumores negativos,

muitas vezes desconsiderados, estão relacionados positivamente com a exaustão emocional e despersonalização (Georganta et al., 2014). Isto porque apresentam efeitos negativos para os colaboradores, não só ao nível de danos nos relacionamentos e reputação no local de trabalho, como também da diminuição de envolvimento e produtividade de funcionários valiosos, nomeadamente, ao nível da qualidade dos cuidados prestados e da segurança dos pacientes (Danziger, 1988; Georganta et al., 2014; Kurland, N. B., & Pelled, 2000). Já as atitudes positivas no trabalho estão associadas à redução da exaustão emocional por promover um maior compromisso organizacional e satisfação profissional (Lee et al., 2013). A Teoria da Segurança Social desenvolve uma hipótese em que os laços sociais amigáveis são um princípio fundamental do comportamento humano e que as ameaças à segurança social são uma característica crítica que aumentam o risco de doenças (Slavich, 2020). Assim, situações que envolvem conflito social ou competição que geram isolamento, derrota, desvalorização, rejeição e exclusão, em simultâneo com a má comunicação e falta de apoio de colegas, supervisores e/ou pacientes são precursoras de aumento de stress e de uma menor saúde mental (EU-OSHA, 2000, 2023; Fan et al., 2019; Gilbert & Allan, 1998; Slavich, 2020). Por outro, o silêncio dos funcionários caracteriza-se como a retenção de expressão genuína sobre uma injustiça percebida ou experimentada por parte de pessoas capazes de efetuar mudanças ou reparação de quaisquer questões críticas ou de preocupação; e pode exigir um alto preço psicológico aos indivíduos, gerando sentimentos de humilhação, raiva e ressentimento que afetam todas as interações, criatividade e prejudicam a produtividade da organização (Morrison, 2014). Além disso, pacientes de difícil trato e, ainda, a perceção dos profissionais de saúde de que investem mais no relacionamento com os seus pacientes do que aquilo que eles recebem em troca (ou seja, falta de recompensa no seu relacionamento com pacientes) tem também efeitos muito negativos no seu bem-estar e nas relações e equilíbrio entre trabalho-família (EU-OSHA, 2023; Meier et al., 2015).

Desequilíbrio entre a vida pessoal e profissional

O conflito entre a vida familiar e o trabalho é um determinante na vida dos profissionais de saúde dado que aqueles que sentem que têm muito trabalho são mais propensos a que os sentimentos e os pensamentos gerados no trabalho se intrometam na sua vida pessoal; assim como, aqueles que prestam maior assistência aos seus filhos, principalmente os mais pequenos, têm maior tendência a gerar instabilidade emocional no domínio familiar que influencia e é evidenciada no domínio do trabalho (Cox et al., 1996; Gottlieb et al., 1996). Verifica-se que as novas tendências como a procura de flexibilidade, as novas modalidades de trabalho, a intensificação do trabalho, famílias monoparentais e agregados familiares com “carreiras duplas”, com menos apoio familiar e, em alguns casos, com familiares mais velhos dependentes, são as maiores causas no equilíbrio entre a vida familiar e o trabalho (EU-

OSHA, 2007). No entanto, aqueles que apresentam maior apoio emocional em casa, não ficam tão afetados e preocupados no trabalho com as exigências familiares; e quanto maior for o apoio doméstico do empregador, menor são os conflitos experienciados pelos mesmos (Gottlieb et al., 1996; Tetrick & Winslow, 2015). As práticas de autocuidado e da melhoria da gestão pessoal e familiar tornam-se assim fundamentais para a redução da exaustão emocional (Lee et al., 2013).

Tendo em conta os fatores psicossociais supramencionados, foram analisados vários instrumentos (questionários e escalas) que permitissem uma avaliação multidimensional dos mesmos, de forma a dar resposta aos objetivos do presente estudo.

O *Copenhagen Psychosocial Questionnaire*, segunda versão (COPSOQ II) foi desenvolvido por Kristensen et al. (2005) com o objetivo de avaliar as condições do ambiente de trabalho e a relação do trabalho com a vida do trabalhador tendo em conta cinco dimensões, sendo elas as exigências laborais, organização no trabalho e conteúdo, relações sociais e liderança, interface trabalho-indivíduo e valores no local de trabalho. Este questionário é baseado não só no modelo de exigência e controlo, que aponta que as elevadas exigências no trabalho e um baixo apoio social causam stress, mas também as outras sete teorias em saúde ocupacional mais aceites neste âmbito, tornando-o flexível e adaptável a qualquer tipo de emprego (Kristensen et al., 2005; Pejtersen et al., 2010). A sua validade, modernidade, compreensibilidade e flexibilidade na avaliação das variadas dimensões psicossociais inerentes ao contexto laboral é de consenso internacional (Kristensen et al., 2005).

O *Job Content Questionnaire* (JCQ) de Karasek e Amick (1998) e o *Demand Control Support Questionnaire* (DCSQ-PT) são dois instrumentos baseados no Modelo Exigências do Trabalho-Controlo-Suporte (JDACS Model). Este defende que a tensão no trabalho resulta da interação entre as exigências psicológicas do trabalho, o controlo e o apoio/suporte social, ou seja, um maior controlo sobre as atividades profissionais, reduz as consequências negativas das exigências psicológicas do trabalho, que são tanto menores quanto maior for o apoio social (Jonge et al., 1996). Porém, este modelo apresenta grandes desvantagens por não incorporar aspetos do trabalho potencialmente importantes, como a autonomia, já que a mesma atenua exaustão emocional, por a tensão depender de outras características da personalidade que são ignoradas ou pela subjetividade das questões (Jonge et al., 1996). O JCQ tem um total de 49 itens, mas apenas 22 foram adaptados e traduzidos para português e divididos em três dimensões de fatores psicossociais (exigências psicológicas do trabalho, latitude de decisão (habilidades e autoridade de decisão) e apoio social de colegas ou supervisores) para medir as características sociais e psicológicas dos empregos (Vilas-Boas & Cerqueira, 2017). Este é, de facto, um questionário fiável e válido, mas é necessário

melhorias na escala das exigências psicológicas uma vez que esta apresenta baixa consistência interna e, portanto, as questões não garantem precisão na medição das exigências psicológicas (Vilas-Boas & Cerqueira, 2017).

O DCSQ-PT é uma versão mais curta da implementação do JDCS Model, útil nas avaliações periódicas dos riscos psicossociais dos trabalhadores (Kraus et al., 2023). De entre os 17 itens originais, a adaptação portuguesa valida, assim, 16 itens incorporados em quatro fatores (entre eles, o apoio social no trabalho, exigências psicológicas, desenvolvimento de habilidades e autoridade para a tomada de decisão) que demonstram boa fiabilidade (alfa de cronbach = 0,807) (Kraus et al., 2023).

Por fim, o *Work Design Questionnaire* (WDQ) que é suportado pela Teoria das Características do Trabalho estabelecida por Hackman e Oldham (1976). Esta explica que quanto mais variável forem as tarefas, maior a produtividade e a motivação, pelo que se foca na avaliação e mudança de 5 características que são os principais motivadores do próprio trabalho (variabilidade de habilidades, identidade da tarefa, significado da tarefa, autonomia e feedback) (Hackman & Oldham, 1976). Este questionário é mais abrangente, sendo constituído por 77 itens, e apresenta escalas com confiabilidade média de 0,87, que é superior às verificadas no JCQ (Morgeson & Humphrey, 2006). Apesar disso, não aborda os traços individuais dos trabalhadores, não é aplicável a trabalhos realizados em equipa e é pouco adaptável a ambientes de trabalho mais recentes/modernos como o trabalho remoto (Hackman & Oldham, 1976).

2.3. Consequências dos Riscos Psicossociais

Os riscos psicossociais apresentam diversas consequências quando a exposição se torna prolongada e contínua, não só para o indivíduo, uma vez que são precursoras de doenças ou problemas de saúde, mas também para a organização já que afetam o desempenho ou produtividade do colaborador (Marchant e Garrido, 2012, citado por Neto, 2014).

Algumas consequências organizacionais são a maior probabilidade de ocorrência de acidentes de trabalho, nomeadamente, no aumento de erros médicos, elevados níveis de absentismo e abandono da profissão, deterioração do ambiente social no trabalho, decréscimo da produtividade, qualidade do trabalho e respetivo desempenho (Dewa et al., 2014; Organización Internacional del Trabajo, 1984; Soler et al., 2008; Tsigas et al., 2017; Vala et al., 2017) A falta de motivação, interesse e satisfação no local de trabalho induzem a uma deterioração crescente da segurança e qualidade da prestação de serviços e atendimento aos doentes, familiares e/ou cuidadores (International Labour Organisation, 2022; World Health Organisation, 2022).

No que toca a consequências individuais refletem-se doenças variadas ou sintomas de mal-estar físico e psicológico, tais como, a ansiedade, depressão, sintomas psicossomáticos, comportamentos perturbadores e desavenças, exacerbações de doenças autoimunes e neuroendócrinas, doenças ou desordens cardiovasculares, úlceras, cancro, obesidade, interfere nos processos cognitivos (como função executiva e autorregulação), baixo sentido de autoeficácia, perda de satisfação com a vida, distúrbios ou problemas de sono, tabagismo, consumo de substâncias psicoativas (álcool, drogas, ...), menor equilíbrio trabalho-família e maior probabilidade de suicídio, morbidade e mortalidade (Bakker et al., 2014; Lee et al., 2013; O'Connor et al., 2021; Schneiderman et al., 2005; Slavich, 2020; Soler et al., 2008; Tomiyama, 2019; Vala et al., 2017) É, ainda, responsável por mudança de comportamento alimentar já que promovem comportamentos alimentares pouco saudáveis, como a ingestão elevada de gordura, açúcar e calorias e a baixa ingestão de fibras ou frutas/vegetais e a diminuição da atividade física (Hill et al., 2018; O'Connor et al., 2021; Tomiyama, 2019).

Além disso, podem ainda antever-se consequências sociais referentes aos custos sociais derivados a baixas por doença e ao abandono da profissão (Brewer et al., 2015; Soler et al., 2008; World Health Organisation, 2022).

3. Metodologia

3.1. Objetivos Gerais e Formulação de hipótese

O principal objetivo deste estudo é identificar os riscos psicossociais que os profissionais do HFF estão sujeitos no seu local de trabalho, com o propósito de identificar áreas de risco, para que a instituição possa implementar medidas de melhoria e prevenir ou gerir os riscos psicossociais dos seus profissionais. Pretende-se, ainda, analisar de que forma a perceção de riscos psicossociais varia em função das características sociodemográficas (idade e género) e socioprofissionais (serviço, grupo profissional, anos de serviço, tipo de vínculo e horário de trabalho).

O HFF, criado pelo Decreto-Lei nº 382/91, de 9 de outubro, é um hospital público, integrado na rede do SNS (HFF, 2023). Presta serviços de urgência, consulta, internamento, cirurgia, hospital de dia, e hospitalização domiciliária nas mais diversas unidades, a mais de 550.000 habitantes dos concelhos de Amadora e Sintra (HFF, 2023). O HFF tem cerca de 800 camas médico-cirúrgicas (76 dedicadas a cuidados intensivos e especiais e 15 camas da nova unidade de cuidados intensivos nível II), um bloco operatório com 11 salas, um bloco de partos com 4 salas, uma urgência médico-cirúrgica (constituída pela urgência geral, urgência de obstetria e de ginecologia e urgência de pediatria) e um serviço de urgência básica localizado na freguesia de Algueirão - Mem Martins (HFF, 2023).

Tendo em conta os objetivos definidos neste projeto de investigação, foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1: A perceção de riscos psicossociais varia em função da idade dos participantes.

H2: A perceção de riscos psicossociais varia em função do género dos participantes.

H3: A perceção de riscos psicossociais varia em função das habilitações literárias dos participantes.

H4: A perceção de riscos psicossociais varia em função do tipo de categoria profissional dos participantes.

H5: A perceção de riscos psicossociais varia em função do tipo de vínculo profissional dos participantes.

H6: A perceção de riscos psicossociais varia em função dos anos de serviço no HFF.

H7: A perceção de riscos psicossociais varia em função da quantidade de horas médias totais de trabalho por semana no HFF dos participantes.

H8: A perceção de riscos psicossociais varia em função da quantidade de horas médias totais de trabalho por semana dos participantes.

3.2. População e amostra

A população alvo deste estudo foram todos os profissionais de saúde do HFF, que cumpram os seguintes critérios de inclusão: profissionais de saúde em funções no HFF, com contrato de trabalho e não ausentes há mais de 6 meses aquando da recolha de dados. A população alvo incluiu 3191 profissionais. Todos os profissionais tiveram oportunidade de participar neste estudo. Foram obtidas 355 respostas, pelo que a taxa de resposta foi de 11,13%.

3.3. Instrumento de recolha de Dados

De forma a avaliar os riscos psicossociais que os profissionais do HFF estão sujeitos no seu local de trabalho, foi aplicado o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire*, segunda versão (COPSOQ II) (versão média), desenvolvido por Kristensen et al. (2005), aos profissionais de saúde no HFF, o qual já se encontra validado para a população portuguesa (Anexo A). Adicionalmente, foi introduzido um conjunto de questões de cariz sociodemográfico (idade, género e habilitações literárias) e profissional (categoria profissional, vínculo profissional, departamento/unidade em que operam, anos de serviço e horas de trabalho totais por semana efetuadas no HFF e em outras instituições), tendo em vista caracterizar o perfil dos respondentes, assim como estudar se as mesmas estão relacionadas com os riscos psicossociais.

Para avaliar os riscos psicossociais dos profissionais do HFF, foi utilizado o COPSOQ II, na sua versão média, uma vez que, entre os questionários existentes sobre o tema, este apresenta uma identificação mais completa das dimensões psicossociais sem ser excessivamente longa. Este instrumento é constituído por 76 questões subdivididas em 8 dimensões e 29 subdimensões, as quais estão apresentadas no Quadro 3.1.

