

TESIS DOCTORAL

CAPACIDAD DE TRABAJO Y FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN PROFESIONALES DE LA SALUD

Cristina Sofia Reis dos Santos

Departamento de Psicología y Antropología

2017



TESIS DOCTORAL

CAPACIDAD DE TRABAJO Y FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN PROFESIONALES DE LA SALUD

Cristina Sofia Reis dos Santos

Conformidad de los directores:

Florencio Vicente Castro

Susana Sánchez Herrera

2017

Dedicatória

٠.

Ao meu querido Pai, pelo amor que me deu e que eu nunca esquecerei.

À minha querida Mãe pela sua bondade, compreensão, carinho e por tudo o que tem feito por mim.

Ao meu irmão pelo seu enorme coração e por todo o seu grande apoio.

Aos meus tios (as) e primos (as) pelo incentivo, apoio e sentimento de família.

Ao meu amigo José Carvalho pelas suas palavras de encorajamento, carinho e de grande amizade.

Aos meus amigos pela amizade que nos une.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Senhor Professor Doutor Florencio Vicente de Castro pela motivação, compreensão e ânimo que transmitiu ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

À Professora Doutora Margarida Pocinho pela partilha dos seus saberes e pela sua amizade.

Aos meus colegas profissionais de saúde, que me auxiliaram, na recolha de dados.

A todos os profissionais que contribuíram neste estudo, o meu Muito Obrigada.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.	45
Motivação do autor	46
Interesse do estudo	
PARTE I - MARCO TEÓRICO	49
CAPITULO 1 - IDADE E TRABALHO	51
1.1. Alterações Sociodemográficas da População	51
1.2. Consequências do Envelhecimento da População	52
1.3. Envelhecimento e Trabalho	53
CAPITULO 2 - CAPACIDADE PARA O TRABALHO	57
2.1. Conceito de Capacidade para o Trabalho	57
2.2. Capacidade para o Trabalho e Idade	62
2.3. Capacidade para o Trabalho	65
CAPITULO 3- DETERMINANTES DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO	75
3.1. Aspetos Sociodemográficos	75
3.2 Estilos de Vida	77
3.3 A Saúde e a Capacidade de Trabalho	78
3.4 Trabalho	81
CAPITULO 4 - FATORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO	85
4.1. Conceito de Fatores de Risco Psicossociais	85
4.2. Consequências Físicas e Mentais dos Fatores de Risco Psicossociais no Local de Trabalho.	87
4.3. Stress no Trabalho	91
A.A. Sindroma da Burnout	03

4.5. Bullying, Moobing, Assédio no trabalho	96
4.6. Prevenção e a Promoção da Saúde e do bem-estar no Contexto Laboral ou Avalia de Riscos Psicossociais	,
CAPITULO 5 - COPENHAGEN PSYCHOSOCIAL QUESTIONNAIRE	103
CAPITULO 6 - O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	
CAPITULO 7 – METODOLOGIA	117
7.1. Objetivos	117
7.2. Desenho da Investigação	118
7.3. Hipóteses	119
7.4. População e Amostra	119
7.5. Instrumentos para Recolha de Dados	120
7.6 - Procedimentos de Recolha de Dados	122
7.7. Tratamento Estatístico dos Dados	123
CAPITULO 8 – RESULTADOS	127
8.1 Análise Psicométrica dos Instrumentos	127
8.2. Caracterização sociodemográfica	131
8.3. Índice de Capacidade para o Trabalho	135
8.4. Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)	148
8.5. Entrevista Semiestruturada	154
CAPITULO 9 – DISCUSSÃO	171
CAPITULO 10 – CONCLUSÕES	187
CONSIDERAÇÕES FINAIS	193

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	195
ANEXOS	209
Tabela 1: Subescalas das versões do COPSOQ	
Tabela 2: Valores de Referência do COPSOQ	111
Tabela 3: Tamanho da amostra de acordo com as recomendações COSMIN	120
Tabela 4: Escalas e subescalas do COPSOQ	129
Tabela 5: Estudo da consistência interna COPSOQ II	130
Tabela 6: Distribuição por grupo etário e género	132
Tabela 7: Distribuição por estado civil e género	132
Tabela 8 : Caracterização das habilitações literárias e género	133
Tabela 9: Distribuição da antiguidade e género	133
Tabela 10: Distribuição da categoria profissional e género	134
Tabela 11: Distribuição do local de trabalho e género	134
Tabela 12: Caracterização do vínculo e género	135
Tabela 13: Caracterização do Índice de Capacidade para o Trabalho	136
Tabela 14: Classificação do ICT	137
Tabela 15: Classificação do ICT em função da faixa etária	138
Tabela 16: Distribuição dos valores do ICT em função do género	139
Tabela 17: Distribuição dos valores do ICT em função do estado civil	139
Tabela 18: Distribuição dos valores do ICT em função das habilitações literárias	140
Tabela 19: Distribuição dos valores do ICT em função da categoria profissional	140
Tabela 20: Classificação do ICT em função da categoria profissional	141
Tabela 21: Classificação do ICT em função do local de trabalho (unidade)	142
Tabela 22: Distribuição das doenças, ou lesões com diagnóstico médico, mais frequentes	145
Tabela 23: Distribuição da perceção acerca das doenças, ou lesões mais frequentes	146
Tabela 24: Classificação das subescalas do COPSOQ (n=309)	149
Tabela 25: Diferenças dos riscos psicossociais por género	152
Tabela 26: Correlação entre as subescalas do COPSOQ e ICT	154
Tabela 27: Categorias e subcategorias, fontes, referências e coverage	155
Tabela 28: Frequência de palavras (contagem e percentual ponderado) nas quatro categorias	155
Tabela 29: Categoria Satisfação do Trabalho e subcategorias, fontes, referências e coverage	157
Tabela 30:Categoria Características do Trabalho e subcategorias, fontes, referências e coverage.	160
Tabela 31: Categoria Organização do Trabalho e subcategorias, fontes, referências e coverage	163
Tabela 32: Categoria Saúde e Trabalho e subcategorias, fontes, referências e coverage	167
Tabela 33: Riscos psicossociais dos trabalhadores	211

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Indicadores de risco psicossociais para avaliação de stress	93
Figura 2: Modelo de exigências psicológicas de karasek	100
Figura 3: Representação do modelo ERI	101
Figura 4: Identificação de riscos no trabalho e sua relação com a saúde	105
Figura 5: Identificação das categorias e respetivas subcategorias da entrevista	131
Figura 6: Caracterização do Índice de Capacidade para o Trabalho	136
Figura 7: Caracterização do ICT e idade	138
Figura 8: Classificação do ICT em função da categoria profissional	141
Figura 9: Classificação do ICT em função do local de trabalho	143
Figura 10: Classificação dos itens do ICT	143
Figura 11: Análise de Trajetórias (ICT)	144
Figura 12: Tercis das subescalas do COPSOQ do estudo e de referência	150
Figura 13: Nuvem de Palavras	156

RESUMO

Contexto: O mundo do trabalho está a passar por transformações, que implicam novos desafios em matéria de segurança e saúde dos trabalhadores. A capacidade para o trabalho está relacionada com a sua condição de saúde e contexto profissional enquanto os fatores psicossociais podem ser entendidos como as características relacionadas com as condições e organização do trabalho, afetando a saúde dos trabalhadores, através de processos psicológicos e fisiológicos.

Objetivo: Avaliar a capacidade de trabalho dos profissionais e a exposição a fatores de risco psicossociais em função dos dados sociodemográficos e relacionar a capacidade para o trabalho em função dos fatores de risco psicossociais.

Método: A amostra foi constituída por 309 profissionais de saúde de uma unidade de saúde, de cuidados de saúde primários, tendo sido utilizado para a recolha de dados quantiqualitativos um questionário constituído pelos dados sociodemográficos, ICT, CPSOQ e uma entrevista semiestruturada constituída por 31 questões.

Resultados: A amostra era constituída maioritariamente, por profissionais com mais 40 anos, do género feminino que apresentaram baixos níveis de capacidade para o trabalho, não existindo diferenças estatisticamente significativas pera nenhuma variável sociodemográfica. Quanto à avaliação da capacidade para o trabalho relativamente às exigências físicas e mentais verificou-se que estas têm capacidade explicativa para os resultados do ICT. Foram estudadas as diferenças entre as 29 subescalas do COPSOQ e a variáveis quantitativas sociodemográficas. Contudo, apenas foram encontradas diferenças entre os géneros, em que as exposição a fatores de risco psicossociais é maiores nas mulheres,. Os fatores de risco psicossociais nomeadamente Comportamentos Ofensivos; Exigências Quantitativas; Sintomas Depressivos; Problemas em Dormir e Stress constituem fonte de risco para os profissionais de saúde.

Conclusão: É pertinente a avaliação e gestão dos riscos psicossociais e a tomada de medidas que possibilitem uma combinação positiva entre as características psicossociais e os recursos individuais, de modo a promover condições de trabalho saudáveis; estimular a clareza e transparência organizativa; garantir respeito e tratamento justo bem como, incentivar a promoção da conciliação vida profissional/familiar de modo a minimizar riscos psicossociais e situações de vulnerabilidade nos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Índice de Capacidade para o Trabalho, Riscos Psicossociais, Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

Context: The world of work is undergoing transformations, which imply new challenges in terms of workers' health and safety. The ability to work is related to their health condition and the professional context while the psychosocial factors can be understood as the characteristics related to the conditions and organization of work, affecting workers' health through psychological and physiological processes.

Objective: To evaluate the work capacity of professionals and the exposure to psychosocial risk factors according to sociodemographic data and to relate the capacity to work according to the psychosocial risk factors.

Method: The sample consisted of 309 health professionals from a primary health care unit, and a questionnaire was used to collect quantitative data. This questionnaire was made up of sociodemographic data and was purposefully constructed for this study by ICT and CPSOQ, and a semi-structured interview consisting of 31 questions.

Results: The sample consisted mainly of professionals over 40 years of age, of the female gender. However, there were low levels of work capacity, and there were no statistically significant differences for any socio-demographic variable. Regarding the evaluation of the capacity for work in relation to the physical and mental requirements, it was verified that these have an explanatory capacity for the results of the ICT. The differences between the 29 subscales of the COPSOQ and the sociodemographic quantitative variables were studied. However, only gender differences were found, where exposure to psychosocial risk factors is greater in women. Psychosocial risk factors namely Offensive Behaviors; Quantitative Requirements; Depressive Symptoms; Sleeping and stress problems are a source of risk for health professionals.

Conclusion: The assessment and management of psychosocial risks and measures to enable a positive combination of psychosocial characteristics and individual resources to be promoted to enable healthy working conditions are relevant; Encourage clarity and organizational transparency; Guarantee respect and fair treatment, as well as encourage the promotion of work / family life balance in order to minimize psychosocial risks and situations of vulnerability in health professionals.

Keywords: Capacity Index for Work, Psychosocial Risks, Health Professionals.

RESUMEN

Contexto: El mundo del trabajo está siendo sometido a transformaciones, que implican nuevos retos para la seguridad y salud de los trabajadores. La capacidad de trabajo está relacionada con su estado de salud y el contexto profesional como factores psicosociales se puede entender como las características relacionadas con las condiciones y organización del trabajo, que afecta a la salud de los trabajadores.

Objetivo: Evaluar la capacidad de trabajo de los profesionales y la exposición a factores de riesgo psicosocial sobre la base de los datos demográficos y relacionar la capacidad de trabajar sobre la base de factores de riesgo psicosocial.

Método: La muestra estaba formada por 309 profesionales de la salud de un centro de salud, la atención primaria de salud, que han sido utilizados para la recogida de quantiqualitativos dado un cuestionario compuesto por datos demográficos, TIC, CPSOQ y una entrevista semiestructurada que consta de 31 preguntas.

Resultados: La muestra estuvo constituida principalmente por profesionales con más de 40 años, sexo femenino. Ellos mostraron sin embargo, los bajos niveles de capacidad de trabajo, sin diferencias estadísticamente significativas pera cualquier variable socio-demográfica. La evaluación de la capacidad de trabajo en relación a las demandas físicas y mentales encontrado que estos tienen poder explicativo de los resultados de las TIC. Se estudiaron las diferencias los COPSOQ 29 subescalas y las variables cuantitativas sociodemográficas. Sin embargo, sólo se encontraron diferencias entre los sexos, en el que la exposición a factores de riesgo psicosocial en las mujeres. factores de riesgo psicosociales que incluyen comportamientos ofensivos; requisitos cuantitativos; Los síntomas depresivos; Problemas de sueño y el estrés son fuente de riesgo para los profesionales de la salud.

Conclusión: Es pertinente para la evaluación y gestión de riesgos psicosociales y la adopción de medidas para lograr una combinación positiva entre las características psicosociales y recursos individuales con el fin de promover condiciones de trabajo saludables; estimular la claridad y la transparencia organizativa; garantizar el respeto y el trato justo, así, fomentar la promoción de la reconciliación vida profesional / familiar con el fin de minimizar los riesgos psicosociales y vulnerabilidades en profesionales de la salud. Palabras clave: Capacidad Índice de Trabajo, Riesgo Psicosocial, profesionales de la salud.

RESUMEN COMPLETO

Capacidad para el trabajo y los riesgos psicosociales en los profesionales de salud

Los países industrializados vienen sufriendo alteraciones demográficas significativas. Las personas viven más tiempo y tienen una vida más saludable particularmente en Europa (El Fassi et al., 2013). En el 2014, existían 507 millones de personas residiendo en la UE-28. Las bajas tasas de fertilidad, las alteraciones en los padrones de constitución familiar, un mayor deseo de independencia personal, alteraciones en los papeles del género, la movilidad geográfica y el aumento de la esperanza de vida contribuyeron para este valor, que correspondía en esa fecha, a poco más de 7% del total mundial y a menos de la mitad del valor registrado en las cinco décadas precedentes. El ritmo de crecimiento de la población en la UE-28 deberá ablandar aún más, siendo que, en 30-40 años, se prevea la estagnación y posible disminución del número total de personas con residencia habitual en la UE-28 (Eurostat, 2015). Estas proyecciones lanzan desafíos a la estructura etaria de la fuerza de trabajo y como resultado, las autoridades nacionales en la mayoría de los países europeos están intentando promover la capacidad de trabajo en la vida profesional, a través de medidas de protección social, de modo a preparar los ciudadanos para una realidad en la que los individuos irán permaneciendo más tiempo en el mercado de trabajo (El Fassi et al., 2013).

De modo a cumplir nuestros objetivos, nos propusimos coger información, que nos permitiese identificar grupos profesionales vulnerables y consecuente implementación de estrategias de intervención de acompañamiento psicológico, a través de mecanismos, para evaluación de la capacidad de trabajo de los profesionales ante el tipo función desempeñada y exigencia de la actividad; la relación entre la capacidad de trabajo de los profesionales y los puestos de trabajo (unidades de salud) y relacionar la variación de la capacidad para el trabajo, en función de la evaluación de los factores de riesgo psicosociales.

La motivación para este estudio, préndase con el hecho de los profesionales de salud se presentarann como elevado grupo de riesgo por la frecuente exposición a factores de insalubridad que surgen mientras hacen el atendimiento al paciente. Los riesgos brotan de los ambientes, instrumentos, materiales y substancias, formas de manipulación, etc.

Empezamos haciendo una breve análisis histórica sobre las alteraciones sociodemográficas, contextualizando y analizando los aspectos subyacentes al proceso. Además clarificamos los conceptos de edad y trabajo (terminología y construcciones), capacidad para el trabajo e influencia de las variables personales y situacionales sobre la misma. En seguida, describimos el estudio en términos metodológicos (tipo y diseño de investigación, variables, hipótesis, universo y muestras, instrumentos), así como todos los procedimientos. Por fin, presentamos los resultados obtenidos con los estudios de fidedignidad, consistencia interna y análisis de las hipótesis formuladas, así como la discusión y conclusiones de los resultados obtenidos.

Las características sociodemográficas de una población y las prácticas de movilidad están directamente relacionadas con los diferentes tipos de capital social. La literatura presenta el concepto de capital social, para referirnos a sociabilidad de un grupo humano, con los aspectos envueltos, que permiten la colaboración y su uso, que se convirtió en el blanco de análisis y discusión por parte de diferentes áreas de las ciencias sociales.

Se considera posible conceptuar y analizar el capital social como un conjunto de varias estructuras (Foley et al 2001; Johnston et al 2005; Nguyen 2010), que permiten ir más allá en el estudio de dimensiones sociológicas distintas, tales como la confianza, el envolvimiento asociativo y redes sociales. La idea central por detrás de la teoría del capital social es el valor de las ligaciones sociales o lazos que permiten a las personas contactar unas con las otras, llevándolas a un aumento de los niveles de cohesión social y bienestar en un determinado grupo o comunidad (Carmo 2010). P 2

En efecto, el aspecto demográfico y marginalidad especial o por otro lado, la integración en la red urbana regional, son factores a tener en cuenta en el mercado de trabajo disponible. La falta de movilidad social enflaquece el capital social, llevando los más jóvenes a salir para encontrar trabajo en otro lugar. El espacio más integrado y menos marginalizado es habitado por personas calificadas y más jóvenes, es decir, con acceso a más oportunidades de trabajo (Camerino et al., 2006; Chung J. Park, J. Cho, M. Park, Y. Kim, D. Yang, D. Yang,

2015; A. F. Costa, Puga-Leal, & Nunes, 2011; Fischer et al., 2002; Safari, Akbari, Kazemi, Mououdi, & Mahaki, 2013).

El trabajo tiene que ser visto como resultado de un proceso dinámico entre los recursos individuales, influenciados por varios factores, en particular, estilo de vida, sociodemografía, proceso de envejecimiento y exigencias del trabajo, siendo la salud considerada uno de los principales responsables de la capacidad de trabajo, afectado por insomnios, dificultad de concentración, exceso o falta de apetito, dolores musculares, fatiga, ansiedad entre otros (Padula et al., 2012).

La capacidad para el trabajo está relacionada con factores físicos, ambientales y psicosociales y es directamente influenciada por características individuales y profesiones.

La población está cada vez más envejecida. Mucho se sabe sobre las implicaciones médicas de esa tendencia, pero poco se sabe sobre las implicaciones en lo que respecta al ejercicio profesional (Bridger & Bennett, 2011).

La edad es determinada por características físicas, psicológicas y sociales del individuo, en vez de cronologicas (Cho et al., 2010).

Varios estudios han demostrado una relación entre "edad" y capacidad para el trabajo en los profesionales de salud (Tuomi et al., 1991, Ilmarinen et al., 1997, Costa et al., 2002 citados por Camerino et al., 2006). La capacidad para el trabajo es variable de país para país y en las diferentes franjas de edad. Esas diferencias están directamente relacionadas con las condiciones de trabajo, oportunidades profesionales y de carrera, políticas de salud ocupacional y edad de jubilación. Un estudio desarrollado en cinco países (Finlandia, Alemania, Francia, Polonia, Eslovaquia), enseñó diferencias en la capacidad para el trabajo, entre trabajadores jóvenes y trabajadores mayores. Finlandia fue el país en el que los trabajadores fueron obligados a seguir trabajando, a pesar de la edad y de su baja capacidad para el trabajo, impidiendo de esta forma la jubilación anticipada. Hay que encontrar formas creativas de incentivo para que los trabajadores permanezcan en su vida profesional activa, tales como horarios de trabajo más flexibles, políticas favorables de apoyo a la familia y disponibilidad de oportunidades para la educación profesional continua.

Existe una relación entre la edad cronológica, el declino cognitivo y los riesgos para la salud. Individuos con habilidades cognitivas más elevadas tienden a vivir más tiempo y son más saludables. Aunque la función cognitiva sea una característica que está asociada al envejecimiento, no es determinada por la edad cronológica. Con efecto, algunos individuos envejecen más temprano que otros dependiendo de la escolaridad (los que tienen más estudios tienden a desarrollar y participar en actividades cognitivamente estimulantes durante su vida), de la salud física, mental y cognitiva.

En ese sentido, los autores Cho, Park e Lim (2010), desarrollaron un estudio empírico comparativo sobre algoritmos, para implementación en un sistema de estimativa edad biológica y concluyeron que este es un concepto abstracto para lo cual es difícil encontrar una definición concreta y precisa, a pesar de los numerosos enfoques en artículos científicos a lo largo del último medio siglo. De modo general, es asumido que los factores responsables por el efecto *Flynn*, son de índole ambiental y no genética, considerando la velocidad con que las habilidades cognitivas medias vienen aumentando.

Hoy una amplia gama de profesiones exige el uso de cognición y nosotros sólo podemos corresponder a las exigencias del trabajo del mundo moderno siendo mucho más flexibles cognitivamente. Comparemos al médico del 1900, que en realidad apenas tenía unos trucos bajo la manga, con el clínico general o especialista moderno con años de entrenamiento científico. No es solamente la difusión de profesiones que exige el uso de la cognición, pero también el mejoramiento de sus tareas como en el caso de los abogados, médicos y otros más que crearon búsquedas más grandes a las facultades cognitivas. Algunos de los hábitos mentales que desarrollamos en el siglo XX, trajeron resultados en áreas inesperadas como la educación, trabajo, ética, debate moral, preceptos raciales, etc. Hoy, además de las convenciones y actitudes concretas heredadas llevamos en serio el hipotético porque sin el hipotético es muy difícil argumentar, investigar, teorizar (Flynn, 2013).

En efecto el trabajo en la vida de los seres es sobrevalorado y cuando este deja de ser vivido compromete la calidad del envejecimiento, en especial si le faltan las habilidades y las condiciones para incorporar y priorizar otras actividades y valores.

Este hecho lleva al envejecimiento silencioso que sólo se identifica cuando el individuo tiene comprometida su capacidad funcional, cuando compara su imagen actual con la de los tiempos pasados, cuando la ausencia del trabajo puede ser substancialmente responsable por la reducción de calidad de vida y de envejecimiento/vejez. Cuando el trabajo termina y es anciano, su situación tiende a empeorar, pues la mayoría de las pensiones de jubilación no son suficientes para cubrir muchos de los gastos y a eso se añade el *status* social del anciano en una sociedad que privilegia el nuevo o la novedad. Asegurar el proceso de envejecimiento con dignidad será el gran desafío para los movimientos sociales actuales y futuros, en el sentido de imaginar diferentes estrategias de resistencia para sobrevivir a la expropiación del trabajo. (Souza et al., 2010).

Las exigencias en el puesto de trabajo aumentaron con el aparecimiento de la tecnología, minimizando la carga física, pero aumentando las exigencias y síntomas mentales y somáticos entre los trabajadores, influyendo directamente sobre la capacidad para trabajar (Padula et al., 2012).

En una sociedad en desequilibrio ante al envejecimiento progresivo, surgen inevitablemente problemas sociales. Compite a los gestores, ergónomos y médicos del trabajo la conciencialización de que los trabajadores mayores son más vulnerables a los cambios y al trabajo nocturno y por turnos y por lo tanto deben ser protegidos de este tipo de agresiones y rentabilizados en espacios adonde puedan producir más, sin agravamiento para su salud, conforme defendido por la Convención OIT nº 171-1990 y por la Directiva Europea 93/104 (G. Costa, 2005). Mantener y mejorar la capacidad para el trabajo de los funcionarios es importante para aumentar la productividad y prevenir el indeseado abandono precoz del trabajo (Airila, Hakanen, Punakallio, Lusa, & Luukkonen, 2012).

Las características subyacentes al trabajo, tales como, las condiciones y exigencias del trabajo, así como los recursos individuales, en particular, la salud y capacidad funcional, conocimiento, aptitudes, valores, actitudes y motivación son los principales determinantes de la capacidad para el trabajo.

En términos empíricos, la edad, el consumo de alcohol, la obesidad, las exigencias del trabajo y carga del trabajo físico han sido asociados a la diminución de la capacidad para

el trabajo entre las muestras representativas de la población activa, así como el exceso de peso, alteraciones del equilibrio corporal, bajos salarios, elevada exigencia mental y falta de autonomía en el trabajo. Un trabajador motivado y enérgico que se identifique fuertemente con su trabajo, tiene mejor capacidad para ello. Además del envolvimiento con el trabajo, un buen sueño, ejercicio físico frecuente, baja carga horaria de trabajo y exigencias físicas y buenos recursos para la ejecución de tareas son aspectos que contribuyen para la manutención de la capacidad de trabajo (Airila et al., 2012).

Más allá del desafío del envejecimiento otro problema se plantea que es la diminución de la capacidad de trabajo con la edad. Generalmente, los cambios en la capacidad física son muchas veces difíciles de distinguir de los que advienen del envejecimiento porque los hábitos de trabajo y los estilos de vida pueden acelerar o retardar esos cambios. Trabajos físicamente exigentes disminuyen para mitad la capacidad de trabajo en un periodo de 10 años, pero el ejercicio físico regular puede mantener la capacidad física prácticamente inalterada entre los 45 y los 65 años (Safari et al., 2013).

Varios estudios demuestran una relación entre edad y capacidad para el trabajo en los profesionales de salud, diferencias estas directamente relacionadas con las condiciones de trabajo y de carrera, políticas de salud ocupacional y edad de las pensiones de jubilación. Hay que encontrar formas creativas de incentivo para ir al encuentro de las necesidades específicas de los mayores y de los más jóvenes, tales como horarios de trabajo más flexibles, políticas favorables de apoyo a la familia y disponibilidad de oportunidades para la educación profesional continúa (Camerino et al., 2006).

Dado que el rápido envejecimiento de la población es un fenómeno que ocurre a la escala mundial y a ello está asociado el aumento de la participación de los ancianos en el mercado de trabajo, es necesario identificar los factores asociados a la manutención de la capacidad para el trabajo durante el proceso de envejecimiento. Son variados los enfoques sobre el envejecimiento y el trabajo. Amorim, Salla y Trelha (2014) en una revisión sobre los factores asociados a la capacidad para el trabajo en ancianos insertados en el mercado laboral apuntan como factores, negativamente asociados a la capacidad de trabajo, el tabaquismo, el tiempo/años de servicio, esfuerzo físico de trabajo y *estrés*. Los factores positivos de manutención de capacidad para el trabajo son las condiciones financieras, la

actividad física regular, trabajo voluntario, actividades ocupacionales de esfuerzo mental y la protección de los ancianos en actividades que los pueden exponer al declino funcional.

Los cambios sociodemográficos ocurridos hacen prever una escasez futura de trabajo. Por eso, el interés creciente en muchos países en desarrollar mecanismos para hacer frente al desafío de una fuerza de trabajo en envejecimiento. La planificación tiene que ser estratégica sea un enfoque reactivo (una intervención inmediata al nivel de la motivación de los trabajadores mayores o a través de formación y nuevos modos de trabajo), sea un enfoque preventivo (planificación junto de los recursos humanos a largo plazo y prácticas de gestión de edad).

El principal obstáculo para un programa de gestión de edad bien sucedido es la falta de conocimiento, sobre la manera como el envejecimiento puede afectar (positivamente o negativamente) la capacidad para el trabajo. Habitualmente, los gerentes tienden a considerar los más jóvenes, más flexibles y más receptivos a los cambios, subestimando muchas veces la capacidad de los trabajadores mayores para adaptarse a nuevos métodos y conocimientos.

En resumen, los principios básicos de la gestión de edad no es un proceso inmediato y sólo puede ser bien sucedido con mucho empeño y persistencia por parte no sólo de la gestión de topo y gerentes de nivel medio, como también de sindicatos (Hilsen & Ennals, 2005).

El estudio de Airila (2012), desarrollado en bomberos Finlandeses, enseñó que la edad está negativamente relacionada con la capacidad para el trabajo. A su vez, Heidemer y Satudinger (2014), desarrollaron un estudio con 747 individuos, sobre las diferencias de edad en metas de realización y características motivacionales en una fuerza de trabajo envejecida, concluyendo ser necesario promover la productividad y el aprendizaje continúo a lo largo de la vida, comprender los antecedentes cognitivos y motivacionales que justifiquen o expliquen el suceso de los trabajadores de mediana edad y mayores. El autor refuta la noción de una asociación universalmente negativa entre la edad y el desempeño en el trabajo, dando relevancia a la experiencia que compense en habilidades las pierdas cognitivas relacionadas con la edad. Aunque, concluyó que la edad está negativamente relacionada con alta auto

eficacia para el aprendizaje y desenvolvimiento en contextos de trabajo (Heidemer & Satudinger, 2014).

Camerino et al. (2005), en un estudio con 27.146 enfermeros, concluyó que todos los grupos están igualmente expuestos a condiciones adversas de trabajo, independientemente de edad y género.

Los trabajadores mayores presentaban una tasa más elevada de lesiones que los más jóvenes, pero que hay una necesidad de identificar estrategias para solucionar este problema. Los trabajadores mayores tienen una capacidad para el trabajo más reducida, son menos activos físicamente y menos aptos que los trabajadores más jóvenes. Una capacidad de trabajo reducida significa que existe una más grande propensión al desgaste y así un riesgo de lesión más grande. El ejercicio físico puede potencialmente ayudar este problema. Está demostrado que, en la población general, el entrenamiento físico mejora las condiciones físicas en personas mayores, aunque no haya habido ninguna evaluación en medio laboral con trabajadores mayores que haya comprobado que los programas de gimnástica laboral son viables y pueden mejorar la aptitud y capacidad de trabajo de los dichos trabajadores (Collins, Mackey, Maher, & Wong, 2007).

No hay duda que en una era de cambio es necesario promover la capacidad para el trabajo, integrando aspectos físicos, mentales y sociales, así como las exigencias del trabajo y los aspectos de la comunidad de trabajo, organización y ambiente de trabajo (Renosto, Biz, Hennington, & Pattussi, 2009).

El Modelo de Karasek demand-discretion model (DCM) o Modelo de Exigencia-Controle describe el ambiente de trabajo con dos dimensiones principales: las exigencias psicológicas, donde se incluyen la presión del tiempo, intensidad de trabajo o instrucciones conflictivos y latitud de decisión, que dice respecto al componente capacidad (variedad de trabajo y oportunidad para el uso de facultades) y autoridad de decisión. El modelo apunta para un mayor riesgo de efectos adversos para la salud cuando las exigencias psicosociales de un trabajo son elevadas y a los trabajadores no se les concede autoridad para la tomaq de decisión, originado según Karasek, gran tensión en el trabajo (Bethge et al., 2009).