Quadro 3.1. Dimensões e Subdimensões do COPSOQ II e a sua caracterização

Dimensão	Subdimensões	Caracterização	Questões
Exigências Laborais	Exigências quantitativas	Gestão da quantidade de trabalho	Secção A - Questões 1 a 3
	Ritmo de trabalho	Intensidade e rapidez com que é necessário executar o trabalho	Secção A – Questão 4
	Exigências cognitivas	Exigência ao nível da atenção, solicitação de ideias e de tomada de decisão	Secção A: Questões 5 a 7
	Exigências emocionais	Tensão interpessoal e dissonância emocional	Secção A – Questão 8
Organização do Trabalho e Conteúdo	Influência no trabalho	Influência e participação nas escolhas laborais	Secção A – Questões 9 a 12
	Possibilidade de desenvolvimento	Oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento	Secção A – Questões 13 a 15
	Significado no trabalho	Motivação e significado do trabalho	Secção D – Questões 1 a 3
	Compromisso face ao local de trabalho	Identificação pessoal com o local de trabalho	Secção D – Questões 4 e 5
Relações Sociais e Liderança	Previsibilidade	Quantidade de informação obtida relacionada a prazos, decisões e ao desempenho profissional esperado	Secção A – Questões 16 e 17
	Transparência do papel laboral desempenhado	Definição de objetivos e metas claras, responsabilidades e expectativas quanto ao desempenho profissional	Secção A – Questões 18 a 20
	Recompensas	Frequência com que o trabalho é reconhecido	Secção A – Questões 21 a 23
	Conflitos laborais	Frequência com que se fazem coisas desnecessárias ou sem consenso entre funcionários	Secção A – Questões 24 a 26
	Apoio social de colegas	Frequência de ajuda e apoio obtido dos colegas	Secção A – Questões 27 a 29
	Apoio social de superiores	Frequência com que os superiores prestam apoio e dão feedback	Secção A – Questões 30 a 32
	Qualidade da liderança	Avalia a chefia e a sua liderança em várias vertentes: oportunidades de desenvolvimento, satisfação no trabalho, resolução de conflitos e planeamento do trabalho	Secção B
Valores no Local de Trabalho	Comunidade social no trabalho	Bom ambiente de trabalho, cooperação entre colegas e sentimento de pertença	Secção E – Questões 1 a 4
	Confiança horizontal	Confiança que os funcionários têm entre si	Secção E – Questão 5
	Confiança vertical	Confiança que a gerência deposita nos funcionários e vice-versa	Secção F
	Justiça e respeito	Equidade na distribuição do trabalho, de abertura para sugestões dos funcionários e de uma resolução justa de conflitos	Secção A – Questões 33 a 35
Personalidade	Autoeficácia	Capacidade em cumprir objetivos, planos estabelecidos e resolver problemas	Secção C – Questões 1 a 3
Interface Trabalho-Indivíduo	Satisfação no trabalho	Satisfação geral face ao trabalho quer nas condições físicas e profissionais quer no aproveitamento das capacidades pessoais	Secção C – Questões 4 a 6
	Insegurança laboral	Preocupação com a estabilidade laboral e com o risco de ficar desempregado	Secção C – Questões 7 a 9
	Conflito trabalho/família	Frequência com que o trabalho afeta a vida pessoal e familiar	Secção C – Questões 10 e 11
Saúde e Bem-estar	Saúde geral	Perceção da saúde em geral	Secção G – Questões 1 e 2
	Problemas em dormir	Qualidade do sono	Secção G – Questões 3 e 4
	<i>Burnout</i>	Sintomas de exaustão emocional e física	Secção G – Questões 5 e 6
	Stress	Sintomas de irritação e ansiedade	Secção G – Questões 7 e 8
Comportamentos Ofensivos	Sintomas depressivos	Tristeza e falta de interesse no trabalho	Secção E – Questão 6
	Comportamentos ofensivos	Exposição a comportamentos de assédio, violência, ameaças ou insultos	Secção H

Fonte: Adaptado de Silva et al. (2011)

Todas as questões foram avaliadas através de uma escala de *Likert* de 5 pontos (1- Nunca/quase nunca, 2- Raramente, 3 – Às vezes, 4 – Frequentemente e 5 – Sempre ou 1 - Nada/quase nada, 2 - Um pouco, 3 - Moderadamente, 4- Muito e 5 –Extremamente). Cada questão foi cotada de 1 a 5 pontos de acordo com a escala (Silva et al., 2011). Existem, adicionalmente, algumas questões de escala invertida (questões 3 e 6 da secção C), isto é, assumem um sentido conceptual oposto aos restantes itens e, portanto, a cotação de resposta é também inversa (Silva et al., 2011). A pontuação final de cada subdimensão foi obtida através da média das pontuações das respostas dessa escala (Silva et al., 2011).

De forma a avaliar o impacto de cada subdimensão para a saúde, a média obtida em cada fator foi tripartida (Silva et al., 2011). Esta divisão assumiu do 0 a 2,33 a cor verde (situação favorável para a saúde), do 2,34 ao 3,65 a cor amarela (situação intermédia) e do 3,66 ao 5 a cor vermelha (situação de risco para a saúde) (Silva et al., 2011).

3.4. Processo de recolha de dados

O questionário foi construído na plataforma *Qualtrics* e o respetivo link foi enviado via email institucional do HFF para todos os profissionais que cumprem os critérios de inclusão supramencionados.

A recolha de dados ocorreu entre 8 de julho e 15 de setembro de 2024. Foram ainda efetuadas insistências semanais aos profissionais de saúde com o objetivo de obter um maior número de respostas.

3.5. Técnicas de Análise de Dados

Os dados obtidos foram sujeitos a análise estatística recorrendo ao programa software *Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS), versão 29 para o *Windows*.

A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de $\alpha = 0,05$, ou seja, com um intervalo de confiança de 95%.

Numa primeira fase, procedeu-se à execução de Correlação de *Spearman* para a análise das diferentes subdimensões em função das variáveis quantitativas e ordinais, como o caso da idade, habilitações literárias, anos de serviço no HFF, horas de trabalho em média semanais no HFF e horas totais de trabalho em média semanais totais.

Para a utilização de testes paramétricos, foi testada a normalidade das variáveis através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. O resultado do teste de *Kolmogorov-Smirnov* permitiu concluir que nenhuma variável apresentava distribuição normal e, por esse motivo, optou-se por utilizar testes não-paramétricos para comparar os grupos. Foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* para comparar a distribuição das variáveis em duas amostras independentes (ou seja, na comparação das diferentes subdimensões em função do género

e da questão “só trabalha neste hospital?”). Por sua vez, foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis* para comparar a distribuição das variáveis em mais do que duas amostras independentes (no caso da categoria e vínculo profissional), seguido de testes de comparação múltipla. Apenas se considerou as categorias e vínculos profissionais com pelo menos 15 respostas ($n \geq 15$), ou seja, não foram considerados os dirigentes e técnicos superiores de saúde, para as categorias profissionais; e não foram considerados o contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo certo, a termo resolutivo incerto, contrato de trabalho a termo certo e prestação de serviços, para o tipo de vínculo profissional.

No caso do serviço/unidade este não foi de todo analisado já que a quantidade de respostas obtidas para de colaboradores de cada serviço foi muito pequena.

3.6. Procedimentos Formais e Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Conselho de Administração do HFF, Comissão de Ética e pela Unidade de Investigação Clínica (Anexos B, C e D).

Os respondentes aceitaram participar no estudo através do preenchimento de um consentimento informado.

Foi solicitada e obtida a autorização dos autores do questionário, nomeadamente ao Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva, responsável pela validação para a população portuguesa do COPSQ II (Anexo E).

4. Resultados

4.1. Caracterização da amostra

Os profissionais de saúde respondentes são majoritariamente do sexo feminino (81,47%) e apresentam uma idade média de 42,20 anos, tendo o mais velho 67 anos e o mais novo 22 anos. A maioria dos inquiridos tem idade compreendida entre os 36 e 45 anos (29,10%), 26,50% têm entre 26 e 35 anos e 26,20% têm idade entre os 46 e 55 anos. O grupo etário com menor frequência é o das pessoas com idade acima dos 66 anos que correspondem apenas a cerca de 1,60% (Figura 4.1.).

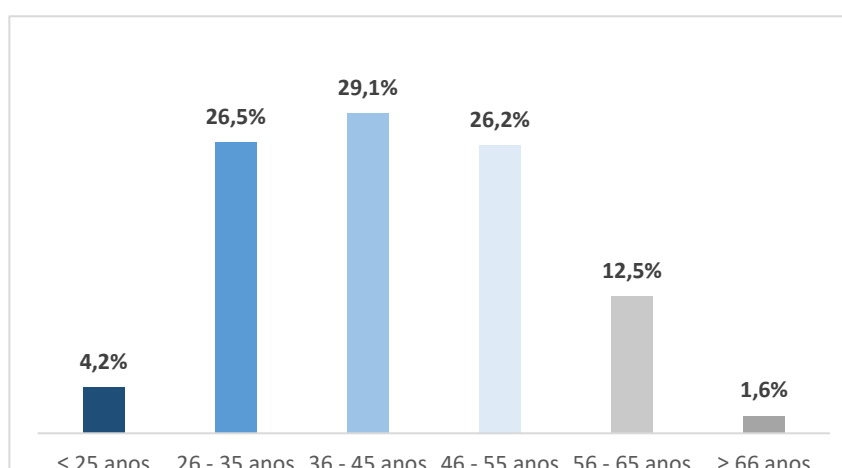


Figura 4.1. Grupo etário dos respondentes

No que concerne às habilitações literárias dos respondentes verifica-se que a amostra do presente estudo é bastante qualificada já que cerca de 95% dos profissionais de saúde têm o ensino superior (81,8%) ou o ensino secundário (12,8%). Apenas 0,3% e 1,3% dos respondentes têm o 1º e o 3º ciclo, respetivamente. Os restantes têm formação profissional (3,8%).

Ao nível das funções desempenhadas, a categoria com mais respostas é a dos enfermeiros (33,3%), sendo os restantes médicos (13,3%), técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (12,2%), administrativos (12,2%), auxiliares (10,9%), médicos internos (7,8%), técnicos superiores (5,4%) e técnicos superiores de saúde (4,1%). Os dirigentes foram o grupo com menor frequência de respostas (0,7%) (Figura 4.2).

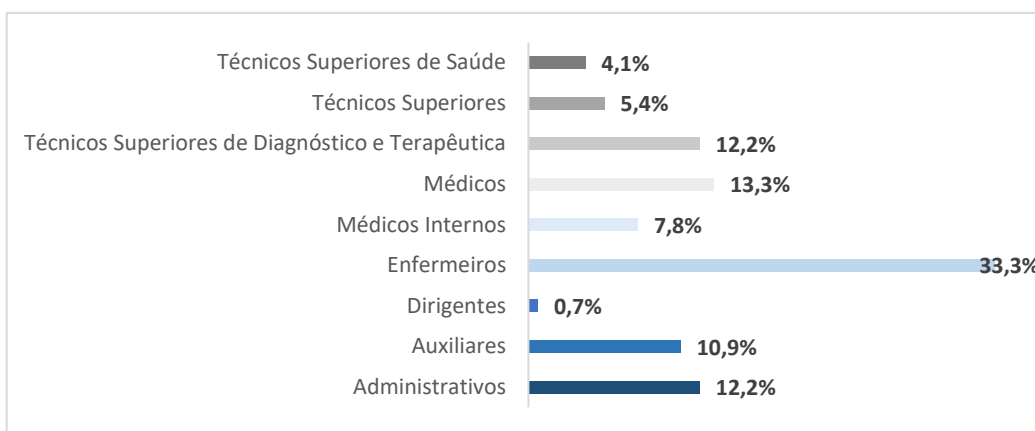


Figura 4.2. Categoria profissional dos respondentes

No que diz respeito ao vínculo profissional a grande maioria dos funcionários possui contrato de trabalho sem termo (45,6%) ou contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado (33,0%). Apenas uma minoria apresenta um vínculo profissional através do contrato de trabalho a termo certo e da prestação de serviços (2,7% cada) (Figura 4.3).

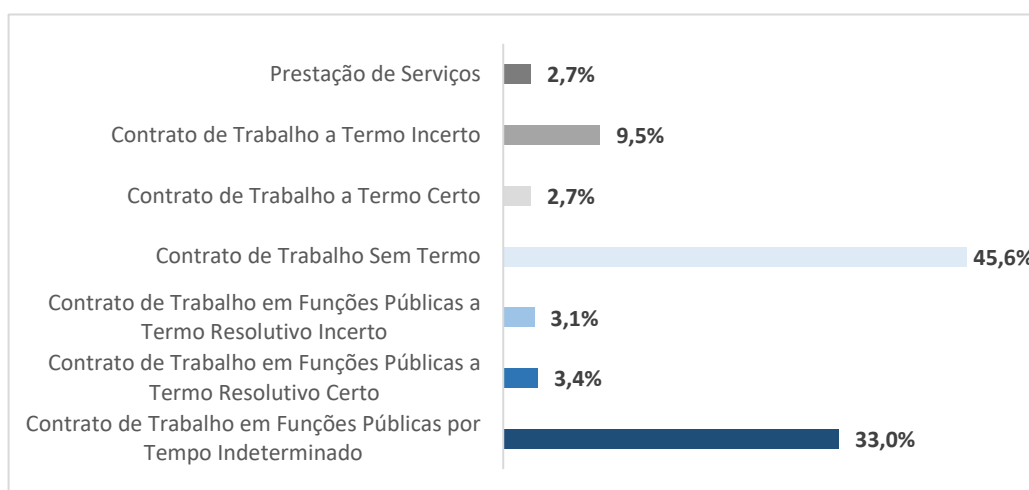


Figura 4.2. Vínculo profissional dos respondentes

Relativamente às unidades a que os respondentes se inserem verifica-se uma grande dispersão de dados. A Urgência Geral destaca-se dos demais por incluir 9% dos respondentes da amostra. Já as unidades como a Psiquiatria e Saúde Mental para Adultos, Pediatria, Neurologia, Medicina Física e de Reabilitação e Bloco Operário têm uma representação de 4% cada um. A grande maioria das unidades apresentam uma percentagem de 0% (Unidade Integrada de Diabetes, Unidade da Dor, ULGA/Central de Agendamento, Sistemas de Informação, Secretaria Geral, Oftalmologia, Neurorradiologia, Medicina Desportiva, Instalações e Equipamentos, Imunoalergologia, Hospital Dia Polivalente, Gestão Hoteleira, Gabinete Jurídico, Esterilização, Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, Equipa gestão de camas e altas, Endocrinologia, Direção de Enfermagem, Direção Clínica, Dermatologia, Conselho Fiscal, Conselho de Administração, Comunicação e Informação,

Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Maxilo-Facial, Central Telefónica, Auditoria Interna, Auditoria e Codificação Clínica e Arquivo Clínico).

Além disso, aferiu-se que os respondentes estão em média há 12 anos de serviço no HFF e que aproximadamente 70% dos trabalhadores está no HFF há 5 anos ou menos (37,4%) ou tem entre os 6 e 15 anos de casa (29,4%) (Figura 4.4.).

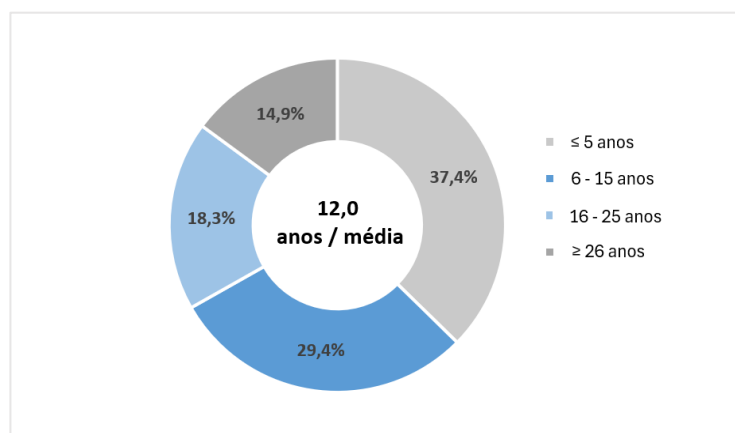


Figura 4.3. Anos de serviço no HFF dos respondentes

Os dados permitem igualmente concluir que 77,5% dos respondentes apenas trabalha neste hospital, enquanto 22,5% trabalha em diversas instituições.