Hecht y Allen (2009) desarrollaron un estudio con el objetivo de investigar los efectos de la interacción entre la edad, control del trabajo y la utilización de estrategias de envejecimiento bien sucedido llamado de selección, optimización y compensación (SOC), en la predicción de la capacidad para el trabajo, cuyos resultados enseñan que el control del trabajo (estimular las capacidades de los trabajadores para hacer frente a los cambios relacionados con la edad), está positivamente asociado con la capacidad para el trabajo. También verificaron la existencia de una asociación negativa entre edad y capacidad para el trabajo, aunque más ligera, en los funcionarios con alto control de trabajo y recursos a estrategias SOC. Estos resultados sugieren que el uso de estrategias de envejecimiento bien sucedidas y un control más grande en el trabajo son favorables a la manutención de la capacidad para el trabajo del envejecimiento, abriendo discusiones a implicaciones teóricas y prácticas sobre el papel benéfico del uso de esas estrategias, utilizadas por los trabajadores mayores, mejorando los recursos de los funcionarios, en el trabajo. Los autores refuerzan que los trabajadores pueden ser entrenados en programas de desarrollo bien sucedido, familiarizándose con el modelo básico SOC y consecuentemente mejorar, reconocer y utilizar las oportunidades, optimizando la busca de objetivos y compensar adecuadamente piedras relacionadas con la edad o alteraciones importantes de las capacidades y habilidades individuales (Hecht & Allen, 2009).

A mediados de la década de los 80, investigadores finlandeses desarrollaron el Índice de Capacidad para el Trabajo (ICT), que resultaba una auto evaluación del trabajador sobre su capacidad para el trabajo.

El ITC se ha convertido en un instrumento de auxilio al profesional de Salud Ocupacional, en la detección precoz de posibles alteraciones que los trabajadores puedan presentar en su funcionalidad en el ambiente de trabajo, previniendo de este modo el riesgo de incapacidad. El índice procura indicar cuán bien está o estará el trabajador en el presente o en un futuro prójimo y con qué capacidad él podrá ejecutar su trabajo en función de las exigencias de su estado de salud y capacidades físicas y mentales. Desde entonces varios estudios con trabajadores lo tienen utilizado para evaluar su capacidad funcional para el trabajo y los factores de riesgo asociados a esta, y obtener informaciones al respecto de su calidad (evaluaciones de las propiedades psicométricas del instrumento) entre las cuales, la

Consistencia interna (alfa de *cronbach*) y la consistencia temporal a través del **ensayo-repetición de ensayo**. Es un instrumento válido y confiable, coherente y creíble, con el objetivo de medir bien lo que se pretende (Radkiewicz & Widerszal-Bazyl, 2005; Renosto et al., 2009).

Mazloumi, Rostamabadi, Nasl Saraji e Rahimi Foroushani (2012b) analizaron la relación entre ICT y los factores psicosociales en varias ocupaciones. Los resultados enseñan que existe una asociación significativa entre la media del valor del ICT con la edad, tiempo de servicio, escolaridad, reposo y sueño, estatuto profesional y educación. También revelaron que la seriedad, habilidad, el apoyo del compañero y del supervisor, estaban positivamente correlacionados con la puntuación media del ITC y negativamente con las exigencias del trabajo, *estrés* en el trabajo y inseguridad en relación al empleo. Todas las correlaciones expresadas en este estudio desempeñan un papel importante en la manutención de capacidad para el trabajo y que una alianza positiva entre las características psicosociales del trabajo y los recursos individuales, puede promover la capacidad para el trabajo en las respectivas ocupaciones laborales.

Entre los factores psicosociales estudiados en esta pesquisa, la tensión en el trabajo fue el factor que más explicó la capacidad para el trabajo. Por esta razón, los autores remiten para operaciones que reduzcan la tensión en el trabajo y promuevan una combinación positiva entre las características psicosociales y los recursos individuales, dado que este tipo de intervención aumenta/promueve la capacidad para el trabajo (Mazloumi et al al., 2012b).

Otro determinante de la capacidad para el trabajo es el binomio sexo y exigencia física de la terea. En efecto Savinainen, Nygård e Arola (2004) demostraran que la capacidad para el trabajo disminuye más entre las mujeres con trabajo que era sólo físicamente exigente entre las mujeres que mezclaban trabajo físico y mentalmente exigente. Martinez et al. (2016b) en una revisión de lectura constató que el sexo femenino tiene un riesgo más grande de pérdida de capacidad para el trabajo, debido a peores condiciones de trabajo y salariales que presentan relativamente a los hombres y aún por la dupla jornada de trabajo (cuidar de la casa y de los hijos, además de la actividad profesional). A su vez, encontraron también en la literatura, padrones de asociación de elevada complexidad entre las condiciones

socioeconómicas y la capacidad de trabajo, una vez que aparecen influenciados por factores relacionados con el propio trabajo, con las condiciones de vida y los hábitos de salud.

El trabajo es el recurso esencial de satisfacción de necesidades económicas y sociales. Garantiza rendimientos, permite relaciones sociales, estructuras de tiempo y apoya el desarrollo del individuo, así que, la manutención de la capacidad para el trabajo y la rehabilitación de la capacidad para el trabajo, deben ser objetivos fundamentales de cualquier estado/gobierno.

Es fundamental la implementación de acciones preventivas para mantener o mejorar la fuerza dinámica de los trabajadores así que, estos esfuerzos preventivos deben empezar temprano, antes de la mediana edad, de modo a adiar los cambios en la capacidad física de los individuos, llevándolos a ejecutar de forma más capaz su trabajo y desfrutar de actividades de ocio (Savinainen et al., 2004, p. 11).

Los estudios de Vasconcelos, Fisscher, Reis e Moreno (2011) demuestran que la capacidad de trabajo esta influenciada por diversos factores por ejemplo, sexo, tener más que un empleo (acumulación de funciones), realizar tareas repetitivas y monótonas, corroborando el concepto de que la capacidad para el trabajo es un proceso dinámico y que resulta de la interacción de factores individuales con factores relacionados con el trabajo.

Entre los varios factores que componen el estilo de vida, los problemas de sueño, la falta de ejercicio físico, el alcohol y al tabaquismo, están asociados a una baja habilidad para el trabajo y aumento de riesgo de los accidentes de trabajo y de la salud mental (Airila et al., 2012).

En dirección contraria, la práctica de una actividad física es un determinante de buena capacidad para el trabajo pues aumenta el consumo energético, reduce la grasa corporal, aumenta la resistencia, la fuerza muscular y reduce las reacciones emocionales del *estrés*.

El hábito de estudiar, la posibilidad de desarrollo y de influenciar el trabajo están positivamente asociados a la capacidad para el trabajo que puede deberse, al aumento de las facultades, habilidades psicológicas y cognitivas que dispone el trabajador para ejecutar su trabajo, en especial, en actividades de mayor exigencia. Los trabajos físicamente más

exigentes (cargas físicas inadecuadas, trabajo muscular estático, uso de fuerza muscular, levantamiento y transporte de peso, esfuerzo intenso súbito, movimientos repetitivos, etc.), provocan en los trabajadores mayor desgaste y comprometimiento en el ejercicio de sus funciones que en los trabajadores con mayor exigencia mental. Pero, cargas mentales inadecuadas para el trabajador (conflicto de papeles, presión de tiempo, restricción en la utilización de habilidades y conocimientos, nivel de responsabilidad, falta de reconocimiento y limitación en el desarrollo profesional), también tienen impacto negativo y determinan la capacidad para el trabajo ((Martinez et al., 2010b; Vedovato & Monteiro, 2014).

En efecto, la salud es considerada como el factor que ejerce el mayor impacto sobre la capacidad para el trabajo. Por ejemplo, la capacidad cardiorrespiratoria y el funcionamiento músculo esquelético son los aspectos que mayor impacto ejercen sobre la capacidad funcional, considerada la base de la capacidad para el trabajo. La presencia de síntomas y de enfermedades y la autopercepción del estado de salud tiene impacto relevante, pero la salud mental es menos correlacionada con la capacidad para el trabajo que la salud física.

La percepción de fatiga fue asociada a respuestas fisiológicas, crónicas y agudas, reacciones psicológicas y cambios comportamentales, con fuerte posibilidad de disminución de la capacidad funcional y de la capacidad para el trabajo. Esta percepción es especialmente impactante para profesiones que tratan frecuentemente con situaciones de dolor y sufrimiento (como es el caso de enfermería y medicina), pudiendo resultar como fuente de sufrimiento para los trabajadores que lo hacen. Tareas rutinarias, estructura jerárquica estricta, personal insuficiente (cualitativa y/o cuantitativamente), para cumplir las rutinas origina altos índices de absentismo y alejamiento por enfermedades, burnout y insatisfacción en el trabajo. Las malas condiciones laborales pueden llevar al desgaste (exigencias de trabajo *estresante*, jornadas prolongadas, trabajo nocturno), que provocan un efecto inmediato de fatiga (S.P. Vasconcelos et al., 2011).

La evaluación de las exigencias requeridas o estímulos ambientales en las respuestas de *estrés* han sido objeto de largas investigaciones en *estrés* ocupacional. La teoría del *estrés* se basa en la evaluación de cómo el organismo contesta a las exigencias del ambiente externo, en el que el *estrés*, manifestado en situaciones en que las exigencias excedan las

capacidades individuales de contestar a esos estímulos. Por eso, los trabajos físicos, mentales y socialmente exigentes pueden provocar sentimientos positivos, así como sentimientos negativos (Airila, Hakanen, Luukkonen, Lusa, & Punakallio, 2013).

Aún con relación a los determinantes, se cita el estudio de Rongen, Robroek, Schaufeli e Burdorf, (2014), que han concluido que el comprometimiento con el trabajo mejora la auto percepción de la salud, la capacidad de trabajo y el absentismo por enfermedad (Rongen et al., 2014).

El mundo del trabajo se encuentra en transformación que implica nuevos desafíos en cuestiones de seguridad y salud de los trabajadores. Estas transformaciones llevan al surgimiento de riesgos psicosociales.

Según ACT (2012) riesgos psicosociales son todos los aspectos relacionados con el diseño, con el desempeño y el desarrollar del trabajo y con los contextos, social y organizacional adonde se encuentran, que tienen potencial para originar daños físicos o psicológicos. Por lo que son el conjunto de la percepción. El *Estrés*, la Ansiedad, la Violencia, el Acoso Moral en el Trabajo, la Fatiga, la Discriminación, el Elevado Ritmo de Trabajo, las Pocas Oportunidades de Desarrollo Personal, la Sobrecarga de Trabajo, las Tareas Monótonas, la Competencia, la Presión para Producir, las Amenazas, los Gritos, la Insatisfacción con las Condiciones de Trabajo, los Fallos de Comunicación y las Dificultades en las Relaciones Interpersonales, son ejemplos de factores de riesgos psicosociales.

Los factores psicosociales de riesgo en el trabajo pueden ser agrupados en seis dimensiones: intensidad de trabajo y tiempo de trabajo; exigencias emocionales; falta/insuficiencia de autonomía; mala calidad de las relaciones sociales en el trabajo; conflictos de valores e inseguridad en la situación de trabajo/empleo. Costa e Santos (2013) señala la importancia de estudiar los factores que originan los riesgos psicosociales e cuya presencia pueda ser detectada a tiempo, bien como la creación de herramientas al servicio de le intervención y transformación de las condiciones de trabajo.

De acuerdo con la Autoridad para las Condiciones del Trabajo (ACT, 2012), las principales consecuencias de los riesgos psicosociales son a nivel individual y

organizacional y pueden ser psicológicas, mentales y físicas. Las principales consecuencias psicológicas individuales para los trabajadores de este sector son: saturación, desmotivación, alteraciones del sistema nervioso, fatiga, ansiedad, dificultad para concentrarse y falta de disposición. En cuanto a las consecuencias de este riesgo psicosocial para la salud mental de los trabajadores pueden ser: depresiones, esquizofrenia y paranoias. La somnolencia y los trastornos músculo esqueléticos, cardiovasculares y digestivos son consecuencia de este tipo de riesgo para la salud física de los trabajadores.

Las principales consecuencias para la salud y el bienestar de los trabajadores que ocurren de condiciones psicosociales desfavorables son el *estrés*, la insatisfacción laboral, las dificultades de relacionamiento, la desmotivación, absentismo, en todos estos casos de situaciones *estresantes* (respuestas fisiológicas y comportamentales a algo que pasó o está para pasar y que nos hace sentir amenazados o que de alguna manera perturba nuestro equilibrio) podrán, en muchas circunstancias llevar a que ocurran accidentes de trabajo.

De acuerdo con Eurofound y la EU-OSHA (Eurofound and European Agency for Safety and Health at Work, 2014) las principales consecuencias de los riesgos psicosociales son la fatiga, el riesgo de ocurrencia de más accidentes y el *estrés* relacionado con el trabajo. Para combatir el trabajo monótono es necesario establecer medidas preventivas y aplicar nuevos métodos de organización del trabajo, a fin de prevenir enfermedades, físicas y psicológicas, provocadas por el trabajo repetitivo.

Weigl, Schneider, Hoffmann e Angerer (2015) refieren que numerosos estudios han revelado que el bienestar mental y eficaz de los médicos están íntimamente relacionados con las características de su ambiente de trabajo y que los cuidados médicos y los trastornos psiquiátricos están asociados a la mala prestación de cuidados de salud, incluyendo errores médicos, infecciones hospitalarias y pacientes descontentos. Por eso la especial atención atribuida al burnout médico debido a su amplitud y a los efectos prejudiciales sobre la salud del médico y respectiva productividad. Las investigaciones sobre esta interacción entre el ambiente de trabajo de los médicos y el *estrés* en el trabajo y la calidad de los cuidados prestados son fundamentales de manera a que sean creadas medidas de prevención.

Los equipos clínicos de salud están expuestos a elevados riesgos de infecciones con varios patógenos sanguíneos por la exposición frecuente a fluidos biológicos de los pacientes que asisten. Esos riesgos fueron ignorados o subestimados por un periodo significativo de tiempo, incluso por los propios profesionales de salud, por creer que son riesgos inherentes a la profesión (Leiss, 2010).

Los profesionales de los servicios de salud sufren amenazas relevantes a su actuación. Hay factores referentes a la insalubridad, por ejemplo, que aparecen en las actividades de atendimiento. Hay riesgos ofrecidos por los ambientes, materiales y substancias, formas de manipulación, etc. La interacción profesional-paciente es extremamente compleja y tiene que ser administrada según normas rígidas y comportamientos cuidadosos. Se pueden mencionar diversos estudios sobre exposiciones ocupacionales de materiales biológicos potencialmente contaminados. Esta exposición constituye serio riesgo para los profesionales de salud en su local de trabajo. En estos estudios son relatados accidentes envolviendo sangre y otros fluidos orgánicos. Esta exposición está entre los factores más frecuentemente relatados. Señalan aquí algunos de los numerosos factores de riesgo: los accidentes con los materiales perfurocortantes como agujas y instrumentos cortantes, llevando a que los profesionales de salud estén expuestos a la sangre y otros fluidos corporales de los pacientes. Las instituciones promueven acciones educativas cuanto al conocimiento de medidas de prevención y prácticas estándar de precaución. Estas orientaciones fueron comunicadas con mayor intensidad después del surgimiento de varias epidemias mundiales como el SIDA. En estos momentos es necesario considerar la teoría de la causalidad de accidentes. El factor humano es frecuentemente citado como causa más importante de accidentes, pero el profesional que actúa en la área de la salud, como ocurre con todas las otras personas, sufre influencias ambientales y organizacionales. Vale la pena recordar que además del panorama de los factores de seguridad, esta pesquisa tiene un foco específico. Es necesario entender lo que favorece los riesgos y la ocurrencia de los accidentes con instrumentos perforantes, cortantes y perforocortantes (Tomé, 2008).