A grande maioria dos profissionais realizam entre 35 a 40 horas totais semanais (69,5%) no HFF e a menor percentagem corresponde a 34 horas ou menos por semana (4,56%) no mesmo hospital (Figura 4.5). A média de horas de trabalho totais por semana no HFF é de 39,0 horas, tendo o valor máximo registado 100 horas por semana.

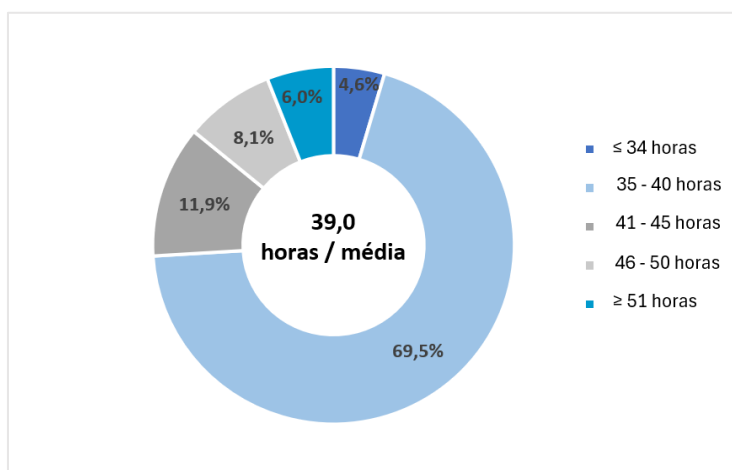


Figura 4.4. Horas de trabalho totais semanais efetuadas pelos respondentes no HFF

Os respondentes que afirmam trabalhar em diversas instituições fazem em média por semana 51,8 horas, tendo sido o valor mais alto registado 100 horas por semana (Figura 4.6). A maioria destes profissionais de saúde trabalham entre 41 e 50 horas totais em média por semana (45,3%). O intervalo registado com menor percentagem é o compreendido entre as 61 e 70 horas semanais (6,3%).

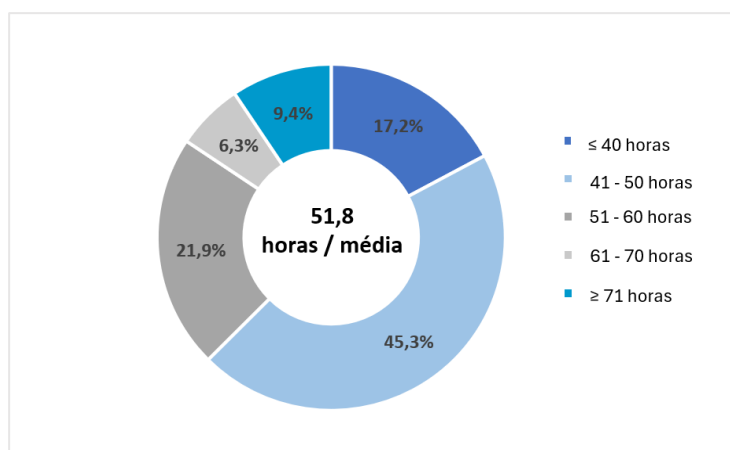


Figura 4.5. Horas de trabalho totais semanais efetuadas pelos respondentes que trabalham em diversas instituições

4.2. Avaliação do COPSOQ II

Com o propósito de verificar a consistência interna das escalas utilizadas, calculou-se o coeficiente *alfa de Cronbach*. No Quadro 4.1 são apresentados os coeficientes *alfa de Cronbach* das diferentes subdimensões, assim como as respetivas médias e desvios padrão.

Quadro 4.1. Consistência interna, média e desvio padrão das diferentes subdimensões do COPSOQ II

Dimensão	Subdimensões	Nº de itens	Coefficiente <i>alfa de Cronbach</i>	Média	Desvio Padrão
Exigências Laborais	Exigências quantitativas	3	0,693	2,90	0,85
	Ritmo de trabalho	1	*	3,67	0,92
	Exigências cognitivas	3	0,497	3,86	0,62
	Exigências emocionais	1	*	4,05	0,9
Organização do Trabalho e Conteúdo	Influência no trabalho	4	0,716	2,55	0,83
	Possibilidade de desenvolvimento	3	0,710	3,82	0,72
	Significado no trabalho	3	0,766	3,80	0,74
	Compromisso face ao local de trabalho	2	0,498	3,13	0,90
Relações Sociais e Liderança	Previsibilidade	2	0,686	3,03	0,82
	Transparência do papel laboral desempenhado	3	0,812	3,95	0,76
	Recompensas	3	0,861	3,25	0,96
	Conflitos laborais	3	0,644	3,17	0,67
	Apoio social de colegas	3	0,776	3,32	0,78
	Apoio social de superiores	3	0,893	2,68	0,97
	Qualidade da liderança	4	0,914	3,15	0,97
Valores no Local de Trabalho	Comunidade social no trabalho	3	0,880	3,70	0,85
	Confiança horizontal	3	0,778	2,67	0,75
	Confiança vertical	3	0,778	3,52	0,71
	Justiça e respeito	3	0,802	2,98	0,78
Personalidade	Autoeficácia	2	0,716	3,49	0,69
Interface Trabalho-Indivíduo	Satisfação do trabalho	4	0,828	2,83	0,81
	Insegurança laboral	1	*	1,93	1,35
	Conflito trabalho/família	3	0,881	3,25	1,11
Saúde e Bem-estar	Saúde geral	1	*	3,18	0,98
	Problemas em dormir	2	0,797	2,88	1,09
	<i>Burnout</i>	2	0,837	3,34	0,93
	Stress	2	0,759	3,11	0,92
	Sintomas depressivos	2	0,806	2,76	0,98
Comportamentos Ofensivos	Comportamentos ofensivos	4	0,783	1,50	0,68

* Não é possível calcular o coeficiente alfa de Cronbach uma vez que a subdimensão é constituída por um único item.

Fonte: Elaboração própria

Relativamente aos coeficientes *alfa de Cronbach*, conclui-se que variam essencialmente entre 0,644 e 0,914; à exceção das subdimensões denominadas de exigências cognitivas e compromisso no local de trabalho que apresentam um valor de 0,497 e 0,498 respetivamente, ou seja, estas duas subdimensões têm uma consistência interna fraca.

A subdimensão comportamentos ofensivos destaca-se de uma forma bastante positiva por apresentar a menor média (1,5), sendo este fator pouco percecionado no HFF. Por outro lado, a exigência emocional possui a média com o valor mais alto (4,05) pelo que é um dos

fatores mais identificados pelos profissionais de saúde do HFF. Ademais as subdimensões insegurança laboral, conflito trabalho/família e problemas em dormir, por dispor de um desvio padrão superior a 1, são as que apresentam dados mais dispersos e, portanto, menor consenso de respostas da amostra.

Tendo em conta os resultados do questionário COPSOQ II aplicado, na Figura 4.7 é apresentada a divisão das pontuações como sugerido por autores anteriores (Silva, C. et al., 2011). Os resultados são interpretados tendo em conta um modelo tricolor que mede o impacto para a saúde mencionado no capítulo anterior.

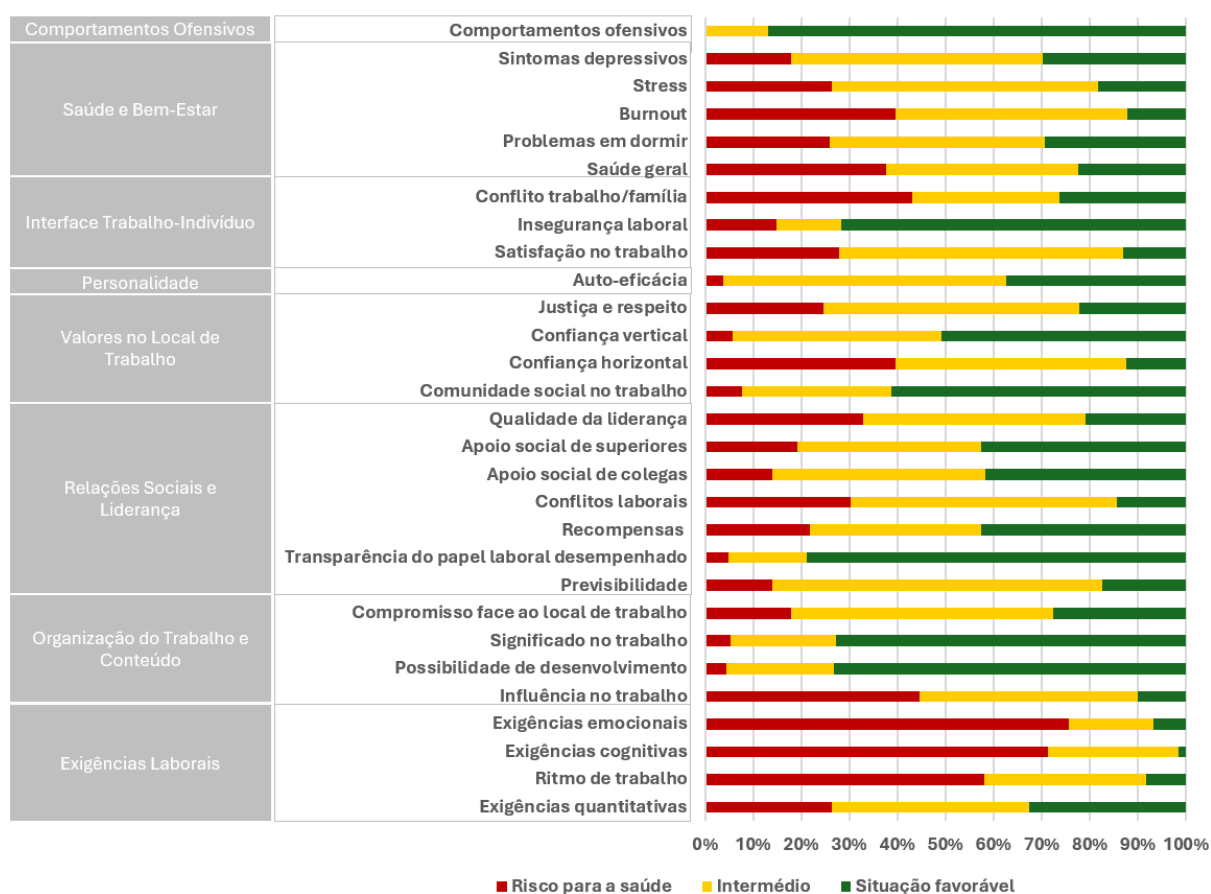


Figura 4.6. Divisão tripartida dos resultados por subdimensões e dimensões

A dimensão das “Exigências Laborais” compreende as exigências quantitativas, ritmo de trabalho, exigências cognitivas e emocionais e é aquela que apresenta maiores riscos para a saúde dos respondentes. As exigências emocionais e cognitivas são as que adquiriram as percepções de risco para a saúde mais elevadas (75,7% e 71,3%, respetivamente). No entanto é de salientar que apenas 1,6% dos profissionais se posicionou numa situação favorável face às exigências cognitivas, enquanto nas exigências emocionais o valor foi relativamente mais elevado (6,8%). No que toca à subdimensão intitulada de ritmo de trabalho verificou-se

também uma elevada quantidade de respondentes numa situação de risco para a saúde (58,2%) e uma forte percentagem que relata uma situação intermédia (33,5%). Quanto às exigências quantitativas, aferiu-se que 26,3% dos respondentes as descreve como uma situação de risco, 41% como uma situação intermédia e 32,7% como uma situação favorável.

A dimensão “Organização do Trabalho e Conteúdo” é avaliada tendo em conta 4 subdimensões: a influência no trabalho, possibilidades de desenvolvimento, significado do trabalho e compromisso face ao local de trabalho. A possibilidade de desenvolvimento e o significado no trabalho apresentaram proporções muito semelhantes nesta dimensão, isto é, 4,4% e 5,4% (respetivamente) dos profissionais estão numa situação de risco para a saúde, 22,3% e 21,8% (respetivamente) numa situação intermédia e 73,3% e 72,8% (respetivamente) numa situação favorável. No caso da influência no trabalho é de realçar que a percentagem dos respondentes em situação de risco (44,6%) é idêntica à situação intermédia (45,4%). Quanto ao compromisso face ao local de trabalho, 72,4% dos mesmos se classificam numa situação de potencial risco para a saúde uma vez que 18% se encontram em situação de risco evidente e 54,4% numa situação intermédia.

O estudo da dimensão “Relações Sociais e Liderança” é executado através da análise de 7 subdimensões, entre elas, a previsibilidade, transparência do papel laboral desempenhado, recompensas, conflitos laborais, apoio social de colegas, apoio social de superiores e qualidade da liderança. Nas subdimensões previsibilidade e apoio social de colegas, os trabalhadores apresentaram risco para a saúde em igual percentagem (13,9%); todavia a primeira apontou uma proporção intermédia de 68,5% e a segunda de 44,2%. A transparência do papel laboral desempenhado é, nesta dimensão, a que é apresentada com menor risco potencial para a saúde dos trabalhadores, já que 4,8% tem risco para a saúde, 16,3% tem risco intermédio e 78,9% a considera uma situação favorável. Em oposição ao anterior, a subdimensão denominada conflitos laborais apresentou uma proporção de 30,3% de risco e 55,4% relativa a uma situação intermédia e, por esse motivo, foi, nesta dimensão, a que apresentou maior risco potencial para a saúde dos respondentes. No que se refere às recompensas, encontraram-se em situação de risco 21,9% dos profissionais em contraste com 42,6% que o avaliou favoravelmente. Ao nível do apoio social de superiores, o dobro dos respondentes apresentaram avaliações favoráveis (42,6%) comparativamente à qualidade da liderança (20,8%).

Os “Valores no Local de Trabalho” é uma dimensão avaliada de acordo com a comunidade social no trabalho, confiança horizontal, confiança vertical e justiça e respeito. Apesar da comunidade social no trabalho ter apresentado uma elevada perspetiva favorável (61,4%) e um baixo risco (7,6%), a confiança horizontal foi caracterizada favoravelmente apenas por 12,5% dos respondentes em oposição a 39,6% que a declara severa. A confiança vertical destaca-se pelos 50% dos profissionais que a classificaram como uma situação

favorável, para além da situação grave manifestada por uma baixa percentagem dos mesmos (5,8%). Por último, no que concerne à justiça e respeito, constata-se que 24,6% dos respondentes se consideram em situação de risco para a saúde, 53,3% em situação intermédia e 22,1% em situação favorável.