Son varios los instrumentos que han sido desarrollados para evaluar el peso de los aspectos psicosociales en el trabajo (Matthias Nuebling et al., 2013), que es considerado, consensualmente y desde hace mucho, de difícil medición por la indefinición de un

constructor teórico. Por lo tanto, son varias las maneras de definir y operacionalizar la carga y la tensión de los factores psicosociales (M. Nuebling & Hasselhorn, 2010).

El objetivo general de este trabajo fue comprender la relación entre la capacidad para el trabajo y la exposición a factores de riesgo psicosociales en profesionales de salud. Por lo tanto nos propusimos hacer la caracterización de la capacidad de trabajo de los profesionales de salud; descripción de la capacidad para el trabajo de estos profesionales en función de edad, género, estado civil, titulación académica, categoría profesional, puestos de trabajo, vínculo laboral; evaluar la capacidad de trabajo de los profesionales ante el tipo de exigencia de la actividad; caracterización de la exposición a factores de riesgo psicosociales; descripción de la variación de los factores de riesgo psicosociales en razón de edad, género, estado civil, titulación académica, categoría profesional, puestos de trabajo, vínculo laboral a la institución y relacionar la capacidad para el trabajo en función de la exposición a factores de riesgo psicosociales.

Para concretizar los objetivos propuestos en este estudio y con interés en realizar un análisis de datos numéricos obtenidos a partir de la recolección hecha en una muestra de la población, con el propósito de explorar las relaciones entre las variables que componen las hipótesis de este estudio y caso se las encuentre, de describir las mismas. Se trata de un estudio descriptivo-correlacional que visa explorar las relaciones entre las variables que componen las hipótesis de este estudio y en el caso de que las encuentre, de describir las mismas. Este estudio es transversal, puesto que, pretende medir un acontecimiento en un grupo representativo de la población en estudio, en un único momento. La selección de la metodología cuantitativa se debe al interés en realizar un análisis de datos numéricos obtenidos a partir de la recolección hecha en una muestra de la población, basada en la versión media del COPSOQ II y del ICT. Aún fue aplicada una metodología para variables cuantitativas obtenidas a través de la realización de una entrevista.

Como hipótesis de estudio, hemos propuesto verificar si: (H1) – existe relación entre la capacidad para el trabajo y las características sociodemográficas (edad, género, estado civil, titulación académica, categoría profesional, puestos de trabajo, vínculo laboral); (H2) – existe relación entre la capacidad de trabajo y el tipo de exigencia de actividad; (H3) – existe relación entre los factores de riesgo y las características sociodemográficas (edad,

género, estado civil, titulación académica, categoría profesional, puestos de trabajo, vínculo laboral); (H4) - la capacidad para el trabajo cambia en función de los factores de riesgo psicosociales.

La dimensión de la muestra adoptada en este estudio se basa en las recomendaciones de la metodología COSMIN, que califica el tamaño de la muestra superior a 100 individuos como una dimensión excelente. Considerando que en este estudio la muestra fue constituida por 309 profesionales de salud de una unidad del primer nivel de atención de salud.

Con el objetivo de asociar los datos de los riesgos psicosociales y la capacidad para el trabajo con cuestiones de naturaleza socioprofesional, se han cogido los datos a través de un cuestionario constituido a propósito para este estudio. Este instrumento se constituye de tres partes: la primera parte se dedicó a coger los datos sociodemográficos (edad, género, estado civil, titulación académica, categoría profesional, puestos de trabajo, vínculo laboral, tiempo de servicio, etc.); la segunda parte evaluó la percepción de la capacidad para el trabajo de los profesionales a través del Índice de Capacidad para el Trabajo (ITC) y la tercera parte respectó al Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), versión media, para identificar la exposición a los factores de riesgo psicosociales.

Después de aplicar el cuestionario, fue realizada una entrevista semiestructurada basada en un guión con 31 cuestiones generales de modo a evaluar la capacidad para el trabajo, exposición a posibles factores de riesgo psicosociales, explorando las temáticas mencionadas en el cuestionario.

Antes de recoger los datos y de obtener la autorización necesaria para la realización del estudio, se hizo una reunión con el responsable de las diversas unidades de salud con el propósito de explicar en detalle el objetivo del estudio, la información a coger y la manera de aplicar los instrumentos (cuestionario y entrevista). Posteriormente, en cada local y antes de recoger los datos se contactó el responsable da la unidad de salud local. Los cuestionarios fueron directamente entregues a los profesionales o a la persona encargada del servicio y puestos a disposición en una plataforma online. Para las entrevistas, los profesionales han sido invitados a participar en el inicio del estudio. Los 10 profesionales que manifestaron voluntad de participar en la segunda fase fueron entrevistados individualmente. La recoja de

datos garantizó los más importantes criterios de anonimato y confidencialidad de los participantes.

Para el tratamiento estadístico de los datos del cuestionario se recurrió a la estadística descriptiva para organizar la información numérica de modo a obtener un cuadro general de nuestras variables. Para ese propósito, se procedió al cálculo de las frecuencias absolutas (N) y porcentuales (%), medidas de dispersión (Desvíos padrón (Dp)) y medidas de tendencia central (Medias). Para comprobar la consistencia interna de la muestra, se utilizó el coeficiente de Alfa de Cronbach. Para comprobar si existen diferencias significativas entre las medias de una y de otra muestra, se utilizaron las medidas t de Student y Anova. Todo el tratamiento estadístico fue efectuado informáticamente a través del programa IBM SPSS (versión 23). En el tratamiento estadístico de los datos de la entrevista fue el análisis del contenido, haciéndose la codificación (destacar, clasificar, agregar, categorizar) de los tramos transcritos de la entrevista. La codificación se hizo a través de la creación de un sistema de categorías basadas en el guión de la entrevista y en la revisión teórica. El análisis de las variables cualitativas, su tratamiento e interpretación de resultados fueron hechos con recurso al Programa QSR NVIVO 11.

La caracterización sociodemográfica de la muestra enseña que la mayoría de la muestra tiene más de 40 años (72%) y que el grupo de edad predominante es lo que se encuentra en la franja de edad entre los 41 y los 50 años, con 38% de representatividad. En la franja de edad de los 51 a los 60 años están 24% de los profesionales. La muestra es mayoritariamente del género femenino (78%). En la franja de edad de los 41 a los 50 años, el género femenino representa 89,7% da la muestra. Con relación al estado civil, la situación predominante es la de casado/parejas de hecho con 73%. En el género femenino se distingue es estado de soltera con 89,7%, mientras que en el género masculino es casado/pareja de hecho con 25,9%. Relativamente a la titulación académica, 56,6% tienen el grado de licenciado. El género femenino lidera con 84%, mientras el género masculino, presenta con mayoría, el enseño medio, con 80%. Con respecto a la antigüedad se ha verificado que los profesionales que presentan 16 a 20 años o con más de 30 años de servicio representan 21% de la muestra, siguiéndose los profesionales con una antigüedad de 21 a 25 año con 15,5%. Las categorías profesionales más representativas en la muestra son los asistentes técnicos,

enfermeros con 26% y médicos con 27%. En la categoría asistentes profesionales y profesionales de medicina en formación (pre carrera) la muestra es constituida solamente por profesionales del género femenino. Cuanto al local de trabajo los profesionales de salud ejercen su actividad en unidades de cuidados de salud personalizados en 44,01% de la muestra, seguidos por la unidad de salud pública con 25,89%. Con respecto al vinculo laboral, 61,4% de los individuos tenían un contrato de trabajo en tiempo indefinido, comparativamente al contrato de trabajo en tiempo parcial que presenta menor representatividad (0,6%).

Así, según el ICT, basado en las respuestas dadas a las cuestiones y clasificadas de acuerdo con las instrucciones especificas, se ha verificado que la media fue de 28,04 puntos (dp=3,5), obteniéndose un valor mínimo de 19 y un máximo de 37 puntos, lo que revela bajos niveles de capacidad de trabajo. Esta media es significativamente inferior a la registrada en estudios extranjeros con trabajadores municipales en el área de los transportes y del sector militar (39,5), (Karazman, Kloimuller, & Karazman-Morawetz, 2002; Kumashiro et al., 2011), (40,3) (Goedhard et al., 2011), así como en estudios portugueses hechos con 4162 trabajadores de varios sectores profesionales (40,42), (Fernandes da Silva et al., 2006). En la distribución de clasificación del ICT, 46% de los profesionales presentaron baja capacidad en cuanto 54% capacidad moderada para el trabajo. Comparativamente a otros estudios realizados con trabajadores portugueses enseña que la mayoría de la muestra tiene buena capacidad para el trabajo (Silva et al., 2011).

Los resultados demuestran, en la clasificación del ICT, que las medias se sitúan entre los 26 y 29, muy abajo de los valores normativos para cualquier de los grupos de edad en análisis, por lo qué no existen diferencias estadísticamente significativas entre edad y capacidad para el trabajo. En estudios en donde participaron 1955 portugueses, se ha concluido que la capacidad de trabajo disminuye con la edad, estando asociada al envejecimiento cronológico (Silva et al., 2011). Relativamente a la capacidad para el trabajo por género la distribución es homogénea (p>0,05), a pesar de qué los sectores más bajos del ICT estén asociados al género femenino, no existen diferencias entre la media por género. Martinez et al. (2010b), en una revisión de literatura verificaron que el sexo femenino tiene mayor riesgo para la pérdida de capacidad de trabajo y eso se debe a peores condiciones de

trabajo y salariales que presentan hace a los hombres y aún por la doble jornada de trabajo (cuidar de los hijos, además de la actividad profesional). El grupo de los solteros (28,51%) y el de los separados/divorciados (28,46%) fueron los que presentaron *scores* más elevados en la clasificación del ICT. Pero no existían diferencias estadísticamente significativas entre las medias por estado civil (p>0,05). Otros estudios en el área de la salud (Francisco, 2011) constataron una frecuencia más elevada de ICT satisfactorio en los profesionales solteros/divorciados y más insatisfactorio en los unidos de hecho/casados.

El grupo de los profesionales con encino medio, presentó la media del ICT más elevada, seguido del grupo de los trabajadores con maestría. Pero no se han observado diferencias estadísticamente significantes entre las medias y la titulación académica (p>0,05). Estudios refieren que la capacidad para el trabajo puede ser promovida a través del aumento de las capacidades y escolaridad de los trabajadores en particular si las exigencias del trabajo son elevadas a nivel mental (Berg et al., 2009; Martinez et al., 2010).

Con relación a la categoría profesional los resultados enseñan no existir diferencias significativas en la distribución intragrupos. Pero una comparación realizada entre las medias del ICT y la categoría profesional muestran que el profesional que trata directamente con la salud del enfermo presenta mayor capacidad para el trabajo do que los técnicos superiores más indirectos, aunque sin expresión relevante.

Los profesionales que ejercían funciones en unidades de cuidados de salud personalizados obtuvieron un valor medio más elevado con 28,37 puntos, que corresponden al límite inferior de la clasificación *moderada* de capacidad de trabajo. El valor medio más bajo fue obtenido por profesionales con funciones en *unidades de salud pública*, con 27,47 puntos, correspondiendo a baja capacidad de trabajo. Pero, no hubo evidencias de que las mismas fuesen estadísticamente relevantes entre las varias unidades (p=0,472). Una vez más señalamos la importancia del contacto del profesional con el enfermo, que no ocurre tantas veces en las *unidades de salud pública* porque estos servicios son menos valorados por el usuario/enfermo, más operativos y burocráticos, incapaces de instigar su ejecutor y consecuentemente disminuir su capacidad para el trabajo (Toldo & Piccinini, 2007).

Relativamente al tipo de exigencias de actividad, 51% de los profesionales clasifica sus exigencias mentales y 48% considera que la naturaleza de sus exigencias es simultáneamente mental y física. Con relación a las exigencias de actividad, los profesionales evalúan su capacidad para el trabajo como buena y muy buena en 87% de la muestra, obteniendo las exigencias físicas 91% comparativamente a las exigencias mentales. Esta asunción fue reforzada en el análisis de contenido una vez que hubo unanimidad de referencias de los profesionales en cómo se sentían al final del día de trabajo, según los tramos del discurso: "¡Cansada, siempre cansada!; "¡Muy exhausta a nivel psicológico!!!"; "¡Cansada! Por la noche el cansancio es tanto que no consigo reflexionar"; "¡Cansada, súper cansada!; "¡Me siento cansada porque es una profesión exigente!".

Con respeto a este asunto se ha puesto la hipótesis de la *capacidad de trabajo* estar relacionada con las *exigencias de actividad* profesional. De hecho, 14% de la capacidad de trabajo es explicada por las *exigencias físicas* y 23% por *exigencias mentales*.

Los resultados de las entrevistas contribuyen para la comprensión de la relación entre la condición de salud física y mental y el desgaste provocado por la tarea. Los profesionales refieren lo que consideran más desgastante en el trabajo para su salud, siendo, en algunos casos, las causas posibles de las enfermedades nombradas: "¡Tengo alergias a causa del aire acondicionado!"; "¡El clima laboral negativo me afecta mucho!"; "¡Psicológicamente no me siento bien! "; "¡Muchas horas sobre las piernas!"; "¡El ruido de los pacientes! Llego al final del día y mi cabeza...."; "¡Las condiciones de trabajo no son las más favorables... ¡Cargamos siempre muchos pesos!"; "¡Las barras de atención al público no son muy buenos. Las personas se ponen encima de nosotros!"; "¡No tenemos una secretaria espaciosa! ¡No tenemos espacio!"; "¡ Coger el teléfono, nos vuelve locas! "¡No tenemos aire acondicionado. ¡Cogemos mucho calor! ¡Es una sauna!".

Los resultados de COPSOQ enseñan que para las subescalas en que el valor más alto corresponde al peor resultado, las subescalas con valores críticos o sea situaciones de riesgo para la salud, fueron los *Comportamientos Ofensivos* (4,67); *Exigencias Cuantitativas* (3,80); *Síntomas Depresivos* (3,67); *Problemas para Dormir* (3,51) y *Estrés* (3,31).

Los resultados mostraron que la COPSOQ para las subescalas en el que el valor más alto se corresponde con el peor resultado, las subescalas con valores críticos, es decir, el riesgo para la salud, eran comportamientos ofensivos (4,67); requisitos cuantitativos (3,80); Los síntomas depresivos (3,67); Los problemas del sueño (3.51) y Estrés (3.31).

El ofensiva Comportamiento fue la subescala que mostró valores más críticos, con diferencias estadísticamente significativas. Esta subescala está relacionada con la percepción de los trabajadores sobre los insultos y provocaciones verbales que están dirigidos, de exposición al acoso sexual y amenazas de violencia. Este hecho es mencionado por los encuestados, han sido víctimas de amenazas de violencia y la intimidación por parte de compañeros de trabajo y clientes, de acuerdo con los extractos del discurso: "Yo era la víctima de un colega ... Me hizo muy mal! Un colega que animó a otros colegas! Casi me golpeó ... Un día llegó mi mano a la cara! "; "Hay usuarios que me tratan muy mal ... Es lo mismo que me ofrecían chingo! No como yo. ¿Quién sabía cómo escribir, escribiendo en el libro amarillo, para que me despidieron! Dime: "hay que mirar a mí, si no se toma una palmada en la nariz." Ahora se ha convertido en un hábito !! El otro día era un muchacho joven, me ha llamado muchos nombres! Pero bueno, esto es ... ".

Además, los requisitos cuantitativos de la subescala destacaron por el volumen de trabajo y Pace. Los profesionales informaron que las largas horas de trabajo, que en muchas situaciones de trabajo más allá de su tiempo fuera necesario para terminar las tareas y el tiempo no es suficiente para las tareas a realizar. En cuanto a la mención Ritmo de Trabajo que tienen un elevado ritmo de trabajo, tener que hacer varias tareas al mismo tiempo; Se sienten muchas presiones, descontrolado y que causan estrés. Tenga en cuenta también que hay muchas interrupciones en las tareas que realizan y hacen referencia hay una mayor carga de trabajo en el momento de la fiesta, la falta de personal.

La salud mental (síntomas depresivos subescala), es uno de los aspectos más importantes de la salud de una persona y para la mayoría de la gente, es en sí mismo un pilar central de la calidad de vida. El trastorno mental leve (por ejemplo, depresión leve, nerviosismo), ansiedad, problemas de sueño), el estrés son factores de riesgo a los que están expuestos estos profesionales, siendo las enfermedades mencionadas, como resultado de diagnóstico médico y su opinión. percecionam profesional de estos factores de riesgo, que

es patente por extractos de las entrevistas de la siguiente manera: "Psicológicamente no caminar bien! Pero estoy reformarme, ya que el metil los papeles! "; A veces tenemos que tomar coisitas! "; "Sí, tengo que tomar algunas cosas ..."; "Tomo antidepresivos porque después de toda esta situación ... (silencio). Permítanme golpear la parte inferior! "; "Estas guerras hacen contra mí mal!.

Subescalas donde el valor más bajo es el peor valor, las subescalas que tienen situaciones más favorables para los profesionales son: sentido del trabajo; estado general de salud; La transparencia de la función del trabajo desempeñado; Posibilidad de desarrollo; demandas cognitivas; autoeficacia.

En cuanto al significado subescala de trabajo, este factor también mencionado por los encuestados como favorable para su salud, en referencia satisfacción en la profesión y en la realización del trabajo / tareas en el siguiente discurso: "sensación de que era útil para la persona que me encuentro. Aprovechando esa persona! "" Me gusta el contacto con los usuarios!! Es gratificante cuando podemos resolver los problemas de la gente y luego nos trae una gran satisfacción personal y profesional!! "; "Power Ayuda!"

Al principio de este estudio, se colocó la hipótesis de que la capacidad de trabajo fue influenciada por variables demográficas. Para evaluar la capacidad de trabajar el uso de TIC. Las variables sociodemográficas que componen la variable dependiente de esta hipótesis fueron: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, categoría profesional y lugar de trabajo. El resultado de la verificación de esta hipótesis llegó a la conclusión de que a pesar de la ausencia de diferencias estadísticas entre los grupos, todo lo revelado una capacidad para menos trabajo con los valores normativos para la edad. De hecho, los resultados demostraron que el medio es muy homogéneo entre las diferentes edades, pero también revelan que ninguno de los grupos de edad tienen puntuaciones que demuestran la capacidad de funcionar de manera satisfactoria, ya que los promedios son entre 26 y 29 puntos por debajo de los valores normativos, lo que demuestra una evidente falta de capacidad de trabajo. Además, el género no existe evidencia que muestre que hay diferencias en la capacidad para trabajar entre los géneros masculino y femenino. Con respecto y en relación con las TIC y otros datos de las variables demográficas no revelaron diferencias de capacidad para el

trabajo. Sin embargo, y aunque no podemos aceptar nuestro caso, debe tenerse en cuenta la baja capacidad de trabajo de estos profesionales.

La evaluación de la capacidad de trabajo en relación a las demandas físicas y mentales aceptan la hipótesis de que estos tienen un poder explicativo de los resultados de las TIC, y aporta el 14% y 23%, respectivamente.

Se estudiaron las diferencias entre los CoPsoQ 29 subescalas y la edad, género, estado civil, nivel educativo, categoría profesional y lugar de trabajo. Sin embargo, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo por lo que es debido a esto que será discutido por separado, los resultados. Los estudios que analizan los factores de riesgo psicosocial señalan como predictores de estos aspectos extrínsecos e intrínsecos a las personas para el trabajo, como el estrés, el agotamiento, el tipo de organización, desgaste profesional, enfermedad, acoso físico y riesgos toxicológicos, las características del trabajo y las relaciones interpersonal y liderazgo (Widanarko et al, 2015; Forastieri, 2013; Koolhaas et al, 2014; Stoxch § Tissot, 2012; Heponiemi et al, 2014; Vliert y tal, 2013; Lee et al, 2014). El CoPsoQ en su versión normal, la versión Inglés, muestra valores estadísticamente significativos que oscilan entre los grupos de edad superior e inferior a 38 años, pero no tiene ninguna referencia a otros grupos de edad, lo que invalida una comparación con los datos de este estudio. Los resultados del análisis de las subescalas CoPsoQ por género (donde el valor más alto es el peor valor) encontraron diferencias estadísticamente significativas en el comportamiento ofensivo y en las subescalas requisitos cuantitativos. La prueba de correlación entre las escalas muestra que existe una correlación significativa entre el 11 subescalas CoPsoQ y TIC. Sin embargo, las correlaciones son débiles no merecen relevancia (Bryman § Cramer, 1992).

Este trabajo contribuyó principalmente a la evaluación de la capacidad de trabajo y la exposición a factores de riesgo psicosocial de los profesionales en el cuidado de la salud, con el fin de promover su salud, seguridad y bienestar. Se tenía la intención de dar contenido a un sujeto que debe servir como una advertencia a los tomadores de decisiones que nunca, nos encontramos con los números y los resultados finales, observamos los números relacionados con el absentismo, los casos de agotamiento, el cansancio y en estos casos, comprender que cuando el aumento de los números, reduce el bienestar, la satisfacción y la

motivación de los profesionales y a su vez la productividad y la calidad de los servicios de salud.

En este contexto, y observando que hay situaciones de riesgo para la salud de estos profesionales no son los creadores de estas unidades siguen siendo indiferente a este problema. La necesidad de apoyo médico y promoción de la salud en las organizaciones para la prevención de riesgos laborales es imprescindible.

Es pertinente para la evaluación y gestión de riesgos psicosociales y la adopción de medidas lograr una combinación positiva entre las características psicosociales y recursos individuales con el fin de promover condiciones de trabajo saludables; estimular la claridad y la transparencia organizativa; garantizar el respeto y el trato justo, así, fomentar la promoción de la reconciliación vida profesional / familiar con el fin de minimizar los riesgos psicosociales y vulnerabilidades en profesionales de la salud.

Algunas limitaciones del estudio fue la difícil participación de los individuos en el trabajo conjunto en el estudio; representatividad de la muestra a la población de trabajadores portugueses que no sea una muestra aleatoria. Se propone para futuras investigaciones resaltar las contribuciones esenciales del estudio y establecer futuras líneas de investigación destacando la importancia de continuar con otros estudios científicos, así como la mejora de algunos aspectos que lo componen, aplicando el mismo estudio en otras unidades de salud .

Completado este estudio, se pretende que su contribución resalte la necesidad de identificar y analizar algunas cuestiones desde el punto de vista de las condiciones de trabajo y de los trabajadores como el principal actor en el contexto de trabajo. Es necesario implementar estrategias que alteran su capacidad de trabajo y la protección de los factores de riesgo psicosocial. Durante este estudio, se dio cuenta de que es esencial que haya una efectiva intervención con el apoyo profesional para coordinar las medidas proactivas de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

INTRODUÇÃO.

Os países industrializados têm vindo a sofrer alterações sociodemográficas significativas. O trabalho tem de ser visto como resultado de um processo dinâmico entre os recursos individuais, influenciados por vários fatores, nomeadamente, estilo de vida, processo de envelhecimento e exigências do trabalho, sendo a saúde considerada um dos principais responsáveis pela capacidade para o trabalho, afetado por insónias, dificuldade de concentração, falta de apetite, dores musculares, fadiga, ansiedade entre outros (Padula et al., 2012).

As mudanças sociodemográficas ocorridas, fazem prever alterações ao nível do trabalho traduzido no crescente interesse em muitos países, em desenvolver mecanismos de lidar com o desafio de uma força de trabalho, condicionada por uma série de determinantes, assente numa abordagem interventiva, (uma intervenção imediata ao nível da motivação dos trabalhadores ou através de formação e novas formas de trabalho), e preventiva (planeamento junto dos recursos humanos a longo prazo e as práticas de gestão da idade).

As caraterísticas subjacentes ao trabalho tais como, as condições e exigências do trabalho assim como os recursos individuais, nomeadamente a saúde e capacidade funcional, conhecimento, competências, valores, atitudes e motivação, são os principais determinantes da capacidade para o trabalho. Não há duvida que numa era de mudança é necessário promover a capacidade para o trabalho, integrando aspetos físicos, mentais e sociais, assim como as exigências do trabalho e os aspetos da comunidade de trabalho, organização e ambiente de trabalho (Renosto, Biz, Hennington, & Pattussi, 2009).

Neste contexto, o presente trabalho consolida-se em duas partes. A primeira é relativa à revisão da literatura e pretende constituir um enquadramento teórico-concetual, na qual abordaremos aspetos relativos ao trabalho, idade e capacidade para o trabalho, caraterísticas sociodemográficas, quanto à sua terminologia, construções e implicações e que sirva de referência ao estudo empírico, pelo que se expõe alguns conceitos e modelos considerados fundamentais para esta investigação.

Para a concretização dos objetivos propostos, desenvolveu-se um estudo empírico, que constitui a segunda parte desta dissertação, onde se faz a descrição do estudo em termos metodológicos, onde se apresenta o tipo e desenho de investigação, objetivos, variáveis em estudo, hipóteses formuladas, universo e amostra, instrumentos adotados para a recolha de dados, bem como todos os procedimentos envolvidos.

Após a apresentação dos resultados obtidos efetuamos a discussão dos mesmos, com base no enquadramento teórico-concetual, evidenciando os seus significados e retirando implicações teóricas, empíricas e práticas. Por último, apresentam-se as conclusões da investigação, limitações do estudo, propostas para futuras investigações e considerações finais.

Motivação do autor

É incontestável que o sentido do trabalho é compreendido como um componente da realidade social contruída e reproduzida que interage com diferentes variáveis pessoais e sociais e influência as ações das pessoas e natureza da sociedade. É necessário que exista sentido no trabalho para que exista uma vida cheia de sentido, fora do trabalho. Assim, é necessário que estejam reunidas um conjunto de condições favoráveis para o trabalhador.

Neste sentido e no decurso das funções enquanto profissional de saúde, nos cuidados de saúde primários pode constatar que a realidade dos locais de trabalho muitas vezes é pouco risonha para os profissionais, tendo sido um mote de motivação para a realização deste estudo.

Interesse do estudo

Assim, neste trabalho foram avaliadas as capacidades para o trabalho e as exposições aos fatores de risco psicossociais com os dados sociodemográficos, dos profissionais.

Pretende-se que este estudo contribua principalmente para identificar grupos profissionais vulneráveis quanto aos fatores de risco psicossociais e identificação de possíveis casos de exposição a esses mesmos fatores e implementação de estratégias de intervenção de acompanhamento psicológico.

Há que intervir tanto em termos individuais como coletivos, nas condições e ambiente de trabalho, visando restaurar e manter a capacidade para o mesmo, reduzir a fadiga e permitir melhorias nas condições saúde e na qualidade de vida desta população.

Pretende-se ainda, que este estudo seja uma mais-valia para os locais de trabalho do setor da saúde, ao permitir identificar riscos existentes nas funções desempenhadas pelos profissionais, dando às diversas organizações a oportunidade de atuar sobre os riscos identificados de forma a eliminá-los ou reduzi-los e consequente promovendo a saúde, segurança e o bem-estar dos profissionais.

PARTE I - MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1 - IDADE E TRABALHO

1.1. Alterações Sociodemográficas da População

Vários estudos demonstraram uma relação entre "idade" e "capacidade para o trabalho nos profissionais de saúde (Tuomi et al., 1991, Ilmarinen et al., 1997, Costa et al., 2002 citados por Camerino et al., 2006). A capacidade para o trabalho varia de país para país e nas diferentes faixas etárias. Essas diferenças estão diretamente relacionadas com as condições de trabalho, oportunidades profissionais e de carreira, políticas de saúde ocupacional e idade das pensões. Um estudo desenvolvido em cinco país (Finlândia, Alemanha, França, Polónia, Eslováquia), mostrou diferenças na capacidade para o trabalho, entre trabalhadores jovens e mais velhos. A Finlândia foi o país onde os trabalhadores foram obrigados a continuar a trabalhar, apesar da idade e da baixa capacidade para o trabalho evitando desta forma a reforma antecipada. Há que encontrar formas criativas de incentivo para que os trabalhadores permaneçam na sua vida profissional ativa, tais como horários de trabalho mais flexíveis, políticas favoráveis de apoio à família e disponibilidade de oportunidades para a educação profissional contínua. As características sociodemográficas de uma população e as práticas de mobilidade, estão diretamente relacionadas com os diferentes tipos de capital social. O aspeto demográfico e marginalidade espacial ou, por outro lado, a integração na rede urbana regional são fatores a ter em conta no mercado de trabalho disponível. A falta de mobilidade social enfraquece o capital social, levando os mais jovens a sair para encontrar trabalho noutro lugar. O espaço mais integrado e menos marginalizado é habitado por pessoas qualificadas e mais jovens, logo com acesso a mais oportunidades de trabalho (Camerino et al., 2006; Chung J. Park, J. Cho, M. Park, Y. Kim, D. Yang, D. Yang, 2015; A. F. Costa, Puga-Leal, & Nunes, 2011; Fischer et al., 2002; Safari, Akbari, Kazemi, Mououdi, & Mahaki, 2013).