Relativamente à dimensão “Personalidade” que corresponde à subdimensão designada por autoeficácia verifica-se que a grande maioria dos respondentes se posiciona ou numa situação de risco intermédio para a saúde (58,8%) ou numa situação benéfica (37,5%).

A dimensão “Interface Trabalho-Indivíduo” diz respeito ao estudo da satisfação no trabalho, insegurança laboral e conflito trabalho/família. Por um lado, verifica-se que a satisfação no trabalho apresenta 27,8% de trabalhadores em situação de risco para a saúde e 59,1% em situação intermédia. Por outro lado, o conflito trabalho/família apresenta maior situações de risco para a saúde comparativamente com a satisfação no trabalho (43%) mas menores situações intermédias (30,6%). Ou seja, a satisfação no trabalho, nesta dimensão, é a que suscita um maior risco potencial para a saúde. No que diz respeito à subdimensão insegurança laboral, verifica-se que é a que demonstra maior proporção da amostra numa situação favorável (71,7%).

A dimensão “Saúde e Bem-estar” é avaliada de acordo com 5 fatores, tais como, saúde geral, problemas em dormir, *burnout*, stress e sintomas depressivos. A saúde geral demonstrou 37,7% de respondentes numa situação de risco para a saúde similar a 39,8% numa situação intermédia e 22,5% numa situação favorável. No caso dos problemas em dormir e stress, foram apresentadas percentagens semelhantes no que toca ao risco severo (26% e 26,4%, respetivamente), no entanto o stress é mais evidenciado em situações de risco intermédio (44,7% em confronto com 55,3%) e menos em situações favoráveis (18,3% e 29,4%, respetivamente). Já o *burnout* foi o que obteve maior classificação de risco potencial para a saúde dos indivíduos, nesta dimensão, dado que 39,6% de respondentes se apresentaram numa situação de risco e 48,1% em situação intermédia. Por último, a subdimensão relativa aos sintomas depressivos que foi pontuado com uma proporção de 17,9% de respondentes numa situação de risco para a saúde e 52,3% numa situação intermédia, mas 29,8% numa situação favorável.

Por fim, na dimensão “Comportamentos Ofensivos” a análise da amostra em estudo revela que não existe praticamente risco para a saúde dos profissionais (0,4%), uma vez que 86,8% se encontra numa situação favorável.

4.3. Percepção dos Fatores e Risco Psicossociais em função das diferentes Variáveis Sociodemográficas e Socioprofissionais

De forma a dar resposta aos objetivos do presente estudo e, portanto, a analisar como a percepção dos fatores e riscos psicossociais varia em função das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais foram realizados correlações e testes de hipóteses.

Relativamente à idade, verificou-se uma correlação positiva com a influência no trabalho, transparência do papel laboral desempenhado, autoeficácia e satisfação laboral e uma correlação negativa com as exigências quantitativas, ritmo de trabalho, exigências emocionais, possibilidades de desenvolvimento, conflito trabalho/família e stress ($\rho=0,016$, $\rho=0,001$, $\rho=0,001$, $\rho=0,046$, $\rho=0,006$, $\rho=0,046$, $\rho=0,039$, $\rho=0,011$, $\rho=0,000$, $\rho=0,012$, respetivamente, $\text{sig}<0,05$) (Anexo F).

No que se refere ao género, a comparação da percepção da frequência da maioria dos fatores e riscos psicossociais permite concluir que os respondentes de ambos os sexos têm, em média, percepções semelhantes (Gráfico 4.8). Conclui-se ainda que os homens e as mulheres têm igual distribuição da percepção relativamente à maioria dos fatores e riscos psicossociais. A exceção é a percepção das possibilidades de desenvolvimento (*mean rank* (mulheres)=130,77; *mean rank* (homens)=101,50) e previsibilidade (*mean rank* (mulheres)=129,90; *mean rank* (homens)=105,48), ou seja, as mulheres têm uma maior percepção destes aspetos do que os homens.

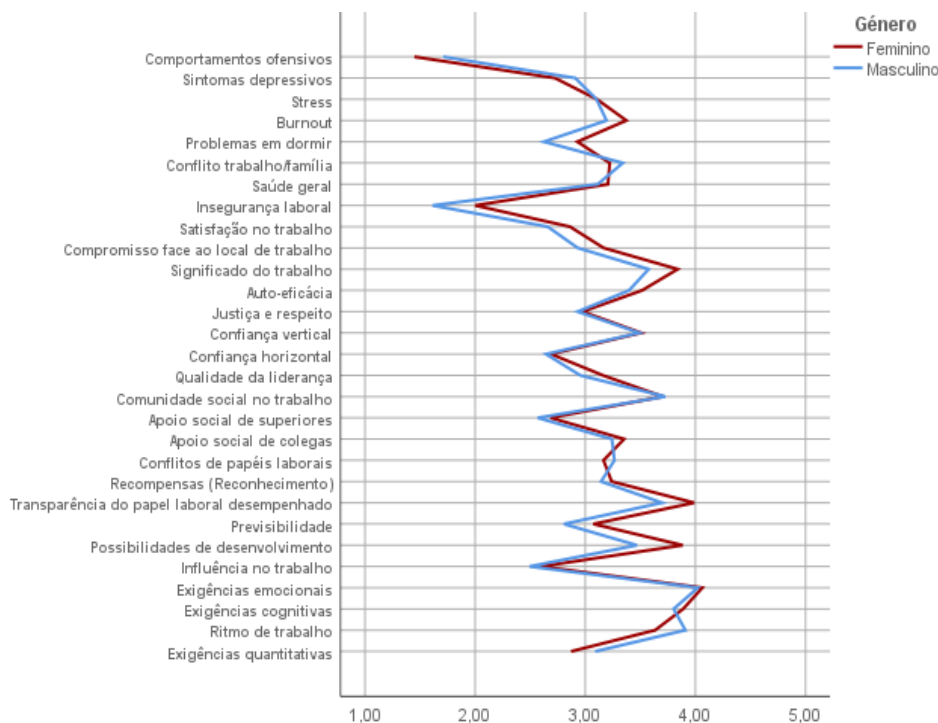


Figura 4.7. Perfil médio da percepção da frequência de fatores e riscos psicossociais por género

Quanto às habilitações literárias, apurou-se a existência de uma relação positiva com as exigências quantitativas e cognitivas, influência do trabalho, possibilidade de desenvolvimento, apoio social de colegas, comunidade social no trabalho e conflito trabalho/família. No entanto, obtiveram-se relações negativas entre as habilitações literárias dos respondentes e a transparência do papel laboral desempenhado, insegurança laboral, saúde geral e comportamentos ofensivos ($p=0,002$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,004$, $p=0,006$, $p=0,000$, $p=0,029$, $p=0,000$, $p=0,026$, $p=0,010$ respetivamente, $\text{sig}<0,05$) (Anexo F).

Ao nível das diferentes categorias profissionais verificou-se igual distribuição da perceção do ritmo de trabalho, previsibilidade, recompensa, conflitos laborais, apoio social de colegas, apoio social de superiores, qualidade da liderança, confiança horizontal, justiça e respeito, significado do trabalho, saúde geral, problemas em dormir, *burnout*, stress e sintomas depressivos ($\text{sig}=0,796$, $\text{sig}=0,332$, $\text{sig}=0,779$, $\text{sig}=0,186$, $\text{sig}=0,152$, $\text{sig}=0,171$, $\text{sig}=0,794$, $\text{sig}=0,419$, $\text{sig}=0,342$, $\text{sig}=0,170$, $\text{sig}=0,128$, $\text{sig}=0,098$, $\text{sig}=0,085$, $\text{sig}=0,852$, $\text{sig}=0,712$ respetivamente, $\text{sig}>0,05$). Para os restantes fatores e riscos psicossociais, averiguou-se que os enfermeiros são os que tem maior perceção comparativamente com as outras categorias profissionais, nomeadamente, ao nível da influência no trabalho, possibilidade de desenvolvimento, transparência do papel desempenhado, comunidade social no trabalho, confiança vertical, autoeficácia, compromisso face ao local de trabalho, satisfação no trabalho e, por outro lado, de exigências quantitativas, cognitivas, emocionais, insegurança laboral, conflito trabalho/família e comportamentos ofensivos ($\text{sig}=0,000$, $\text{sig}=0,000$, $\text{sig}=0,000$, $\text{sig}=0,000$, $\text{sig}=0,028$, $\text{sig}=0,000$, $\text{sig}=0,023$, $\text{sig}=0,028$, $\text{sig}=0,000$, $\text{sig}=0,000$, $\text{sig}=0,004$, $\text{sig}=0,000$, $\text{sig}=0,000$, $\text{sig}=0,000$ respetivamente, $\text{sig}<0,05$). No caso da insegurança laboral, aferiu-se ainda que os administrativos ($\text{sig}=0,026$) e os médicos ($\text{sig}=0,038$) têm maior perceção do mesmo comparativamente com os técnicos superiores. Além disso, os administrativos têm também maior perceção de influência no trabalho face aos técnicos superiores ($\text{sig}=0,041$).

Relativamente ao tipo de vínculo profissional constatou-se igual distribuição para exigências quantitativas, ritmo de trabalho, exigências emocionais, influência no trabalho, possibilidade de desenvolvimento, previsibilidade, transparência do papel desempenhado, recompensas, conflitos laborais, apoio social de colegas e superiores, comunidade social no trabalho, qualidade da liderança, confiança horizontal e vertical, justiça e respeito, autoeficácia, significado do trabalho, satisfação no trabalho, insegurança laboral, saúde geral, conflito trabalho/família, problemas em dormir, *burnout*, stress, sintomas depressivos e comportamentos ofensivos ($\text{sig}=0,190$, $\text{sig}=0,766$, $\text{sig}=0,148$, $\text{sig}=0,058$, $\text{sig}=0,098$, $\text{sig}=0,936$, $\text{sig}=0,811$, $\text{sig}=0,952$, $\text{sig}=0,975$, $\text{sig}=0,825$, $\text{sig}=0,533$, $\text{sig}=0,881$, $\text{sig}=0,365$, $\text{sig}=0,408$, $\text{sig}=0,760$, $\text{sig}=0,666$, $\text{sig}=0,804$, $\text{sig}=0,518$, $\text{sig}=0,888$, $\text{sig}=0,168$, $\text{sig}=0,379$,

sig=0,396, sig=0,631, sig=0,273, sig=0,446, sig=0,766, sig=0,761 respetivamente, sig>0,05). Os profissionais com contrato de trabalho sem termo têm maior perceção de exigências cognitivas (sig=0,041) e compromisso face ao local de trabalho (sig=0,036) comparativamente ao contrato em funções públicas por tempo indeterminado e contrato de trabalho a termo incerto. Os profissionais com contrato de trabalho a termo incerto são os que têm menor perceção dessas subdimensões.

Os profissionais com mais anos de serviço no HFF, revelam maior influência no trabalho e autoeficácia ($\rho=0,000$, $\rho=0,027$, respetivamente, sig<0,05) (Anexo F).

A distribuição da perceção da maior parte dos fatores e riscos psicossociais é igual nos profissionais que apenas trabalham no HFF e naqueles que trabalham também em outras instituições. De facto, os respondentes que reiteram trabalhar noutras instituições de saúde para além do HFF têm maior perceção de exigências cognitivas (sig=0,010; *mean rank* ("não") =147,35), influência no trabalho (sig =0,030; *mean rank* ("não") =144,05), significado do trabalho (sig=0,018; *mean rank* ("não") =139,15) e conflito trabalho-família (sig=0,004; *mean rank* ("não") =141,50). Por sua vez, os profissionais que apenas trabalham no HFF afirmaram ter maior perceção de insegurança laboral (sig=0,026; *mean rank* ("sim") =123,76) e saúde geral (sig=0,048; *mean rank* ("sim") =123,05).

Quanto maior o número de horas semanais totais de trabalho realizadas no HFF, maior as exigências quantitativas, cognitivas e emocionais, influência no trabalho, possibilidade de desenvolvimento, compromisso face ao local de trabalho e conflito trabalho/família e menor a transparência do papel desempenhado, a autoeficácia e a insegurança laboral ($\rho=0,000$, $\rho=0,000$, $\rho=0,003$, $\rho=0,004$, $\rho=0,034$, $\rho=0,018$, $\rho=0,000$, $\rho=0,027$, $\rho=0,005$, $\rho=0,000$, respetivamente, sig<0,05) (Anexo F).

Dos respondentes que declararam trabalhar noutras instituições, aferiu-se que quanto mais horas semanais totais de trabalho efetuadas pelos respondentes, menor a previsibilidade, transparência do papel desempenhado e autoeficácia ($\rho=0,047$, $\rho=0,023$, $\rho=0,004$, respetivamente, sig<0,05) (Anexo F).

5. Discussão de Resultados

Dos 355 respondentes, podemos notar que a maioria corresponde a mulheres, tal como observado em estudos anteriores (Claudino et al., 2024). A idade média dos participantes foi de 42,20 anos, ligeiramente maior do que os valores de referência nacional para o COPSOQ II, mas muito idêntico à média global das idades dos trabalhadores no SNS (Silva et al., 2011; SNS & MS, 2018). Isso pode estar relacionado possivelmente com alto percentual de profissionais com vínculo contratual estável que participaram deste estudo (contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado e contrato de trabalho sem termo). A maior parte dos participantes foram enfermeiros e médicos, profissionais com formação universitária ou secundária, e com uma média de 39 horas semanais no HFF, o que seria de esperar já que são dados que representam a grande maioria dos trabalhadores da área da saúde (SNS & MS, 2018).

5.1. COPSOQ II

As médias obtidas em cada uma das subescalas foram comparadas com dois autores diferentes que realizaram estudos semelhantes na população portuguesa e no setor em estudo, concluindo-se por uma semelhança dos resultados obtidos (Quadro 5.1). Em todos os estudos se destacam as exigências emocionais e cognitivas por apresentarem um risco severo para os respondentes e a possibilidade de desenvolvimento, significado do trabalho, transparência do papel laboral desempenhado, autoeficácia, insegurança laboral e comportamentos ofensivos como fatores protetores por representarem situações favoráveis para os respondentes.