1.2. Consequências do Envelhecimento da População

O envelhecimento global desencadeará uma crise que irá afetar toda a economia mundial e que pode colocar em risco até mesmo a democracia. O número de adultos mais velhos está a crescer rapidamente em todo o mundo com a taxa de aumento maior nos países menos desenvolvidos. Com a expectativa de vida a aumentar em todo o mundo, é uma prioridade determinar se os anos extras que estão sendo adicionados são anos saudáveis ou débeis (Chatterji, 2013). O desafio do envelhecimento global, pode ser sentido como um enorme iceberg, que avulta no futuro das maiores economias e das mais ricas do mundo. Acima da linha de água está o crescimento sem precedentes do número de idosos e o declínio sem precedentes no número de jovens ao longo das próximas décadas, sob a água estão os custos económicos e sociais, que ameaçam falir, que vão acompanhar essa transformação demográfica, a menos que tome medidas no tempo (Peterson, 1999). Tem de se aproveitar esta a oportunidade única em que existe a consciência global do que está acontecer, para colocar gerações velhas e jovens a trabalharem juntas. Precisamos pensar novas instituições que nos ajudem a conviver com um mundo mais velho.

A questão do envelhecimento sociodemográfico da população portuguesa é recente em relação ao fenómeno concreto, começou na década de 1960 – época em que a natalidade se mantinha ainda relativamente elevada – sob o efeito de dois tipos de emigração: movimentos externos para países europeus e movimentos internos para o litoral urbano, mas impôs-se muito rapidamente e figura atualmente entre os cinco ou seis países com o índice de envelhecimento mais alto do mundo, em grande parte devido aos anos de crise financeira e recessão económica em que temos vivido e as perspetivas de evolução a curto e médio prazo são de aumento certo (Bandeira et al., 2014).

"O conceito de envelhecimento demográfico designa, no essencial, a progressiva diminuição do peso das gerações mais jovens a favor das gerações mais velhas. O início dessa mudança coincide em geral com a descida da natalidade, que, porque substitui gerações mais plenas por gerações mais vazias, provoca a redução da base masculina e feminina da pirâmide e o consequente alargamento do peso das gerações mais velhas no topo" (Bandeira et al., 2014).

As consequências são claras já que uma parte da economia está diretamente relacionada com as decisões de manutenção da vida ativa dos mais velhos no que respeita ao emprego, uma vez que o ónus económico das políticas de sustentabilidade do envelhecimento da população depende do tempo de descontos e emprego dos adultos mais velhos. Se os trabalhadores se reformarem com as idades relativamente jovens, típico das gerações passadas, então o envelhecimento irá reduzir o rácio de pessoas que pagam impostos e permitem desta forma o acesso a benefícios sociais e à saúde. Para evitar este declínio, os trabalhadores mais jovens vão ter de pagar impostos mais elevados para tornar o sistema sustentável e trabalhar mais tempo, estimulando a economia e aumentando os padrões de vida para os trabalhadores e não trabalhadores (Johnson, Mermin, & Resseger, 2011, p. 3).

Para além do exposto, a incapacidade, motivada pelo envelhecimento natural, faz com que o indivíduo também tenha a perceção de ser menos capaz de ocupar o seu posto de trabalho, do que há alguns anos atrás, o que remete para a criação de condições seguras no emprego, principalmente quando o trabalho exige grande esforço físico (Padula, Silva Valente, Moraes, Chiavegato, & Cabral, 2012).

1.3. Envelhecimento e Trabalho

Entendemos o envelhecimento como fenómeno natural e processual, que vai do útero ao túmulo. Por sua vez, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação e corpo impulsiona, regula e controla, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana e como tal é uma atividade exclusivamente humana. O trabalho é o fundamento da vida humana e, em determinado aspeto, criou o próprio homem. Depois da palavra articulada, o trabalho foi o marco decisivo da transformação evolutiva do cérebro do macaco em cérebro humano(Souza, Matias, & Brêtas, 2010).

Existe uma relação entre a idade cronológica, o declínio cognitivo e os riscos para a saúde. Indivíduos com habilidades cognitivas mais elevadas tendem a viver mais tempo e são mais saudáveis, de tal forma que o declínio cognitivo, tem sido descrito como um bom

preditor de morbidade e mortalidade. A função cognitiva é uma característica que está associada ao envelhecimento, mas não determinados pela idade cronológica. Com efeito, alguns indivíduos envelhecem mais cedo do que outros dependendo da escolaridade (os mais escolarizados tendem a desenvolver e a participar em atividades cognitivamente estimulantes durante a sua vida) da saúde física, mental e cognitiva.

Cho, Park e Lim (2010), desenvolveram um estudo empírico comparativo sobre algoritmos para serem implementados num sistema de estimativa da idade biológica e concluíram que a Idade biológica é um conceito abstrato para o qual uma definição concreta e precisa é difícil de encontrar, apesar de inúmeras abordagens em artigos científicos, ao longo do último meio século. A idade é determinada por características físicas, psicológicas e sociais do indivíduo, em vez de cronologia (Cho et al., 2010).

O ambiente tem um poderoso efeito sobre muitos atributos, incluindo as habilidades cognitivas. A mais simples robusta demonstração deste fato é o fenómeno conhecido como "Efeito de Flynn", que é caracterizado por um aumento no QI através de sucessivas gerações durante os últimos 30 anos, mostrando um aumento no QI de aproximadamente 18 pontos ou mais por geração nos resultados de testes de inteligência fluída em todo o mundo. Se extrapolarmos linearmente, a diferença poderia sugerir que um indivíduo que se situasse no percentil 90 há 100 anos atras, hoje, se ainda fosse vivo, estaria no 5º percentil. Este facto demonstra que o efeito é mais provável ser ambiental porque mudanças genéticas sucessivas desta magnitude não poderiam ter ocorrido e exerceriam pouca influência num período tão curto. Os testes psicométricos de inteligência indicam que o ambiente pode estar exercendo um poderoso efeito sobre a inteligência mesmo que em interação com os genes; inteligência pode ser, e está a ser, modificada. A mensagem mais importante que podemos extrair destes estudos é que o ambiente pode ter e tem tido um efeito robusto sobre as habilidades intelectuais, independente do que possa ser a hereditariedade da inteligência. Mas o facto de que cada geração superar a pontuação da geração anterior em termos de QI, significará que nos estamos a tornar mais espertos, ou apenas pensamos de modo diferente?. Genes e ambiente usualmente funcionam um atrás do outro, não em oposição. E o que dizer sobre o trabalho? Bem, em 1900, 3% dos americanos praticavam profissões que exigiam o uso de cognição. Apenas 3% eram advogados, médicos, ou professores. Hoje, 35% dos americanos praticam uma profissão que exige o uso de cognição não apenas para profissões tais como advogados, ou médicos, ou cientistas ou palestrantes, mas várias outras atividades profissionais relacionadas com técnicas, programação, etc..

Estas diferenças têm sido demonstradas através de vários testes (incluindo testes de QI clássicos) e atribuídas ao chamado efeito Flynn, cujos recentes estudos têm mostrado que este se estende às populações mais velhas, face ao elevado sucesso destas gerações, em termos do funcionamento cognitivo, comparativamente às anteriores. As teorias para explicar o efeito Flynn, apontam como responsáveis, uma melhor educação, melhor assistência médica, nutrição e redução do tamanho da família (Bordone, Scherbov, & Steiber, 2015)

É de modo geral assumido, que os fatores responsáveis pelo efeito Flynn são de índole ambiental e não genética, tendo em conta a velocidade com que as habilidades cognitivas médias têm vindo a aumentar. A estrutura genética subjacente às manifestações da inteligência, (ainda) não a podemos mudar mas podemos mudar as manifestações ou as expressões dos genes no ambiente.

Uma vasta gama de profissões hoje exige o uso de cognição, e nós só podemos corresponder às exigências de trabalho do mundo moderno sendo cognitivamente bem mais flexíveis. E não é só que temos mais gente em profissões que exigem o uso cognitivo. As profissões se aprimoraram. Compare-se o médico de 1900, que na verdade tinha apenas alguns truques debaixo da manga com o clínico geral ou o especialista moderno, com anos de treino científico. Compare o banqueiro de 1900, que só precisava de um bom contabilista e de saber quem era de confiança na comunidade local para quitar uma hipoteca. Bom, os banqueiros que criaram a crise podem ter sido moralmente faltosos mas, cognitivamente, foram muito hábeis, muito além daquele banqueiro de 1900. Eles tiveram que examinar projeções computacionais para o mercado imobiliário. Eles tiveram que entender as complicações dos títulos CDO (Collaterized Debt Obligation) para reempacotar as dívidas e fazê-las parecer com que fossem, na realidade, um ativo lucrativo. Tiveram que criar argumentos para que as agências de crédito lhes dessem a classificação AAA, apesar de, em muitos casos, eles terem praticamente subornado/ corrompido as agências de crédito. E tiveram, é claro, que fazer com que as pessoas aceitassem esses supostos ativos e que

pagassem por eles mesmo sendo de elevado risco e altamente vulneráveis. Um administrador de uma fazenda hoje é muito diferente do fazendeiro de 1900. Portanto, não é apenas a difusão de profissões que exigem o uso da cognição, é também o aprimoramento de suas tarefas como no caso de advogados, médicos e outros mais que criaram maiores buscas às nossas faculdades cognitivas. Alguns dos hábitos mentais que desenvolvemos durante o século 20 nos deram resultados em áreas inesperadas, como educação, trabalho, ética, debate moral, preceitos raciais, etc.. Hoje estamos além das convenções e atitudes concretas herdadas, levamos a sério o hipotético, e sem o hipotético, é muito difícil argumentar, investigar, teorizar (Flynn, 2013).

Mas o hipotético também tem o seu lado negativo, já que face à capacidade de predição e dedução. O ser humano pensa "e quando eu deixar de trabalhar?" seja pela reforma ou pelo desemprego, será que me continuam a valorizar?

Com efeito o trabalho na vida dos seres é sobrevalorizado e quando este deixa de ser vivenciado compromete a qualidade do envelhecimento, em especial se lhe faltarem habilidades e condições para incorporar e priorizar outras atividades e valores. Compreendemos que, no sistema capitalista, o trabalhador é obrigado a vender a sua força de trabalho para garantir a própria subsistência e/ou a de seus familiares. Entretanto, a forma como é encarada a força de trabalho contribui para a perceção do saldo negativo entre perda de funções físicas e mentais e o envelhecimento mesmo que ancorado na acumulação de experiência e sabedoria. Este facto leva ao envelhecimento silencioso que só é identificado quando o indivíduo tem a sua capacidade funcional comprometida, quando compara a sua imagem atual com a dos tempos passados, quando a ausência do trabalho pode ser substancialmente responsável pela redução da qualidade de vida de envelhecimento/velhice. Quando o trabalho finda e se é idoso, a sua situação tende a piorar, pois a maioria das reformas não são suficientes para cobrir muitas das despesas e a isso se acresce o status social do idoso numa sociedade que privilegia o novo ou a novidade. Assegurar o processo de envelhecimento com dignidade será o grande desafio para os movimentos sociais atuais e futuros (Souza et al., 2010).

Aqui o hipotético pode ajudar, no sentido de imaginar diferentes estratégias de resistência para sobrevivência à expropriação do trabalho.

CAPITULO 2 - CAPACIDADE PARA O TRABALHO

2.1. Conceito de Capacidade para o Trabalho

Capacidade para o trabalho é um conceito multifacetado, que engloba áreas como, educação, formação, história de emprego e *status*, relacionamentos com colegas e apoio dos gestores (Camerino et al., 2006).

A capacidade para o trabalho está relacionada com fatores físicos, ambientais e psicossociais, e é diretamente influenciado por características individuais e profissões.

Não têm sido descritas diferenças entre a capacidade de trabalho e o género e idade, embora as respostas dadas para obtenção do Índice de Capacidade de Trabalho (ICT) nos trabalhadores mais velhos seja mais variável. O ICT está relacionado com as exigências do trabalho, a saúde e as capacidades físicas e mentais do trabalhador. Com efeito, as exigências no local de trabalho têm aumentado com o aparecimento da tecnologia, minimizando a carga física, mas aumentando as exigências mentais, aumentando os sintomas mentais e somáticos entre os trabalhadores, influenciando diretamente a capacidade para trabalhar (Padula et al., 2012).

O trabalho tem de ser visto como resultado de um processo dinâmico entre os recursos individuais e influenciado por vários fatores, nomeadamente, os sociais, o estilo de vida, a demografia, o processo de envelhecimento e as exigências do trabalho, sendo a saúde considerada um dos principais responsáveis pela capacidade para o trabalho, afetado por insónias, dificuldade de concentração, excessiva ou falta de apetite, dores musculares, fadiga, ansiedade entre outros (Padula et al., 2012).

Um estudo efetuado na Alemanha, que integrou 126 membros da equipa de seis serviços de atendimento domiciliário, que foram avaliados pelo ICT, demonstrou que o score é influenciado pela pessoa que faz a entrevista. Neste estudo quando a entrevista foi efetuada por um profissional não médico a pessoa entrevistada lembra-se ou cita menos doenças

medicamente diagnosticadas e relata mais doenças/sofrimentos. Contrariamente, se for um médico a realizar a entrevista, as doenças relatadas pela própria pessoa são apenas as diagnosticadas por um médico, ficando de fora sofrimentos ou outros aspetos diretamente relacionados com a saúde. Este facto reveste-se de elevada importância uma vez que apenas o número de doenças diagnosticados por um médico é refletido no valor do ICT (Geissler, Tempel, & Geissler-gruber, 2005).

Numa sociedade em desequilíbrio face ao envelhecimento progressivo surgem inevitavelmente problemas sociais. Compete aos gestores, ergonomistas e médicos do trabalho a consciencialização de que os trabalhadores mais velhos, são mais vulneráveis às mudanças e ao trabalho noturno e por turnos e por conseguinte devem ser protegidos deste tipo de agressões e rentabilizados em espaços onde possam produzir mais sem agravos à saúde, tal como defendido pela Convenção da OIT nº. 171-1990 e pela Diretiva Europeia 93/104 (T, 2005). Manter e melhorar a capacidade para o trabalho dos funcionários é importante para aumentar a produtividade e prevenir o indesejado abandono precoce do trabalho (Airila, Hakanen, & Punakallio, 2012).

Airila et al. (2012) demonstrou que o envolvimento/compromisso com o trabalho assume um papel importante na potenciação da capacidade para o trabalho. Aspetos como, boa higiene do sono, atividade física frequente, não fumar, carga de trabalho moderada, e boas condições de trabalho, contribuem para a boa capacidade para o trabalho. Deste modo, a promoção do estilo de vida ou condições de trabalho, estarão associadas a um estado positivo e motivacional no trabalho, responsáveis pelo aumento da autonomia no trabalho e respetiva manutenção da capacidade de trabalho, diminuindo o risco de um abandono precoce do trabalho. Assim, para a manutenção da capacidade de trabalho, é fundamental promover o estilo de vida ou condições de trabalho, de modo a manter e melhorar a capacidade para o trabalho e consequentemente aumentar a produtividade e impedir saída precoce da vida de trabalho. Trabalhos altamente exigentes requerem, como condição prévia, resiliência para lidar com tarefas exigentes em diversas condições de trabalho.

As características do trabalho, tais como condições de trabalho e as exigências do trabalho, assim como os recursos individuais, nomeadamente a saúde e capacidade funcional, conhecimento e competências, valores, atitudes e motivação, são os principais

determinantes da capacidade para o trabalho. A capacidade pessoal para realizar tarefas de elevado desgaste é fundamental para muitas ocupações fisicamente exigentes. A relação entre a eficácia operacional e o efeito negativo do elevado consumo energético da sobrecarga de trabalho assim como da fadiga sobre a saúde humana a está bem documentado (Drain, Billing, Neesham-Smith, & Aisbett, 2016).