Quadro 5.1. Comparação de médias das subdimensões relativas ao COPSOQ II

Dimensão	Fatores de Riscos Psicossociais	Comparação de Médias			Presente Estudo
		Estudo de Claudino et al. (2024)	Estudo de Silva et al. (2011) População Portuguesa	Setor Saúde	
Exigências Laborais	Exigências quantitativas	3.06	2,48	2,46	2,90
	Ritmo de trabalho	3.73	3,18	3,39	3,67
	Exigências cognitivas	3.89	3,79	3,85	3,86
	Exigências emocionais	4.13	3,42	3,89	4,05
Organização do Trabalho e Conteúdo	Influência no Trabalho	2.59	2,83	2,71	2,55
	Possibilidade de Desenvolvimento	3.86	3,85	3,93	3,82
	Significado do Trabalho	3.90	4,03	4,08	3,80
	Compromisso Face ao Local de Trabalho	3.21	3,4	3,45	3,13
Relações Sociais e Liderança	Previsibilidade	2.85	3,23	3,29	3,03
	Transparência do Papel Laboral Desempenhado	3.93	4,19	4,22	3,95
	Recompensas	3.05	3,71	3,62	3,25
	Conflitos Laborais	3.19	2,94	2,96	3,17
	Apoio Social de Colegas	3.36	3,44	3,41	3,32
	Apoio Social de Superiores	2.71	3,13	3	2,68
	Qualidade da Liderança	3.01	3,49	3,38	3,15
Valores no Local de Trabalho	Comunidade Social no Trabalho	3.65	3,97	3,84	3,70
	Confiança Horizontal	2.72	2,79	2,67	2,67
	Confiança Vertical	3.51	3,6	3,69	3,52
	Justiça e Respeito	2.97	3,37	3,32	2,98
Personalidade	Autoeficácia	3.82	3,9	3,82	3,49
Interface Trabalho-Indivíduo	Satisfação no Trabalho	2.88	3,37	3,29	2,83
	Insegurança Laboral	1.99	3,13	2,98	1,93
	Conflito trabalho/família	3.17	2,67	2,79	3,25
Saúde e Bem-estar	Saúde Geral	3.21	3,44	3,41	3,18
	Problemas em dormir	2.93	2,46	2,55	2,88
	<i>Burnout</i>	3.34	2,7	2,88	3,34
	<i>Stress</i>	3.25	2,7	2,79	3,11
	Sintomas Depressivos	2.83	2,35	2,38	2,76
Comportamentos	Comportamentos Ofensivos	1.37	1,23	1,24	1,50

Fonte: elaboração própria

Na dimensão “Exigências Laborais” são destacadas as exigências emocionais, cognitivas e o ritmo de trabalho como fatores com uma elevada severidade. É de salientar que os fatores de risco psicossocial relativos às exigências emocionais e cognitivas são efetivamente os mais críticos de todo o estudo, uma vez que apresentam as mais baixas perspetivas de situação favorável. O que significa que os trabalhadores são confrontados e afetados, em níveis consideráveis, com os sentimentos de outras pessoas no seu trabalho, têm de lidar com elevados níveis de exigências que envolvam as suas capacidades cognitivas e a quantidade

de trabalho é elevada para o tempo que dispõem para o realizar, gerando um ambiente de trabalho desafiador e altamente tenso. Estes resultados corroboram os obtidos noutros estudos como é o caso de Asante et al. (2019), Claudino et al. (2024) e Sveinsdottir et al. (2006). Além disso, o relatório executado por EU-OSHA (2023) aponta um aumento significativo na intensidade e ritmo do trabalho, especialmente no setor da saúde, o que justifica a elevada percentagem de perceção de risco destes profissionais obtida neste estudo em comparação com os dados normativos dos trabalhadores portugueses, em específico, no setor da saúde (Silva et al., 2011).

No caso da dimensão “Organização no Trabalho e Conteúdo”, a influência no trabalho também se destaca como um dos fatores de risco psicossocial que mais colocam os trabalhadores numa situação de risco para a saúde (44,6%) possivelmente devido à baixa autonomia e controlo no trabalho, tarefas, quantidade e métodos utilizados. Tal é evidenciado por Britt et al. (2017) que, apesar da diferente metodologia utilizada, afirma que 42% dos entrevistados em Minnesota afirmaram ter pouco controlo no seu trabalho. Estes resultados apoiam Ferreira et al. (2018) que aponta a taxa de 50,1% de médicos do SNS descontentes pela baixa participação na tomada de decisões e apresentam relativamente maior risco em comparação com outros estudos (Asante et al., 2019; Claudino et al., 2024; Silva et al., 2011). Além disso, podemos aferir que as elevadas exigências, supramencionadas, e a baixa influência no trabalho sugerem um ambiente de trabalho exigente e altamente stressante (Asante et al., 2019). Outros estudos, com diferentes metodologias, apresentam resultados semelhantes uma vez que cerca de 82% dos respondentes classifica o ambiente de trabalho como razoável e algo caótico (Britt et al., 2017). As possibilidades de desenvolvimento e o significado do trabalho são fatores protetores da saúde já que os profissionais consideram ter oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento no seu trabalho e um elevado envolvimento nos objetivos e no contexto das tarefas laborais tal como apresentado nos estudos supramencionados (Claudino et al., 2024; Silva et al., 2011). No caso de Ferreira et al. (2018) a apreciação das oportunidades de carreira não obteve conclusões tão satisfatórias já que apenas 28% concordou com o facto de terem tido boas oportunidades; diferença que pode ser justificada pelo facto de a amostra ser constituída apenas por médicos da região norte de Portugal que estão inscritos na Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos e utilizar questionários distintos.

A dimensão “Relações Sociais e Liderança” é composta na sua maioria por subdimensões avaliadas com risco moderado com a exceção da transparência do papel desempenhado, conclusão idêntica a outros estudos na área, o que indica que os profissionais têm uma elevada consciência em relação ao que é esperado de si, nomeadamente, as suas tarefas e responsabilidades (Asante et al., 2019; Claudino et al., 2024; Silva et al., 2011). Os valores mais preocupantes foram obtidos nos conflitos laborais e qualidade da liderança, o que pode

significar que muitas vezes são colocadas ao trabalhador expectativas e exigências não compatíveis com os seus valores individuais, gerando tensão e custo emocional. Efetivamente, estes valores confirmam os apresentados por Sveinsdottir et al. (2006) que indica uma proporção de 50% de enfermeiros com conflitos laborais. O apoio social dos superiores, no presente estudo, ocupa um lugar inferior aos resultados de outro estudo que utilizou a mesma metodologia, o que seria de prever dado que a qualidade da liderança não é altamente pontuada e as duas subdimensões se relacionam (Silva et al., 2011). Por último, o apoio social de colegas que é classificado dentro da média de outros estudos com a mesma metodologia mas contrasta com Ferreira et al. (2018) cujas resultados apontam para médicos do SNS globalmente satisfeitos no relacionamento com os colegas (76,6%).

No caso dos “Valores no Local de Trabalho”, apesar de uma comunidade social no trabalho muito positiva inclusive interpretado como um fator protetor, apresenta confiança horizontal e justiça e repeito com algum risco para a saúde, podendo vir a causar problemas no futuro já que a maior parte dos profissionais se encontra numa situação de potencial risco para a saúde. Estes resultados revelam assim elevados níveis de sentimento de pertença, com maior confiança com superiores do que entre os trabalhadores no local de trabalho, o que pode indicar conexão e relações positivas com superiores mas mais cordial com funcionários. Estas conclusões são semelhantes para os valores encontrados por Claudino et al. (2024) que analisou a ocorrência de fatores e riscos psicossociais no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, apesar de serem ligeiramente maiores para esta amostra.

A personalidade apresenta baixo risco para a saúde, o indica que de um modo geral os trabalhadores acreditam na sua capacidade para concluírem as suas tarefas e de atingirem os seus objetivos com sucesso. Ainda assim neste estudo o valor apresenta maior risco comparativamente com outras investigações (Claudino et al., 2024; Silva et al., 2011).

No domínio “Interface Trabalho-Indivíduo” verifica-se que apesar da insegurança laboral ser baixa, a satisfação no trabalho é moderada e os conflitos trabalho/família apresentam elevado risco para a saúde. Isto indica que apesar da segurança ser um fator protetor, o trabalho em causa leva a consequências consideráveis na vida pessoal e familiar do trabalhador, o que é mais evidente nesta amostra do que em outros estudos neste setor, ainda que de forma não abrupta (Claudino et al., 2024; Silva, C. et al., 2011; Sveinsdottir et al., 2006).

Relativamente à “Saúde e Bem Estar”, todas as subdimensões apresentam maior risco comparativamente com os dados normativos para a população portuguesa (Silva et al., 2011). Isto comprova que os profissionais têm, por vezes, a qualidade do sono comprometida e uma frequência moderada de sintomas de exaustão física, emocional, irritação e ansiedade, falta de interesse e tristeza no trabalho. Estes resultados estão em concordância com o relatório EU-OSHA (2023) que previa que profissões com forte orientação ao paciente têm taxas de bem-estar e satisfação abaixo da média. Na Europa, um estudo de referência que contou com

a participação de 12 países revelou que 43% destes apresentava elevada exaustão emocional, ao contrário de Vala et al. (2017) que indica uma percentagem de 66% (Soler et al. 2008). No entanto, há que ter em consideração as diferentes naturezas das amostras dos dois estudos, sendo que a do estudo Europeu apenas incluiu médicos de clínica geral e o segundo as diversas especialidades médicas, enquanto a do presente estudo abarcou as diferentes categorias profissionais a trabalhar no hospital. Gueuns et al. (2015) apresenta um risco de burnout de 10%, mas há que ter em atenção que apenas se aplica a uma amostra de enfermeiros. Ainda assim 39,3% dos médicos entrevistados na investigação Ferreira et al. (2018) indicaram a exaustão como principal razão na decisão de saída do SNS e 34% manifestam sintomas de *burnout*, resultados semelhantes aos apresentados neste estudo (Britt et al., 2017). No que se refere ao stress, outros estudos apontam uma maior preocupação (Britt et al., 2017). Já o Eurobarómetro (2022) aponta para 33% de stress, ansiedade e depressão, valor que se revela menor comparativamente com a analisada neste estudo, apesar da diferente metodologia utilizada e da amostra ser europeia e considerar todos os setores em geral.

Por fim, neste estudo, os comportamentos ofensivos não apresentaram risco para a saúde dos profissionais, apesar de vários estudos indicarem que os profissionais de saúde estão sujeitos a comportamentos ofensivos como a violência ou o assédio em elevada escala (Bruschini et al., 2023; Fnais et al., 2014; International Labour Organisation, 2022; Li et al., 2018; Maghraby et al., 2020; Vorderwülbecke et al., 2015). Outros estudos realizados em Portugal, usando o mesmo questionário, obtiveram igualmente valores baixos para esta dimensão (Claudino et al., 2024; Silva et al., 2011).

5.2. Perceção dos Fatores e Risco Psicossociais em função das diferentes Variáveis Sociodemográficas e Socioprofissionais

A hipótese 1 relativa à perceção de riscos psicossociais e a sua variação em função da idade dos participantes confirma-se já que se verificou correlações com influência no trabalho, transparência do papel laboral desempenhado, autoeficácia, satisfação laboral, exigências quantitativas, ritmo de trabalho, exigências emocionais, possibilidades de desenvolvimento, conflito trabalho/família e stress. Assim, pessoas mais velhas têm maior influência no trabalho, transparência do papel laboral, autoeficácia e satisfação laboral em concordância com (Silva et al., 2011). O único aspeto negativo é apresentarem menores possibilidades de desenvolvimento, sendo que esta perceção pode derivar do aumento de pensamentos de aposentamento, o que pode afetar a capacidade para o trabalho (Kloimüller et al., 2000). Além

disso, referem que as exigências quantitativas e o ritmo, tendem a diminuir com a idade, ao passo que insegurança laboral, os problemas de saúde e problemas em dormir aumentam, algo que não se verifica nesta investigação (Kloimüller et al., 2000). Pessoas mais novas apresentam não só maiores exigências quantitativas, ritmo de trabalho, exigências emocionais, conflito trabalho/família e stress, o que é considerado mais insatisfatório, mas compreensível uma vez que são os que estão em início de carreira, mas também maiores possibilidades de desenvolvimento, algo que é bastante positivo. Esta conclusão apoia estudos como os realizados por Spinelli et al. (2016) que demonstra que o *burnout* não apresenta qualquer relação com a idade e contraria outros como Sveinsdottir et al. (2006) onde os enfermeiros mais novos são associados a menor stress. Tais conclusões podem adverte por os médicos internos no HFF sentirem maior pressão devido às maiores exigências, menor experiência e à necessidade de corresponder às expectativas dos seus superiores, já que a sua prática é avaliada e considerada em cadeiras do curso.

No que concerne ao género, conclui-se que a perceção de riscos psicossociais varia em função do mesmo já que a perceção da possibilidade de desenvolvimento e previsibilidade são maiores nas mulheres, tal como Silva et al. (2011), confirmando-se assim a hipótese 2. No entanto, outros estudos apontam para uma maior perceção de exigências quantitativas, emocionais, conflitos laborais e *burnout* para os homens (Asante et al., 2019; EU-OSHA, 2023), contrariando o atual estudo e Silva et al. (2011).

A hipótese 3 também é confirmada já que, por um lado, quanto maiores as habilitações literárias dos respondentes, menor a transparência do papel laboral desempenhado e a saúde geral e maiores as exigências quantitativas e cognitivas e conflito trabalho/família (fatores negativos). Por outro lado, pessoas mais qualificadas têm maior influência do trabalho, possibilidade de desenvolvimento, apoio social de colegas e comunidade social no trabalho, e menor a insegurança laboral e comportamentos ofensivos. Este resultado é confirmado por outros estudos que relacionam os baixos níveis educacionais a maiores riscos para a saúde e que confirmam não existir correlação com o stress (Asante et al., 2019; Sveinsdottir et al., 2006).

Na hipótese 4 onde é colocada a questão se a categoria profissional influencia a perceção de riscos psicossociais conclui-se que é afirmativo, uma vez que, tal como verificado no capítulo anterior, os enfermeiros se destacam em várias subdimensões. Esta é corroborada por Consiglio (2014) que denota que os enfermeiros também representam a categoria profissional associada às maiores exigências emocionais.

A variação da perceção de riscos psicossociais em função do tipo de vínculo profissional correspondente à hipótese 5 também confirmada, isto é, os trabalhadores em contrato de trabalho sem termo e em funções públicas por tempo indeterminado têm maior perceção de exigências cognitivas e compromisso face ao local de trabalho. Estes resultados são, decerto,

esperados dado que os primeiros são os que garantem maior estabilidade e perspectivas futuras de carreira profissional. Estes resultados estão de acordo com a literatura que relaciona os colaboradores com contrato de trabalho a termo incerto com a maior intenção de abandono derivado, possivelmente, ao maior sentimento de insegurança (Borda & Norman, 1997).

A hipótese 6 relativa à variação da percepção de riscos psicossociais tendo em conta os anos de serviço no HFF é confirmada. Alguns estudos como Spinelli et al. (2016) confirmam que o *burnout* não apresenta correlações com os anos de serviço. Porém, ao contrário do que se verifica no presente estudo, outros autores concluem que quanto maior os anos de serviço, menor o stress, a saúde e maior o *burnout* (Claudino et al., 2024; Sveinsdottir et al., 2006).