Apesar da natureza crítica de tarefas de pesadas, para estas ocupações não existe um modelo validado capaz de prever a duração do trabalho aceitável para os indivíduos para realizar com as tarefas êxito. O modelo de duração de trabalho máximo aceitável tem sido proposta como um modelo fisiológico para a previsão de desempenho em ocupações fisicamente exigentes, no entanto, são baseados no desempenho desportivo. Em termos empíricos, a idade, o consumo de álcool, a obesidade, as exigências do trabalho e carga de trabalho físico têm sido associados à diminuição da capacidade para o trabalho entre as amostras representativas da população ativa, bem como o excesso de peso, alterações do equilíbrio corporal, baixos salários, elevada exigência mental e falta de autonomia no trabalho. Um trabalhador motivado e enérgico, que se identifique fortemente com o seu trabalho, tem melhor capacidade para o trabalho. Para além do envolvimento com o trabalho, nomeadamente, bom sono, exercício físico frequente, baixa carga horária de trabalho e exigências físicas e bons recursos para a execução de tarefas. Assim, a promoção do estilo de vida, das condições de trabalho, e motivação para o trabalho são aspetos fundamentais para a manutenção da capacidade de trabalho, diminuindo o risco de aposentadoria precoce (Airila et al., 2012).

A população está a envelhecer cada vez mais. Muito se sabe sobre as implicações médicas dessa tendência, mas pouco se sabe sobre as implicações no que respeita ao exercício profissional (Bridger & Bennett, 2011).

Para além do desafio do envelhecimento outro problema se coloca, é que a capacidade de trabalho também diminui com a idade. Geralmente, as mudanças na capacidade física são muitas vezes difíceis de distinguir das que advém do envelhecimento, porque os hábitos de trabalho e os estilos de vida podem acelerar ou retardar essas mudanças. Trabalhos físicamente exigentes diminuem para metade a capacidade de trabalho num período de 10 anos, mas o exercício físico regular pode manter a capacidade física praticamente inalterada

entre os 45 e os 65 anos (Safari et al., 2013) o que demonstra a importância da existência de atividade física em contexto laboral para o trabalhador, para a sustentabilidade das empresas e para o sistema de solidariedade (Padula et al., 2012).

Vários estudos demonstraram uma relação entre "idade" e "capacidade para o trabalho nos profissionais de saúde, que se encontram diretamente relacionadas com as condições de trabalho, oportunidades profissionais e de carreira, políticas de saúde ocupacional e idade das pensões. Baixa capacidade para o trabalho está, igualmente associada à maior intenção de deixar o exercício da profissão, mais significativa nos mais jovens, muito provavelmente por terem mais oportunidades do que seus colegas mais velhos em encontrarem empregos mais agradáveis.

A baixa perceção da capacidade de trabalho aumenta com a idade e é um fator que os políticos e gestores devem ter em conta na tomada de decisões, como parte de suas estratégias globais para aumentar a retenção de profissionais qualificados. Há que encontrar formas criativas de incentivo para irem de encontro às necessidades específicas dos mais velhos e dos mais novos, tais como horários de trabalho mais flexíveis, políticas favoráveis de apoio à família e disponibilidade de oportunidades para a educação profissional contínua (Camerino et al., 2006).

A capacidade para o trabalho (CT) é fundamental para o bem-estar dos mais velhos, e pode ser influenciado por fatores externos. O envelhecimento funcional é, muitas vezes, notado antes de envelhecimento cronológico, contudo há estudos nacionais e internacionais, que mostram que o trabalho formal ou voluntário é um protetor importante de incapacidade e está relacionado com a manutenção do bem-estar, atividade física e estilo de vida ativo nos idosos. A diminuição da capacidade física do idoso está relacionada com a diminuição da sua capacidade para o trabalho e da sua participação social.

Dado que o rápido envelhecimento da população é um fenómeno que ocorre à escala mundial, a ele está associado o aumento da participação dos idosos no mercado de trabalho, é necessário identificar os fatores associados à manutenção da capacidade para o trabalho durante o processo de envelhecimento. São variadas as abordagens sobre o envelhecimento e o trabalho. Amorim, Salla e Trelha (2014) numa revisão acerca dos fatores associados à

capacidade para o trabalho em idosos inseridos no mercado de trabalho apontam como fatores associados negativamente à capacidade para o trabalho, o tabagismo, tempo/anos de serviço, esforço físico de trabalho e stress. Os fatores positivos de manutenção da capacidade para o trabalho são as condições financeiras, a atividade física regular, trabalho voluntário e atividades ocupacionais de esforço mental e a proteção dos idosos em atividades que o podem expor ao declínio funcional. Esta mesma revisão comprova que os idosos que são voluntários e / ou que permanecem ativos e ocupados após a reforma, apresentam-se com melhores condições cognitivas, maior satisfação com a vida e bem-estar, mantendo-se na realização das suas atividades de vida diárias, de forma independente. Idosos que se envolvem em atividades produtivas são menos propensos a desenvolver a síndrome de fragilidade, independentemente da idade, ao contrário dos idosos que após a reforma se tornam inativos. Estes têm maiores taxas de depressão. A capacidade física dos indivíduos também é um determinante fundamental para a sua permanência no mercado de trabalho e menor taxa de absentismo. Em termos de participação social, há estudos que apontam que o trabalho é uma fonte de manutenção da independência, cooperação e interatividade. Também o esfoço mental exigido pelo trabalho, foi apresentado como associação positiva de proteção dos idosos da perda de capacidade para o trabalho, pelo que, o trabalho é um mecanismo fundamental de preservação cognitiva durante o envelhecimento. Por sua vez, a memória, aprendizagem, atenção e processamento de informação são influenciadas pelo tipo de trabalho. Assim sendo e para que a alta produtividade não seja posta em causa, é fundamental que fatores como o stress, pressão de tempo e decisões complexas se devam evitar nos idosos e que a carga de trabalho seja ajustada de modo a promover a sua inclusão social.

A permanência dos idosos no mercado de trabalho torna-se cada vez mais uma necessidade, dado que os sistemas de cuidados de saúde e segurança social se têm demonstrado ineficazes. Contudo, para que tal seja possível, há que efetuar certos ajustes como exigências físicas que podem despoletar o envelhecimento funcional precoce.

Os estudos desenvolvidos pelo FIOH (Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional), a partir dos anos oitenta (instituição pioneira e de extrema importância na avaliação dos fatores que influenciam a capacidade de trabalho dos idosos) concluíram que o declínio do nível de capacidade para o trabalho se repercutiu em doenças e sintomas nefastos, a reforma

antecipada ou afastamento por incapacidade e morte precoce, Com base nestes conhecimentos, foi estruturado um modelo para a manutenção da capacidade para o trabalho, o qual integra quatro diferentes áreas de ação: melhorias das condições de trabalho, melhorias na organização e no ambiente psicossocial do trabalho, promoção da saúde e dos recursos individuais e desenvolvimento das competências profissionais, cuja validade foi testada com base nos dados obtidos de 1.101 trabalhadores finlandeses, entre 1992 a 1997, aos quais foram aplicadas as ações acima mencionadas, mostrando que estas tinham uma relação estatisticamente significativa com a capacidade para o trabalho. Por sua vez, também ficou demonstrado que a capacidade para o trabalho, esteve positivamente associada à qualidade e produtividade no trabalho. Na continuidade deste estudo, outra pesquisa desenvolvida junto de 1.389 trabalhadores finlandeses, entre 1997 e 2000, mostrou que uma boa qualidade de capacidade para o trabalho esteve relacionada com o bem-estar mental, menor exaustão emocional dos trabalhadores e a um elevado desempenho e capacidade competitiva das empresas (Amorim et al., 2014).

2.2. Capacidade para o Trabalho e Idade

As mudanças sociodemográficas ocorridas fazem prever uma escassez futura de trabalho. Daí, o interesse crescente em muitos países, em desenvolver mecanismos de lidar com o desafio de uma força de trabalho em envelhecimento. A planificação tem de ser estratégica seja uma abordagem reativa (uma intervenção imediata ao nível da motivação dos trabalhadores mais velhos ou através de formação e novas formas de trabalho), seja uma abordagem preventiva (planificação, junto dos recursos humanos a longo prazo e as práticas de gestão da idade). As modificações demográficas constituem o maior desafio desde a Segunda Guerra Mundial, ao nível do aumento das reformas antecipadas, pelo que, há que tomar medidas de inversão, sob pena do sistema de previdência ocidental ruir.

Vários pesquisadores do Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional (FIOH) desenvolveram estudos sobre a gestão da idade, e aconselham o recurso a soluções individuais que se encaixem com as mudanças dos pontos fortes e fracos durante o envelhecimento deve ser desenvolvida, e a adotarem uma postura de mente aberta, no que

toca a mudanças na organização do trabalho. Contudo, esses gestores e ou supervisores, deverão ter formação que lhes permitam adotarem essas habilidades. Os gestores ao receberem formação sobre o tema, com mais facilidade identificaram as necessidades e qualificações dos trabalhadores mais velhos, ajudando a motivar os trabalhadores mais velhos a permanecerem mais tempo na vida profissional. Alterações de Suporte na organização do trabalho; fortalecimento influência, a flexibilidade, a individualidade, trabalho em equipa, formação, etc., são alguns dos aspetos sugeridos, de modo a quebrar as tendências negativas de altas taxas absentismo por doença e reformas precoces (antes dos 65 anos). No entanto, os resultados positivos não serão possíveis sem trabalho duro e um compromisso por parte dos empregadores, empregados e sindicatos, na quebra de barreiras e encontrar novas maneiras de desenvolver uma organização de trabalho amigável com a cooperação entre os vários parceiros sociais.

O principal obstáculo para um programa de gestão de idade bem-sucedido, é a falta de conhecimento, acerca da forma como o envelhecimento pode afetar (positivamente ou negativamente) a capacidade para o trabalho. Geralmente, os gerentes tendem a considerar as pessoas mais jovens, mais flexíveis e mais recetivas às mudanças, subestimando muitas vezes a capacidade dos trabalhadores idosos para se adaptarem a novos métodos e conhecimentos.

Em suma, os princípios básicos de Gestão de idade não é um processo imediato e só pode ser bem-sucedido com muito empenho e persistência por parte não só da gestão de topo e gerentes de nível médio, como também de sindicatos (Inga & Ennals, 2005).

O estudo de Airila (Airila et al., 2012), desenvolvido em bombeiros Finlandeses, mostrou que a idade está negativamente relacionada com a capacidade para o trabalho.

Heidemer e Satudinger (2014), desenvolveram um estudo com 747 indivíduos sobre, as diferenças de idade em metas de realização e características motivacionais numa força de trabalho envelhecida, concluindo ser necessário promover a produtividade e aprendizagem contínua ao longo da vida, compreender os antecedentes cognitivos e motivacionais que justifiquem ou expliquem o sucesso dos trabalhadores de meia-idade e mais velhos. Os autores refutam a noção de uma associação universalmente negativa entre idade e

desempenho no trabalho dando relevância à experiência que compensa em habilidades as perdas cognitivas relacionadas com a idade. No entanto, concluiu que a idade está negativamente relacionada com alta autoeficácia para a aprendizagem e desenvolvimento em contextos de trabalho. Na revisão efetuada pelos autores, fica claro que os trabalhadores mais velhos evidenciaram uma menor adequação às mudanças organizacionais e que a motivação dos mais velhos desempenha um papel importante objetivos de realização profissional, mas, não há muita informação disponível sobre as diferenças de idade em termos de metas de realização/ resultados desejáveis ou seja aprendizagem, evitamento, desempenho, evasão/ estagnação (Heidemeier & Staudinger, 2014).

Camerino et al. (2005), num estudo com 27.146 enfermeiros, concluíram que todos os grupos estão igualmente expostos a condições adversas de trabalho, independentemente da idade e género. Um outro estudo realizado na Austrália, em 2011, baseado em respostas de 2721 trabalhadores, conclui que a retenção de mulheres em idade avançada, no mercado de trabalho, será fundamental para fornecer os seus cuidados de saúde futuros (Austen, Jefferson, Lewin, Ong, & Sharp, 2015).

Um estudo (Chung J. Park, J. Cho, M. Park, Y. Kim, D. Yang, D. Yang (Chung J. Park, J. Cho, M. Park, Y. Kim, D. Yang, D. Yang, 2015), sobre as relações entre idade, experiência de trabalho, cognição e capacidade para o trabalho em trabalhadores mais velhos a trabalhar na indústria pesada, revelou que a capacidade de trabalho em funcionários mais velhos não aumenta com o número de anos de trabalho, mas com o reforço da capacidade cognitiva.

Os trabalhadores mais velhos têm uma taxa mais elevada de lesões do que os mais jovens e há, por isso, uma necessidade de identificar estratégias para resolver este problema. Os trabalhadores mais velhos têm uma capacidade para o trabalho mais reduzida, são menos ativos fisicamente e menos aptos do que os trabalhadores mais jovens. Uma capacidade de trabalho reduzida significa que existe maior propensão ao desgaste e assim um maior risco de lesão. O exercício físico pode potencialmente ajudar este problema. Está demonstrado que, na população geral, o treino físico melhora as condições físicas em pessoas mais velhas no entanto não houve nenhuma avaliação em meio laboral com trabalhadores mais velhos, que comprovasse que os programas de ginástica laboral são viáveis e podem melhorar a

aptidão e capacidade de trabalho dos trabalhadores mais velhos (Mackey, Maher, Wong, & Collins, 2007).

2.3. Capacidade para o Trabalho

Os países industrializados têm vindo a sofrer alterações demográficas significativas. As pessoas vivem mais tempo e têm uma vida mais saudável particularmente na Europa (Fassi et al., 2013). Em 2014, existiam 507 milhões de pessoas a residir na UE-28. As baixas taxas de fertilidade; as alterações nos padrões de constituição de família; um desejo de maior independência pessoal; alterações nos papéis de género; a mobilidade geográfica e o aumento da esperança de vida contribuíram para este valor, que correspondia à coeva data a pouco mais de 7% do total mundial e a menos de metade do valor registado nas cinco décadas que lhe precederam. O ritmo de crescimento da população na UE-28 deverá abrandar ainda mais, sendo que, dentro de 30-40 anos, se prevê a estagnação e possível diminuição do número total de pessoas com residência habitual na UE-28 (Eurostat, 2015). Estas projeções lançam desafios à estrutura etária da força de trabalho e como resultado, as autoridades nacionais na maioria dos países europeus estão a tentar promover a capacidade de trabalho na vida profissional, através de medidas de proteção social, de modo a preparar os seus cidadãos para uma realidade em que os indivíduos irão permanecer mais tempo no mercado de trabalho (Fassi et al., 2013)

Como referem Costa, Puga-Leal e Nunes (A. F. Costa et al., 2011) é clara a necessidade das empresas se comprometerem na promoção de um ambiente de trabalho saudável, dissipando alguns estereótipos que estão associados ao envelhecimento. É extremamente importante que as organizações se demonstrem empenhadas em preparar o local de trabalho para o futuro próximo onde, por força da sustentabilidade, vão brevemente estar um número crescente de pessoas nos grupos etários mais velhos. A avaliação da capacidade para o trabalho é fundamental para tornar os locais de trabalho amigáveis para todos sem excluir os mais velhos.