No que se refere à hipótese 7, comprova-se que a percepção de riscos psicossociais varia em função da quantidade de horas médias totais de trabalho por semana no HFF dos participantes. Por outro lado, a confirmação da hipótese 8 demonstra que a variação da percepção da quantidade de horas executadas não se cinge aos colaboradores que trabalham apenas no HFF, mas sim aos profissionais que trabalham em diversas instituições. Esta relação entre as longas horas de trabalho e os riscos psicossociais valida a literatura apresentada, pelo que a sua redução poderá ser uma boa medida como demonstrado noutros relatórios (EU-OSHA, 2023; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2023). Há apenas que ter em conta que as medidas adotadas para redução da percepção de riscos e fatores psicossociais em trabalhadores que executam atividade em várias instituições pode não ter os efeitos desejáveis pois estes não se devem a situações e subdimensões exclusivas ao HFF.

6. Conclusões

O propósito deste projeto de investigação nasce com a emergência dos riscos psicossociais que têm vindo a afetar o sistema de saúde português já fragilizado devido à falta de recursos humanos. De forma a honrar o trabalho vital destes profissionais e satisfazer os objetivos propostos neste estudo, identificaram-se os riscos psicossociais que os profissionais do HFF estão mais sujeitos no seu local de trabalho e o perfil/áreas de risco (tendo em conta as características sociodemográficas e socioprofissionais), por forma a que o HFF possa implementar medidas de melhoria e prevenir ou gerir os riscos psicossociais dos seus profissionais. Com esse propósito aplicou-se o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire*, segunda versão (COPSOQ II) (versão média) aos profissionais de saúde no HFF, da autoria de Kristensen et al. (2005).

A análise deste estudo permite obter uma perspetiva algo insatisfatória da perceção dos riscos psicossociais dos profissionais do HFF já que apenas 6 subdimensões se consideram positivas para os trabalhadores. No contexto laboral em análise, os riscos psicossociais que interferem de forma mais negativa na saúde e bem-estar dos trabalhadores inquiridos e, portanto, que necessitam de medidas extremamente urgentes, são as exigências emocionais, cognitivas e ritmo de trabalho. Relativamente às consequências, o *burnout* e o stress são as que mais se destacam. Por outro lado, o facto dos trabalhadores se sentirem seguros face à sua permanência no local de trabalho, o sentimento de pertença, o elevado envolvimento no trabalho, os baixos comportamentos ofensivos, assim como a possibilidade de aprender coisas novas e a definição clara de objetivos, responsabilidades e expectativas do desempenho profissional são recursos protetores predominantes da saúde dos trabalhadores do HFF.

Apesar de não serem as subdimensões com carácter mais urgente, é preciso ter em atenção aquelas que apresentam potencial risco para a saúde dos colaboradores por apresentarem risco elevado e moderado superior à perceção positiva (exigências quantitativas, influência no trabalho, compromisso face ao local de trabalho, previsibilidade, conflitos laborais, apoio social de colegas e superiores, confiança horizontal, justiça e respeito, autoeficácia, satisfação no trabalho, conflito trabalho/família, saúde geral, problemas em dormir, *burnout*, stress e sintomas depressivos) e, portanto, carecem de medidas de melhoria adaptadas, para que no futuro não se tornem um problema para a saúde dos colaboradores.

Relativamente às áreas de risco, verifica-se ainda que de uma forma geral a perceção de fatores e riscos psicossociais varia em função de todas as variáveis estudadas. É assim importante que os gerentes na saúde iniciem estratégias para melhorar as condições de trabalho e reduzir o *burnout* no trabalho, melhorando o bem-estar dos profissionais de saúde.

As situações mais críticas onde a atuação é indispensável correspondem às subdimensões seguintes em:

- Trabalhadores mais jovens por apresentarem maiores exigências quantitativas, ritmo de trabalho, exigências emocionais, conflito trabalho/família e stress e menor influência no trabalho, transparência, autoeficácia e satisfação no trabalho o que pode gerar alguma insatisfação (ter atenção aos colaboradores com maior idade por revelarem menores possibilidades de desenvolvimento);
- Os homens por apresentarem menor perceção de possibilidades de desenvolvimento e previsibilidade;
- Pessoas mais qualificadas por terem menor perceção de transparência do papel laboral desempenhado e saúde geral e maiores as exigências quantitativas e cognitivas e conflito trabalho/família;
- Pessoas com menores habilitações literárias por demonstrarem menor influência do trabalho, possibilidade de desenvolvimento, apoio social de colegas e comunidade social no trabalho, e maior insegurança laboral e comportamentos ofensivos;
- Enfermeiros que se destacam dos demais por demonstrarem maior perceções de exigências quantitativas, cognitivas, emocionais, insegurança laboral, conflito trabalho/família e comportamentos ofensivos;
- Administrativos por terem maior perceção de insegurança laboral e influência do trabalho comparativamente com os técnicos superiores e médicos por demonstrarem maior perceção de insegurança laboral comparativamente com os mesmos;
- Colaboradores em contrato de trabalho sem termo e em funções públicas por tempo indeterminado por terem maior perceção de exigências cognitivas;
- Respondentes que trabalham noutras instituições de saúde para além do HFF por exibirem maior perceção de exigências cognitivas, influência no trabalho, significado do trabalho e conflito trabalho-família;
- Profissionais que trabalham apenas no HFF por afirmarem ter maior perceção de insegurança laboral;
- Pessoas que trabalham em várias instituições para além do HFF por considerarem maior perceção de exigências cognitivas e conflito trabalho/família;
- Trabalhadores que executam uma maior quantidade de horas semanais totais no HFF por manifestarem maiores exigências quantitativas, cognitivas, emocionais e conflito trabalho/família e menor transparência do papel desempenhado e autoeficácia;
- Profissionais com mais horas semanais totais de trabalho nesta e noutras instituições, por revelarem menor previsibilidade, transparência e autoeficácia.

As limitações deste estudo centram-se, num primeiro aspeto, na reduzida taxa de resposta obtida (apenas de 11,13%). Isto aconteceu possivelmente devido ao tempo dispensado nos procedimentos burocráticos de aprovação do estudo no hospital, que obrigou à realização da recolha de dados nos meses de verão, que são tendencialmente mais complicados por existir maior défice de recursos humanos. Esta limitação espelhou-se claramente quando, ao longo do processo de investigação, se constatou que não seria possível fazer a análise da variação da perceção dos fatores e riscos psicossociais em função do departamento/unidades ou quando não foi possível o fazer incluindo todos os tipos de categorias e vínculos profissionais (devido à reduzida dimensão das amostras em algumas das categorias dessas variáveis). Relativamente ao instrumento utilizado, COPSOQ II, verificou-se ainda que as respostas se baseiam em escalas que poderão ser consideradas subjetivas, podendo eventualmente existir respondentes que sejam politicamente corretos e dar a resposta que é socialmente mais aceite, quer de exagerar ou desvalorizar os aspetos questionados tendo em conta o estado de espírito do profissional e a altura em que este preencheu o questionário. Com o objetivo de minimizar o risco de tal acontecer, o questionário foi anónimo e confidencial. Além disso, teria sido interessante e vantajoso analisar outros aspetos socioprofissionais como a execução ou não de turnos já que esta é uma realidade muito presente no ambiente hospitalar e que pode condicionar a perceção de riscos e fatores psicossociais, o que garantiria um valor acrescentado ao atual projeto de investigação.

Como perspetivas futuras, seria desejável a aplicação de outras metodologias como listas de verificação na área estudada, que são ferramentas utilizadas para identificar fatores de risco com base na legislação, no âmbito da segurança e saúde no trabalho (ARSLVT, 2010). Desta forma, seria possível fazer um cruzamento de resultados e propor medidas que não só melhorem o diagnóstico obtido neste estudo sobre os riscos e fatores psicossociais no HFF, como também as questões mais burocráticas e/ou legais relativas a esta área em específico. Seria ainda proveitoso fazer um levantamento de informação junto dos profissionais que trabalham tanto no HFF como em outras instituições privadas, uma vez que têm um meio de comparação, sobre as situações que podem na sua perspetiva ser melhoradas e sugestões de medidas que podem ser aplicadas. Isto permitiria não só entender com maior precisão como podem ser melhoradas as perceções nas diferentes subdimensões, tornando o HFF mais atrativo aos olhos dos profissionais, como também permitir que estes tenham mais influência nas tomadas de decisão (que tal como este estudo concluiu é um fator de potencial risco, a ser melhorado). Dessa forma sugere-se a aplicação deste mesmo questionário algum tempo após a implementação das medidas e posterior comparação de resultados para verificar se de facto se verifica perceções mais positivas para a saúde dos colaboradores, permitindo, assim, uma melhoria contínua.

Referências Bibliográficas

- Amaro, A. D. (2013). A crise e os riscos psicossociais no âmbito de segurança e saúde no trabalho. *Escola Superior de Saúde do Alcoitão*, 569–583.
- ARSLVT. (2010). *Segurança e Saúde no Trabalho - Gestão do Risco Profissional em Estabelecimentos de Saúde. Orientação Técnica n.º 1 - DSP*. https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2020/10/ARS_Manual_Gest_o_Risco_Profissional_pag_a_pag.pdf
- Asante, J. O., Li, M. J., Liao, J., Huang, Y. X., & Hao, Y. T. (2019). The relationship between psychosocial risk factors, burnout and quality of life among primary healthcare workers in rural Guangdong province: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 19(447), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4278-8>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and Work Engagement: The JDR Approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 389–411. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235>
- Beattie, J., Griffiths, D., Innes, K., & Morphet, J. (2019). Workplace violence perpetrated by clients of health care: A need for safety and trauma-informed care. *Journal of clinical nursing*, 28(1–2), 116–124.
- Borda, R. G., & Norman, I. J. (1997). Factors influencing turnover and absence of nurses : a research review. *International Journal of Nursing Studies*, 34(6), 385–394. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(97\)00031-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0020-7489(97)00031-X)
- Brewer, C. S., Chao, Y.-Y., Colder, C. R., Kovner, C. T., & Chacko, T. P. (2015). A structural equation model of turnover for a longitudinal survey among early career registered nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 52(11), 1735–1745. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.017>
- Britt, H. R., Koranne, R., & Rockwood, T. (2017). Statewide improvement approach to clinician burnout: Findings from the baseline year. *Burnout Research*, 7, 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.11.002>
- Bruschini, M. M., Hediger, H., & Busch, A.-K. (2023). Patients' sexual harassment of nurses and nursing students: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 5, 100121. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666142X2300005X>
- Claudino, M., Pinote, S., & Manzano, M. (2024). Avaliação dos Fatores de Risco Psicossociais em Profissionais de Saúde num Centro Hospitalar Central. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*. <https://doi.org/10.31252/RPSO.10.02.2024>

- Clegg, A. (2001). Occupational stress in nursing: a review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 9(2), 101–106. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2001.00216.x>.
- Closser, S., Sultan, M., Tikkanen, R., Singh, S., Majidulla, A., Maes, K., Gerber, S., Rosenthal, A., Palazuelos, D., Tesfaye, Y., Finley, E., Abesha, R., Keeling, A., & Justice, J. (2023). Breaking the silence on gendered harassment and assault of community health workers: An analysis of ethnographic studies. *BMJ Global Health*, 8, 1–12. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-011749>
- Cockburn, W., Milczarek, M., Irastorza, X., & González, E. R. (2012). Management of Psychosocial Risks at Work: An analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER). Em R. R. Houdmont, J., Leka, S. & Sinclair (Ed.), *Contemporary Occupational Health Psychology: Global Perspectives on Research and Practice* (1ª, Vol. 2). <https://doi.org/10.1002/9781119942849.ch10>
- Comissão das Comunidades Europeias. (2007). Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu. *Acordo-Quadro Europeu Sobre Assédio E Violência No Trabalho*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52007DC0686>
- Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego. (2023). *O Assédio no Trabalho*. <https://cite.gov.pt/o-que-e-o-assedio-no-local-de-trabalho->
- Consiglio, C. (2014). Interpersonal strain at work: A new burnout facet relevant for the health of hospital staff. *Burnout Research*, 1, 69–75. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.07.002>
- Cox, T., Griffiths, A., & Cox, S. (1996). *Work-related stress in nursing : Controlling the risk to health* (International Labour Office (ed.)). http://www.ilo.int/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_250097.pdf
- Dandrea, R. J. (2011). Banishing Burnout. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1966524>
- Danziger, E. (1988). Minimize office gossip. *Personnel Journal*, 67, 31–34.
- Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., Thanh, N. X., & Jacobs, P. (2014). How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 14, 325. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-325>
- EU-OSHA. (2000). *Research on work-related stress*. <https://osha.europa.eu/en/publications/report-research-work-related-stress>
- EU-OSHA. (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health - European Risk Observatory Report*.
- EU-OSHA. (2023). Occupational safety and health in Europe-state and trends 2023. Em 2023. <https://osha.europa.eu/en/publications/occupational-safety-and-health-europe-state-and-trends-2023>
- Eurobarómetro. (2022). *Portugal: Tomar o pulso à SST, 2022: A SST nos locais de trabalho*

- pós-pandemia*. https://osha.europa.eu/sites/default/files/fl_fact_PT_pt.pdf
- Fan, J. K., Mustard, C., & Smith, P. M. (2019). Psychosocial Work Conditions and Mental Health: Examining Differences Across Mental Illness and Well-Being Outcomes. *Annals of Work Exposures and Health*, 63(5), 546–559. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxz028>
- Ferreira, M., Lopes, A., Guimarães, M., & Barros, H. (2018). A Carreira Médica e os Fatores Determinantes da Saída do Serviço Nacional de Saúde. *Acta Médica Portuguesa*, 31(9), 483–488. <https://doi.org/10.20344/amp.10121>
- Ferreira, P. L., & Passadouro, R. (2020). Public health: The voice of professionals. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(3), 177–183. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz124>
- Fitzgerald, L., Swan, S., & Magley, V. (1997). But was it really sexual harassment?: Legal, behavioral, and psychological definitions of the workplace victimization of women. Em W. O'Donohue (Ed.), *Sexual harassment: Theory, research, and treatment* (pp. 5–28). Allyn & Bacon.
- Fnaiss, N., Soobiah, C., Chen, M. H., Lillie, E., Perrier, L., Tashkhandi, M., Straus, S. E., Mamdani, M., Al-Omran, M., & Tricco, A. C. (2014). Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Academic Medicine*, 89(5), 817–827.
- Freudenberg, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.
- Fundação José Neves. (2022). *Um em cada cinco portugueses sofre de uma perturbação mental*. <https://www.joseneves.org/artigo/um-em-cada-cinco-portugueses-sofre-de-uma-perturbacao-mental>
- Georganta, K., Panagopoulou, E., & Montgomery, A. (2014). Talking behind their backs: Negative gossip and burnout in Hospitals. *Burnout Research*, 1(2), 76–81. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.07.003>
- Geuens, N., Braspenning, M., Bogaert, P. V., & Franck, E. (2015). Individual vulnerability to burnout in nurses: The role of Type D personality within different nursing specialty areas. *Burnout Research*, 2, 80–86. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2015.05.003>
- Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28(3), 585–598. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006710>
- Gollac, M., & Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser (Relatório do Collège d'Expertise sur le Suivi des Risques Psychosociaux au Travail)*.
- Gottlieb, B. H., Kelloway, E. K., & Martin-Matthews, A. (1996). Predictors of Work-Family Conflict, Stress, and Job Satisfaction among Nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*, 28(2), 99–117.

- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: test of a theory, *Organizational Behaviour and Human Performance*, 16(2), 250–279. http://web.mit.edu/curhan/www/docs/Articles/15341_Readings/Group_Performance/Hackman_et_al_1976_Motivation_thru_the_design_of_work.pdf
- HFF. (2023). *Relatório e Contas 2022*. <https://hff.min-saude.pt/wp-content/uploads/Relatório-e-Contas-2022.pdf>
- Hickson, G. B., Pichert, J. W., Webb, L. E., & Gabbe, S. G. (2007). A complementary approach to promoting professionalism: identifying, measuring, and addressing unprofessional behaviors. *Academic Medicine*, 82(11), 1040–1048.
- Hill, D. C., Moss, R. H., Sykes-Muskett, B., Conner, M., & O'Connor, D. B. (2018). Stress and eating behaviors in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *Appetite*, 123, 14–22.
- International Labour Organisation. (2016). Psychosocial Risks , Stress and Violence. *International Journal of Labour Research*, 8(1–2), 1–127.
- International Labour Organisation. (2022). *Joint Programme Launches New Initiative Against Workplace Violence in the Health Sector*. Geneva: ILO. https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_007817/lang-en/index.htm
- João, A. L., Vicente, C., & Portelada, A. (2023). Impact and prevalence of workplace bullying in Portuguese nursing settings. *Revista de Enfermagem Referencia*, 6(2), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RVI22059>
- Jonge, J. d., Janssen, P. P. M., & Van Breukelen, G. J. P. (1996). Testing the demand-control-support model among health-care professionals: A structural equation model. *Work and Stress*, 10(3), 209–224. <https://doi.org/10.1080/02678379608256801>
- Kloimüller, I., Karazman, R., Geissler, H., Karazman-Morawetz, I., & Haupt, H. (2000). The relation of age, work ability index and stress-inducing factors among bus drivers. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 25(5), 497–502. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0169-8141\(99\)00035-9](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0169-8141(99)00035-9)
- Kraus, T., Dixe, M. dos A., Pais, R., Theorell, T., Gaspar, P., & Lopes, M. da S. (2023). Validation of the Demand Control Support Questionnaire for European Portuguese. *Portuguese Journal of Public Health*, 41(3), 188–197. <https://doi.org/10.1159/000534474>
- Kristensen, T., Hannerz, H., Høgh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire—a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 31(6), 438–449.
- Kurland, N. B., & Pelled, L. H. (2000). Passing the word: Toward a model of gossip and power in the workplace. *Academy of Management Review*. *Academy of Management Review*, 25(2), 428–438.

- Lee, R. T., Seo, B., Hladkyj, S., Lovell, B. L., & Schwartzmann, L. (2013). Correlates of physician burnout across regions and specialties: A meta-analysis. *Human Resources for Health*, 11(48). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-48>
- Li, P., Xing, K., Qiao, H., Fang, H., Ma, H., Jiao, M., ..., & Liu, M. (2018). Psychological violence against general practitioners and nurses in Chinese township hospitals: incidence and implications. *Health and quality of life outcomes*, 16(117). <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0940-9>
- Maghraby, R. A., Elgibaly, O., & El-Gazzar, A. F. (2020). Workplace sexual harassment among nurses of a university hospital in Egypt. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 25(100519). <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877575620301427>
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. P. (2016). Learned helplessness at fifty: insights from neuroscience. *Psychological Review*, 123(4), 349–367.
- McNamara, R. M., Whitley, T. W., Sanders, A. B., & Andrew, L. B. (1995). The Extent and Effects of Abuse and Harassment of Emergency Medicine Residents. *Academic Emergency Medicine*, 2(4), 293–301. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1995.tb03225.x>
- Meier, L. L., Tschudi, P., Meier, C. A., Dvorak, C., & Zeller, A. (2015). When general practitioners don't feel appreciated by their patients: Prospective effects on well-being and work-family conflict in a swiss longitudinal study. *Family Practice*, 32(2), 181–186. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu079>
- Mento, C., Silvestri, M. C., Bruno, A., Muscatello, M. R. A., Cedro, C., Pandolfo, G., & Zoccali, R. A. (2020). Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 51(101381).
- Ministério da Saúde. (2024). *Plano de Emergência da Saúde- Um Plano de Emergência e Transformação*. <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc24/comunicacao/documento?i=plano-de-emergencia-e-transformacao-na-saude>
- Molen, H. F. V. D., Nieuwenhuijsen, K., Frings-Dresen, M. H. W., & De Groene, G. (2020). Work-related psychosocial risk factors for stress-related mental disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 10(7), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034849>
- Moreira, A. S., & de Lucca, S. R. (2020). Psychosocial factors and burnout syndrome among mental health professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 1–11. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4175.3336>
- Morgeson, F. P., & Humphrey, S. E. (2006). The Work Design Questionnaire (WDQ): Developing and validating a comprehensive measure for assessing job design and the nature of work. *Journal of Applied Psychology*, 91(6), 1321–1339. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.91.6.1321>

- Morrison, E. W. (2014). Employee Voice and Silence. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 173–197. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091328>
- Nelson, K., Boudrias, J. S., Brunet, L., Morin, D., De Civita, M., Savoie, A., & Alderson, M. (2014). Authentic leadership and psychological well-being at work of nurses: The mediating role of work climate at the individual level of analysis. *Burnout Research*, 1(2), 90–101. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.08.001>
- Neto, H. V. (2014). Riscos psicossociais: conceptualização e dimensões analíticas. Em *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho* (pp. 24–47). Civeri Publishing.
- O'Connor, D. B., Thayer, J. F., & Vedhara, K. (2021). Stress and Health: A Review of Psychobiological Processes. *Annual Review of Psychology*, 72, 663–688. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-062520-122331>
- OECD. (2022). *Health at a Glance: Europe 2022 - State of Health in the EU Cycle*. <https://doi.org/10.1787/2c161b2a-en>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2023). *Prosperidade e Sustentabilidade das Organizações - Relatório do Custo do Stresse e dos Problemas de Saúde Psicológica no Trabalho, em Portugal*.
- Organización Internacional del Trabajo. (1984). *Factores psicossociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención*. Ginebra: OIT.
- Osman, S. L. (2004). Victim Resistance: Theory and Data on Understanding Perceptions of Sexual Harassment. *Sex Roles*, 50(3), 267–275.
- Pejtersen, J. H., Kristensen, T. S., Borg, V., & Bjorner, J. B. (2010). The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II). *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(3), 8–24. <https://doi.org/10.1177/1403494809349858>
- Peterson, N. A., & Zimmerman, M. A. (2004). Beyond the Individual : Toward a Nomological Network of Organizational Empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 34(1–2), 129–145. <https://doi.org/10.1023/B:AJCP.0000040151.77047.58>
- Phillips, J. P. (2016). Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. *New England Journal of Medicine*, 374(17), 1661–9. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1501998>
- Portoghese, I., Galletta, M., Leiter, M. P., Cocco, P., D'Aloja, E., & Campagna, M. (2017). Fear of future violence at work and job burnout: A diary study on the role of psychological violence and job control. *Burnout Research*, 7, 36–46. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.11.003>
- Sahraian, A., Davidi, F., Bazrafshan, A., & Javadpour, A. (2013). Occupational Stress among Hospital Nurses: Comparison of Internal, Surgical, and Psychiatric Wards. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 1(4), 182–190.

- Samra, R., & Hankivsky, O. (2021). Adopting an intersectionality framework to address power and equity in medicine. *Lancet*, 397(10277), 857–859. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32513-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32513-7)
- Schectman, J. M., & Plews-Ogan, M. L. (2006). Physician perception of hospital safety and barriers to incident reporting. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32(6), 337–43. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(06\)32043-0](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(06)32043-0)
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and health: Psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 607–628. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141>
- Silva, C., Amaral, V., Pereira, A. C., Bem-haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., Cotrim, T., Silvério, J., & Nossa, P. (2011). Copenhagen Psychosocial Questionnaire II: Portugal e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Aveiro: Departamento de Educação, Universidade de Aveiro.
- Slavich, G. M. (2020). Social Safety Theory: A Biologically Based Evolutionary Perspective on Life Stress, Health, and Behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 265–295. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045159>
- SNS, & MS. (2018). *Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional da Saúde*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatório-Social-MS_SNS-2018-002.pdf
- Soler, J. K., Yaman, H., Esteva, M., Dobbs, F., Asenova, R. S., Katic, M., Ozvacic, Z., Desgranges, J. P., Moreau, A., Lionis, C., Kotányi, P., Carelli, F., Nowak, P. R., Azeredo, Z. de A. S., Marklund, E., Churchill, D., & Ungan, M. (2008). Burnout in European family doctors: The EGPRN study. *Family Practice*, 25(4), 245–265. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn038>
- Søvdold, L. E., Naslund, J. A., Kousoulis, A. A., Saxena, S., Qoronfleh, M. W., Grobler, C., & Münter, L. (2021). Prioritizing the Mental Health and Well-Being of Healthcare Workers : An Urgent Global Public Health Priority. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.679397>
- Spinelli, W. M., Fernstrom, K. M., Galos, D. L., & Britt, H. R. (2016). Extending our understanding of burnout and its associated factors: Providers and staff in primary care clinics. *Evaluation & the Health Professions*, 39(3), 282–298.
- Sveinsdottir, H., Biering, P., & Ramel, A. (2006). Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 875–889. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.11.002>
- Tetrick, L. E., & Winslow, C. J. (2015). Workplace Stress Management Interventions and Health Promotion. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational*

- Behavior*, 2, 583–603. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032414-111341>
- Tomiyama, A. J. (2019). Stress and obesity. *Annual Review of Psychology*, 70, 703–718. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102936>
- Tsiga, E., Panagopoulou, E., & Montgomery, A. (2017). Examining the link between burnout and medical error: A checklist approach. *Burnout Research*, 6, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.02.002>
- Vala, J., Pinto, A. M., Moreira, S., Lopes, R. C., & Januário, P. (2017). Burnout na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas Relatório Final. *Ordem dos Médicos*, 294. <https://ordemdosmedicos.pt/estudo-burnout-na-classe-medica-em-portugal-perspetivas-psicologicas-e-psicossociologicas/>
- Vilas-Boas, M., & Cerqueira, A. (2017). Assessing stress at work: The Portuguese version of the Job Content Questionnaire. *Avaliação Psicológica*, 16(1), 70–77. <https://doi.org/10.15689/ap.2017.1601.08>
- Vorderwülbecke, F., Feistle, M., Mehring, M., Schneider, A., & Linde, K. (2015). Aggression and violence against primary care physicians - a nationwide questionnaire survey. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(10), 159–165. <https://doi.org/10.1055/s-0034-13238>
- Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: A missing quality indicator. *Lancet*, 374(9702), 1714–1721. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61424-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61424-0)
- Weber, T., Hurley, J., Mandl, I., Bisello, M., & Vacas-Soriano, C. (2020). *Labour market change: Trends and policy approaches towards flexibilisation*. <https://www.eurofound.europa.eu/system/files/2020-04/ef19034en.pdf>
- World Health Organisation. (2022). *Preventing Violence Against Health Workers*. <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>

Anexos

Anexo A – Questionário aplicado aos profissionais de saúde do HFF

ISCTE  **Instituto Universitário de Lisboa**

O presente inquérito, realizado no âmbito do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE, tem por objetivo avaliar os riscos psicossociais a que os profissionais de saúde estão expostos diariamente de forma a identificar áreas de risco e propor um plano de melhorias.

Solicita-se que responda a todas as questões. Deverá apresentar respostas espontâneas e verdadeiras, que se adequem ao máximo à sua situação atual.

A resposta a este inquérito demora cerca de 6 minutos. O presente inquérito é anónimo e confidencial.

Em caso de dúvidas poderá contactar a Investigadora Principal, Catarina Cardoso, através do contato telefónico 964896823 ou pelo endereço eletrónico catarinapcardoso@gmail.com

A sua colaboração é essencial, por isso contamos consigo!
Obrigado.



ISCTE  **Instituto Universitário de Lisboa**

Declaro ter lido e compreendido a informação que me foi fornecida.

- ☐ Aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que forneço de forma voluntária, confiando que apenas serão utilizadas para esta Investigação e de acordo com as garantias de confidencialidade e anonimato que são indicadas.
- ☐ Não aceito participar neste estudo.



ISCTE  **Instituto Universitário de Lisboa**

Parte I - Dados Pessoais e Profissionais



Idade

Género

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Não Binário

Habilitações Literárias

- ☐ 1ºciclo
- ☐ 2ºciclo
- ☐ 3ºciclo
- ☐ Ensino Secundário
- ☐ Curso Profissional
- ☐ Ensino Superior



Categoria profissional

- ☐ Administrativos
- ☐ Auxiliares
- ☐ Dirigentes
- ☐ Educadores de Infância
- ☐ Enfermeiros
- ☐ Informáticos
- ☐ Médicos Internos
- ☐ Médicos
- ☐ Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica
- ☐ Técnicos Superiores
- ☐ Técnicos Superiores de Saúde

Vínculo profissional

- ☐ Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado
- ☐ Contrato de Trabalho em Funções Públicas a Termo Resolutivo Certo
- ☐ Contrato de Trabalho em Funções Públicas a Termo Resolutivo Incerto
- ☐ Contrato de Trabalho Sem Termo
- ☐ Contrato de Trabalho a Termo Certo
- ☐ Contrato de Trabalho a Termo Incerto
- ☐ Mobilidade/Cedência
- ☐ Comissão de Serviço
- ☐ Prestação de Serviços

Serviços/Unidades Hospitalares

- | | | | |
|---|--|---|--|
| ☐ Anatomia Patológica | ☐ Equipa Gestão de Camas e Altas | ☐ Medicina Interna 1 | ☐ Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência |
| ☐ Anestesiologia | ☐ Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos | ☐ Medicina Interna 2 | ☐ Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos |
| ☐ Arquivo Clínico | ☐ Esterilização | ☐ Medicina Interna 3 | ☐ Qualidade e Segurança |
| ☐ Auditoria e Codificação Clínica | ☐ Farmácia | ☐ Medicina Interna 4 | ☐ Receção |
| ☐ Auditoria Interna | ☐ Formação e Ensino | ☐ Nefrologia | ☐ Recursos Humanos |
| ☐ Bloco Operatório | ☐ Gabinete Jurídico | ☐ Neonatologia | ☐ Sangue e Medicina Transfusional |
| ☐ Cardiologia | ☐ Gastroenterologia | ☐ Neurologia | ☐ Saúde Ocupacional |
| ☐ Central Telefónica | ☐ Gestão de Doentes | ☐ Neurorradiologia | ☐ Secretaria Geral |
| ☐ Cirurgia Geral | ☐ Gestão Financeira | ☐ Nutrição e Dietética | ☐ Serviço Religioso |
| ☐ Cirurgia Maxilo-Facial | ☐ Gestão Hoteleira | ☐ Obstetria | ☐ Serviço Social |
| ☐ Cirurgia Pediátrica | ☐ Ginecologia | ☐ Oftalmologia | ☐ Sistemas de Informação |
| ☐ Cirurgia Plástica e Reconstructiva | ☐ Hospital Dia Polivalente | ☐ Oncologia | ☐ UCIC |
| ☐ Compras e Logística | ☐ Hospitalização Domiciliária | ☐ Ortopedia | ☐ UCIEP |
| ☐ Comunicação e Informação | ☐ Imagiologia | ☐ Otorrinolaringologia | ☐ ULGA/Central de Agendamento |
| ☐ Conselho de Administração | ☐ Imunoalergologia | ☐ Patologia Clínica | ☐ Unidade da Dor |
| ☐ Conselho Fiscal | ☐ Infeciologia | ☐ Pediatria | ☐ Unidade de AVC |
| ☐ Consulta Externa | ☐ Instalações e Equipamentos | ☐ Planeamento e Controlo de Gestão | ☐ Unidade Integrada de Diabetes |
| ☐ Dermatologia | ☐ Internato Médico | ☐ Pneumologia | ☐ Urgência Básica |
| ☐ Direcção Clínica | ☐ Medicina Desportiva | ☐ PPCIRA | ☐ Urgência Geral |
| ☐ Direcção de Enfermagem | ☐ Medicina Física e de Reabilitação | ☐ Produção | ☐ Urgência Obstétrica e Ginecológica |
| ☐ Endocrinologia | ☐ Medicina Intensiva | ☐ Psicologia | ☐ Urgência Pediátrica |



Anos de serviço no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca:

Só trabalha neste hospital?

- ☐ Sim
☐ Não

Quantas horas totais trabalha em média por semana no HFF?

Quantas horas totais trabalha em média por semana?

Parte II - Riscos e Fatores Psicossociais

A. Das seguintes afirmações assinale a opção que mais se adequa à sua situação atual.

	Nunca/ Quase Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. A sua carga de trabalho acumula-se por ser mal distribuída?	☐	☐	☐	☐	☐

2. Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Precisa fazer horas-extra?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Precisa trabalhar muito rapidamente?	☐	☐	☐	☐	☐
5. O seu trabalho exige a sua atenção constante?	☐	☐	☐	☐	☐
6. O seu trabalho requer que seja bom a propor novas ideias?	☐	☐	☐	☐	☐
7. O seu trabalho exige que tome decisões difíceis?	☐	☐	☐	☐	☐
8. O seu trabalho exige emocionalmente de si?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Tem um elevado grau de influência no seu trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Participa na escolha das pessoas com quem trabalha?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Pode influenciar a quantidade de trabalho que lhe compete a si?	☐	☐	☐	☐	☐
12. Tem alguma influência sobre o tipo de tarefas que faz?	☐	☐	☐	☐	☐
13. O seu trabalho exige que tenha iniciativa?	☐	☐	☐	☐	☐
14. O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas?	☐	☐	☐	☐	☐
15. O seu trabalho permite-lhe usar as suas habilidades ou perícias?	☐	☐	☐	☐	☐
16. No seu local de trabalho, é informado com antecedência sobre decisões importantes, mudanças ou planos para o futuro?	☐	☐	☐	☐	☐
17. Recebe toda a informação de que necessita para fazer bem o seu trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
18. O seu trabalho apresenta objetivos claros?	☐	☐	☐	☐	☐
19. Sabe exatamente quais as suas responsabilidades?	☐	☐	☐	☐	☐
20. Sabe exatamente o que é esperado de si?	☐	☐	☐	☐	☐
21. O seu trabalho é reconhecido e apreciado pela gerência?	☐	☐	☐	☐	☐
22. A gerência do seu local de trabalho respeita-o?	☐	☐	☐	☐	☐
23. É tratado de forma justa no seu local de trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
24. Faz coisas no seu trabalho que uns concordam mas outros não?	☐	☐	☐	☐	☐
25. Por vezes tem que fazer coisas que deveriam ser feitas de outra maneira?	☐	☐	☐	☐	☐
26. Por vezes tem que fazer coisas que considera desnecessárias?	☐	☐	☐	☐	☐
27. Com que frequência tem ajuda e apoio dos seus colegas de trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Com que frequência os seus colegas estão dispostos a ouvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
29. Com que frequência os seus colegas falam consigo acerca do seu desempenho laboral?	☐	☐	☐	☐	☐
30. Com que frequência o seu superior imediato fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
31. Com que frequência tem ajuda e apoio do seu superior imediato?	☐	☐	☐	☐	☐
32. Com que frequência é que o seu superior imediato fala consigo em relação ao seu desempenho laboral?	☐	☐	☐	☐	☐
33. Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas?	☐	☐	☐	☐	☐

34. Existe uma boa cooperação entre os colegas de trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
35. No seu local de trabalho sente-se parte de uma comunidade?	☐	☐	☐	☐	☐



B. Em relação à sua chefia directa até que ponto considera que...

	Nunca/ Quase Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Dá prioridade à satisfação no trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
3. É bom no planeamento do trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
4. É bom a resolver conflitos?	☐	☐	☐	☐	☐



C. Em relação ao seu trabalho como um todo até que ponto considera que...

	Nunca/ Quase Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. Os funcionários ocultam informações uns dos outros?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Os funcionários ocultam informação à gerência?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Os funcionários confiam uns nos outros de um modo geral?	☐	☐	☐	☐	☐
4. A gerência confia nos seus funcionários para fazerem o seu trabalho bem?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Confia na informação que lhe é transmitida pela gerência?	☐	☐	☐	☐	☐
6. A gerência oculta informação aos seus funcionários?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Os conflitos são resolvidos de uma forma justa?	☐	☐	☐	☐	☐
8. As sugestões dos funcionários são tratadas de forma séria pela gerência?	☐	☐	☐	☐	☐
9. O trabalho é igualmente distribuído pelos funcionários?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Sou sempre capaz de resolver problemas, se tentar o suficiente.	☐	☐	☐	☐	☐

11. É-me fácil seguir os meus planos e atingir os meus objetivos.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

← →

D. Motivação

	Nada/ Quase Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. O seu trabalho tem algum significado para si?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sente que o seu trabalho é importante?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Sente-se motivado e envolvido com o seu trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Gosta de falar com os outros sobre o seu local de trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sente que os problemas do seu local de trabalho são seus também?	☐	☐	☐	☐	☐

← →

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

	Nada/ Quase Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. As suas perspetivas de trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
2. As condições físicas do seu local de trabalho?	☐	☐	☐	☐	☐
3. A forma como as suas capacidades são utilizadas?	☐	☐	☐	☐	☐
4. O seu trabalho de uma forma global?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sente-se preocupado em ficar desempregado?	☐	☐	☐	☐	☐

Em geral, sente que a saúde é:

	Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Deficitária
Clique para escrever a declaração 1	☐	☐	☐	☐	☐

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

	Nada/ Quase Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Sente que o seu trabalho lhe exige muita energia que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sente que o seu trabalho lhe exige muito tempo que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?	☐	☐	☐	☐	☐
3. A sua família e os seus amigos dizem-lhe que trabalha demais?	☐	☐	☐	☐	☐



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

	Nunca/ Quase Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. Dificuldade a adormecer?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguia adormecer novamente?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Fisicamente exausto?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Emocionalmente exausto?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Irritado?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ansioso?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Triste?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Falta de interesse por coisas quotidianas?	☐	☐	☐	☐	☐



H. Nos últimos 12 meses, no seu local de trabalho:

	Nunca/ Quase Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. Tem sido alvo de insultos ou provocações verbais?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tem sido exposto a assédio sexual indesejado?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tem sido exposto a ameaças de violência?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Tem sido exposto a violência física?	☐	☐	☐	☐	☐

Agradecemos a sua participação neste inquérito.
A sua resposta foi registada.

Anexo B – Aprovação da realização do estudo por parte do Conselho de Administração

RE: Pedido de autorização ao CA

Luís Gouveia <luis.gouveia@hff.min-saude.pt>

seg, 26/02/2024 07:25

Para: Paula Madaleno <pc.madaleno@hff.min-saude.pt>

Cc: Comissão de Ética <comissaoetica@hff.min-saude.pt>; Unidade de Investigação Clínica <uic@hff.min-saude.pt>; Sergio Baptista <sergio.b.baptista@hff.min-saude.pt>

 1 anexos (1 MB)

Estudo.pdf;

Boa tarde,

Está autorizada a realização do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Luís Gouveia

Presidente do Conselho de Administração



 sns.gov.pt



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA, E.P.E.

IC 19 - Venteira

2720-276 Amadora | Portugal

Tel.: | Tlm: | Geral/Fax: 214 348 200 / 214 345 566

Anexo C – Aprovação da Comissão de Ética



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
AMADORA / SINTRA

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Nº de identificação de registo 032/2024

TIPO DE ESTUDO: ESTUDO CLÍNICO

"Avaliação dos fatores e riscos psicossociais nos profissionais de saúde do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E."

Após reunião, a 20 de Março de 2024, tendo pareceres favoráveis da UIC (Unidade de Investigação Clínica) e do EPD (Encarregado da Proteção de Dados) estando, a documentação entregue, de acordo com as normas de submissão impostas por esta CE, deliberou-se emitir parecer favorável.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde – Amadora /Sintra a 20 de Março de 2024:

Presidente	Dr. José Tomé
Vice-presidente	Enf.ª Sónia Semião
Vogais	Dra. Ana Paula Silva Dr. Vasco Rodrigues Dra. Ana Miranda Dra. Andrea Furtado TSDT Rafael Bernardo

Mais se declara que a Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde – Amadora/Sintra, cumpre com as Normas da Boa Prática Clínica.

Pelo exposto, emitiu-se a 20 de Março de 2024, **Parecer Favorável**.

O Presidente da Comissão de Ética

Dr. José Pedro Boléo-Tomé

HOSPITAL PROFESSOR
DOUTOR FERNANDO FONSECA, E.P.E.
NIF: 503 035 416

Anexo D – Aprovação da Unidade de Investigação Clínica



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
AMADORA / SINTRA



PARECER DA UIC
(Unidade de Investigação Clínica)
Estudos Observacionais

W

Identificação do estudo:

"Avaliação dos fatores e riscos psicossociais nos profissionais de saúde do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E."

Investigador/a Principal: Catarina Cardoso

ISCTE
Serviço: ENSP/ULSASI

Receção da documentação: 22/02/2024

Parecer favorável.
Não a sinalizar.

Projecto a sinalizar Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, justifique: _____

Data do Parecer: 22 / 02 / 2024

Coordenador Dr. Sérgio Baptista

Vogais

Bl: 47/2022

Dr.ª Catarina Favas

Dr.ª Marta Vaz

Dr. Frederico Batista

Enfa. Josefina Vicente

Adm. Isabel Nascimento

Dr. David Roque

Dr. João Augusto

Dr.ª Patrícia Martins

Enf.ª Edgar Pires

Técnica Sara Marques

Elemento da UIC

Sérgio Baptista

Anexo E – Pedido de autorização de utilização do COPSQ II



Catarina Cardoso <catarinapcardoso@gmail.com>

Questionário COPSQ

Catarina Cardoso <catarinapcardoso@gmail.com>
Para: csilva@ua.pt

3 de abril de 2024 às 18:29

Boa tarde,

Na qualidade de aluna do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE, solicito autorização para utilizar o COPSQ na minha dissertação de mestrado cujo tema incidirá no estudo dos riscos psicossociais. Gostaria ainda de questionar se é possível facultar a aplicação informática para trabalhar os dados.

Aguardo a sua resposta.
Muito obrigada.

Com os melhores cumprimentos,
Catarina Cardoso



Catarina Cardoso <catarinapcardoso@gmail.com>

Questionário COPSQ

Carlos Silva <csilva@ua.pt>
Para: Catarina Cardoso <catarinapcardoso@gmail.com>

3 de abril de 2024 às 18:44

Boa tarde

Pode usar, sim.

A plataforma é da Ordem dos psicólogos, na área pessoal dos psicólogos, em Instrumentos.

Carlos Fernandes

[Citação oculta]

Anexo F – Coeficientes de Correlação (Correlação de Spearman)

	Correlações				
	Idade	Habilitações Literárias	Anos de serviço no HFF	Horas médias de trabalho por semana no HFF	Horas médias totais de trabalho por semana
Exigências quantitativas	-,172**	,191**	-0,070	,323**	0,136
Ritmo de trabalho	-,126*	0,021	-0,038	0,024	-0,153
Exigências cognitivas	-0,098	,336**	0,071	,271**	0,200
Exigências emocionais	-,131*	0,065	-0,023	,188**	0,213
Influência no trabalho	,152*	,221**	,271**	,180**	0,143
Possibilidades de desenvolvimento	-,160*	,295**	-0,072	,134*	-0,065
Previsibilidade	0,061	-0,028	-0,024	-0,087	-,262*
Transparência do papel laboral desempenhado	,206**	-,138*	0,105	-,139*	-,298*
Recompensas	0,042	-0,004	-0,066	-0,098	-0,229
Conflitos laborais	-0,107	0,027	-0,007	0,091	0,025
Apoio social de colegas	-0,064	,179**	-0,124	-0,031	-0,137
Apoio social de superiores	-0,056	0,011	-0,079	-0,008	-0,229
Comunidade social no trabalho	0,069	,174**	-0,036	0,031	-0,077
Qualidade da liderança	0,044	0,033	0,039	-0,011	-0,217
Confiança horizontal	0,008	-0,121	0,081	-0,007	0,008
Confiança vertical	0,044	0,031	-0,055	-0,019	-0,050
Justiça e respeito	0,067	0,084	-0,069	-0,035	-0,062
Auto-eficácia	,209**	-0,101	,143*	-,181**	-,379**
Significado do trabalho	0,041	0,093	-0,117	0,020	-0,095
Compromisso face ao local de trabalho	0,090	0,106	-0,049	,153*	0,107
Satisfação no trabalho	,129*	-0,098	-0,059	-0,091	-0,173
Insegurança laboral	0,088	-,309**	-0,033	-,235**	-0,036
Saúde geral	-0,046	-,145*	0,015	-0,022	0,162
Conflito trabalho/família	-,274**	,243**	-0,096	,358**	0,065
Problemas em dormir	0,076	-0,110	0,079	-0,062	-0,057
Burnout	-0,127	-0,049	-0,035	0,062	0,157
Stress	-,164*	0,005	-0,055	0,036	0,051
Sintomas depressivos	-0,027	-0,012	0,042	0,120	0,171
Comportamentos ofensivos	-0,036	-,168**	0,053	-0,057	0,099

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)