Os investigadores contemporâneos e os decisores políticos começam a prestar atenção a medidas destinadas a incentivar os adultos mais velhos a trabalhar mais tempo, contudo

reconhecem a necessidade de derrubar as barreiras do lado da procura (por exemplo, discriminação de idade). Uma real preocupação com a forma como os adultos mais velhos podem envelhecer ativamente, deve reconhecer que existem vários caminhos para alcançar este objetivo, criando um clima facilitador para a integração, adaptação e envolvimento na vida ativa em todas as fases da vida (Boudiny, 2012).

Martinez, Latorre e Fischer (2010) definem capacidade para o trabalho como o conceito que expressa a avaliação genérica das capacidades produtivas de um trabalhador, saúde do trabalhador, e os seus recursos psicológicos. É um fator importante para a manutenção de uma vida de trabalho. Os mesmos autores recorrem a vários estudos para provar que fatores de risco relacionados com o trabalho, estilo de vida, falta de capacidade de músculo-esquelético, a saúde mental fatores psicossociais no trabalho, controle do trabalho de apoio social, horas de trabalho, posição, consumo de álcool e idade podem afetar a capacidade de trabalho. A revisão efetuada pelos autores revela que mais de metade dos indivíduos manifestou elevado stress no trabalho, mais evidenciado pelas mulheres. Por outro lado, o índice de capacidade para o trabalho (ICT) foi maior nos gestores e supervisores do que nos operadores, o que é justificado pelo facto de este grupo terem mais controle sobre o trabalho O apoio dos colegas e supervisores foi outro dos fatores apontados remetendo para a necessidade de criação de programas de formação ou aconselhamento para fazer os trabalhadores sentirem-se mais confiantes no seu desempenho de trabalho, e consequente aumento da capacidade para o trabalho. Outra informação dada no estudo de Martinez, Latorre e Fischer (Martinez et al., 2010) é que com o aumento da idade (>45 anos) o ICT diminui nas mulheres, justificando este acontecimento pela discrepância das idades entre os grupo. Os homens eram mais jovens e tinham menos problemas físicos relacionados com a idade e capacidade para o trabalho.

Nos países europeus, o conceito de capacidade para o trabalho, da população ativa, tem sido alvo de interesse por vários investigadores e profissionais dado envelhecimento populacional (Kaewboonchoo, Saleekul, & Usathaporn, 2011), que não cessará tao depressa. O objetivo da avaliação da CPT é aumentar a participação no trabalho, com elevada saúde física e mental, e por isso a necessidade de promover as competências de saúde e funcionais dos empregados proporcionando um equilíbrio entre os recursos pessoais de um trabalhador

(habilidades físicas e cognitivas) e as exigências do trabalho. Com efeito, muitos estudos têm demonstrado que a capacidade para o trabalho é um determinante importante para o bem estar, a produtividade do trabalho e prazer em se manter no trabalho pois quando as exigências do trabalho excedem frequentemente os recursos de uma pessoa, a queixas músculo-esqueléticas e psicossomáticos aumentam e a capacidade para o trabalho diminui (H. M. Hasselhorn, Müller, Freude, Tempel, & Kaluza, 2005; H.-M. Hasselhorn, Müller, Freude, Tempel, & Kaluza, 2005; Ilmarinen & Costa, 2000; Mazloumi, Rostamabadi, Nasl Saraji, & Rahimi Foroushani, 2012a; von Bonsdorff et al., 2016).

Hecht e Allen (2009) desenvolveram um estudo, com o objetivo de investigar os efeitos da interação entre a idade, controle de trabalho, e a utilização de estratégias de envelhecimento bem-sucedido chamado de seleção, otimização e compensação (SOC) na predição de capacidade para o trabalho, cujos resultados mostraram que o controlo do trabalho (estimular as capacidades dos trabalhadores para lidar com as mudanças relacionadas com a idade) está positivamente associado com capacidade para o trabalho. Também, verificaram a existência de uma associação negativa entre idade e capacidade de trabalho, embora mais ligeira nos funcionários com alto controlo de trabalho e recursos a estratégias SOC. Estes resultados sugerem que o uso de estratégias de envelhecimento bemsucedidas e um maior controlo no trabalho são favoráveis à manutenção da capacidade para o trabalho do envelhecimento, abrindo discussão às implicações teóricas e práticas sobre o papel benéfico do uso de estratégias SOC utilizados por trabalhadores mais velhos, melhorando os recursos no trabalho dos funcionários. Os autores reforçam que os trabalhadores podem ser treinados em programas de desenvolvimento bem-sucedido, familiarizando-se com o modelo básico SOC e consequentemente melhorar, reconhecer e utilizar as oportunidades de trabalho relacionadas com a seleção e priorização das metas de trabalho, otimizando a busca de objetivos, e compensar adequadamente perdas relacionadas com a idade ou alterações importantes das competências e habilidades individuais (Hecht & Allen, 2009)

A tendência é que os idosos se tornem cada vez mais numerosos em relação às pessoas mais jovens e isso já é um facto do domínio público. De acordo com a DGS (Nogueira et al., 2014), em 2050 as pessoas idosas ascenderão a 20% da população mundial, sendo que

Portugal é um dos países mais envelhecidos e no período compreendido entre 2012 e 2060, prevê-se um declínio populacional de 22% com influência na estrutura etária (307 idosos por cada 100 jovens) que alterará substancialmente o índice de sustentabilidade potencial (ISP) para 149 pessoas em idade ativa por cada 100 idosos (atualmente é de 340 pessoas em idade ativa para cada 100 idosos). Passamos de uma situação de quatro pessoas em idade ativa por cada pessoa com idade acima dos 65 anos para um rácio de apenas duas pessoas. A manterse a situação atual em termos da promoção da capacidade para o trabalho, o decréscimo económico potencial e ao mesmo tempo aumenta, a despesa relativa aos sistemas de pensões, saúde e cuidados a longo prazo constituindo uma pressão substancial a nível económico para os países pondo mesmo em causa o Estado Social.

De acordo com as projeções demográficas realizadas pelo Eurostat, para o período compreendido entre 2010 a 2060, a evolução da estrutura demográfica na união europeia deverá traduzir-se num aumento de cerca de 60% do rácio de dependência total que o ISP representa levará a uma diminuição do crescimento

Ora, num contexto de envelhecimento da população ativa, é de interesse significativo promover e manter a capacidade para o trabalho e compreender como os recursos contextuais no trabalho suportam a eficácia dessas estratégias cujos efeitos podem (e devem) ir além do trabalho permitindo um envelhecimento mais independente e ativo (Fassi et al., 2013; von Bonsdorff et al., 2016).

Não há dúvida que numa era de mudança é necessário promover a capacidade para o trabalho, que integra tanto os aspetos físicos e mentais quanto os sociais, assim como as exigências do trabalho e os aspetos da comunidade de trabalho, organização e ambiente de trabalho (Renosto, Biz, Hennington, & Pattussi, 2009)

Em meados da década de 80, investigadores finlandeses desenvolveram o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), que resultava de uma autoavaliação do trabalhador sobre a sua capacidade para o trabalho.

O ICT tornou-se, então, um instrumento de auxílio ao profissional de Saúde Ocupacional na deteção precoce de possíveis alterações que os trabalhadores possam apresentar na sua funcionalidade no ambiente de trabalho, prevenindo assim o risco de incapacidade. O índice busca indicar quão bem está, ou estará, um trabalhador no presente ou num futuro próximo, e com qual capacidade ele poderá executar o seu trabalho em função das exigências de seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais. Desde então vários estudos com trabalhadores o têm utilizado tanto para avaliar a capacidade funcional para o trabalho e os fatores de risco associados a esta capacidade como para obter informações a respeito da sua qualidade (avaliações das propriedades psicométricas do instrumento) entre as quais a Consistência interna (alfa de Cronbach), a consistências temporal. É um instrumento válido e confiável, coerente e credível, a fim de medir bem o que se pretende (Radkiewicz & Widerszal-bazyl, 2005; Renosto et al., 2009).

O ICT está traduzido para mais de 25 idiomas e tem sido usado em diferentes países e culturas, Trata-se de um questionário amplamente utilizado na investigação em saúde ocupacional, tendo em conta as exigências do trabalho, o estado de saúde do trabalhador e recursos. É constituído por sete subescalas sobre a capacidade de trabalho em relação às exigências do trabalho, o número de doenças, o comprometimento com o trabalho e ausência do trabalho devido a doenças e, finalmente permite um auto prognóstico sobre as suas capacidades para o trabalho e seus recursos mentais. A grande questão prende-se ao facto de saber se o ICT pode ser visto como um instrumento uni ou multidimensional (Martus, Jakob, Rose, Seibt, & Freude, 2010).

O chamado "Índice de Capacidade para o Trabalho" (ICT) é considerado como uma autoavaliação da capacidade para o trabalho dos trabalhadores em relação às exigências do trabalho, estado de saúde e seus recursos. Este teste tem sido amplamente disseminado e é hoje a ferramenta mais utilizada para medir a capacidade para o trabalho. Este Índice é determinado com base nas respostas a uma série de perguntas, envolvendo questões relacionadas com as exigências físicas e mentais do trabalho, o estado de saúde do trabalhador e os recursos (Fassi et al., 2013; Yong et al., 2010)

O índice de capacidade para o trabalho (ICT) tem sido uma ferramenta comum para medir a capacidade de trabalho das pessoas em muitos países, nomeadamente na América, na Europa e no Oriente (Asia, Irão...).

Mazloumi, Rostamabadi, Nasl Saraji, & Rahimi Foroushani (2012b) analisou a relação entre o ICT e os fatores psicossociais em várias ocupações. Os resultados mostraram que uma associação significativa entre a média do valor do ICT e idade, tempo de serviço, escolaridade, descanso e sono, estatuto profissional e educação. Também revelaram que a seriedade, a habilidade, o apoio do colega e do supervisor, estavam positivamente correlacionados com a pontuação média do ICT e negativamente com as exigências do trabalho, *stress* no trabalho e insegurança em relação ao emprego. Todas as correlações enunciadas neste estudo desempenham um papel importante na manutenção da capacidade para o trabalho e que uma aliança positiva entre as características psicossociais do trabalho e os recursos individuais, pode promover a capacidade para o trabalho nas respetivas ocupações laborais

Com efeito, o estudo revelou que os fatores psicossociais que tinham associação negativa com índice de capacidade para o trabalho foram a insegurança no trabalho e as exigências do trabalho. Estes demonstraram-se fortemente responsáveis pelo fator de *stress* no trabalho, que por sua vez originam respostas fisiológicas agudas ou crónicas, reações psicológicas e mudanças comportamentais, podendo a longo prazo, diminuir a capacidade funcional, capacidade para o trabalho e, eventualmente, levar a doenças relacionadas com o trabalho, aumentando ainda mais a pressão e, finalmente desabilita o trabalhador. Entre os fatores psicossociais estudados nesta pesquisa, a tensão no trabalho foi o fator que mais explicou a capacidade para o trabalho, por isso, os autores rementem para operações que reduzam a tensão no trabalho e promover uma combinação positiva entre as características psicossociais e os recursos individuais, sendo que este tipo de intervenção aumenta/ promove a capacidade para o trabalho (Mazloumi et al., 2012b).

Face às mudanças demográficas que têm ocorrido nas últimas décadas, o registro de capacidade para o trabalho dos empregados, no futuro será assumido elevada importância. Inquéritos que fornecem estimativas de longo prazo sobre a capacidade de trabalho de empregados devem ajudar as empresas a manter ou a melhorar os níveis laborais dos seus funcionários. Como resultado, é fundamental a cooperação com várias instituições e empresas e é necessário, a intervenção de elementos como por exemplo, engenheiros de segurança, médicos da equipa, e psicólogos ocupacionais.

O *software* do utilizador ICT trata-se de uma versão alemã, computadorizada do instrumento, que ser usado para recolha de dados, anónimos e respetiva análise. Através da função de transferência de arquivos de dados anónimos do inquérito, pode ser enviado pelo utilizador à rede ICT. Esta versão computadorizada do questionário não só contém a versão longa do questionário (cobrindo 14 grupos de doenças subdivididas em um total de 51 itens/doenças) mas também a versão curta (apenas cobrindo 14 grupos de itens/ doenças).

O elevado interesse no índice de capacidade de trabalho, bem como o aumento da sua discussão pode ser visto como um sinal da necessidade de fornecer informações de fundo e de apoio (versão por exemplo computadorizado) sobre instrumentos para a saúde e segurança no trabalho. Para além da Alemanha também a França e os os Países Baixos, ponderam a introdução de redes semelhantes (H.-M. Hasselhorn et al., 2005).

Geissler et al. (Geissler et al., 2005) realizou um estudo comparativo para verificar, por um lado a consistência interjuízes do ICT utilizando diferentes entrevistadores da área da Saúde Ocupacional não médico, Médico do trabalho e psicólogo ocupacional, por outro, a consistência concorrente entre as duas versões do ICT (versão completa e versão abreviada). Por último, procura-se avaliar, quem pode usar o ICT e em que circunstâncias. Os resultados mostraram que, na entrevista efetuada por um profissional não médico utilizando a versão resumida do questionário, o entrevistado aponta ou cita menos doenças diagnosticadas por um médico e manifesta mais doenças/ sintomas que as doenças diagnosticadas. Quando a entrevista foi efetuada por um médico do trabalho, aconteceu o contrário, isto é, as doenças que foram relatadas pela própria pessoa são só as definidas como doenças diagnosticadas pelo médico. Este facto é importante uma vez que apenas o número de doenças diagnosticadas por um médico se reflete no valor do ICT. Na sua pesquisa com o ICT o autor concluiu que profissionais não médicos podem realizar o levantamento com o questionário ICT se forem treinados por um médico de saúde ocupacional ou um especialista experiente no uso da ICT. Para o autor interpretação mútua do significado de resultados do ICT e a discussão sobre medidas poderia ser um instrumento para uma melhor cooperação entre médicos do trabalho, engenheiros de segurança, psicólogos profissionais e outros especialistas. Pelo que, o ICT enquanto instrumento aplicado em entrevistas pessoais por médicos do trabalho ou entrevistadores treinados, deve ser alvo de outras pesquisas(Geissler et al., 2005).

Também Grimby-ekman, Hagberg e Dellve (Grimby-ekman, Hagberg, & Dellve, 2010) realizaram um estudo com o índice de capacidade para o trabalho (ICT) em mulheres que trabalham em organizações de serviços humanos (HSO) que se encontravam na altura, de licença médica, a longo prazo. Também investigaram a associação existente entre a ICT em relação à licença por doença, sintomas e saúde. O principal desafio era tentar perceber até que ponto a capacidade para o trabalho influencia o regresso ao mesmo. No entanto, levantam-se críticas em relação à confiabilidade do ICT quando usado em diferentes realidades, no caso concreto, entre os funcionários já em licença médica prolongada. Os autores referem que pode ser benéfico em termos de simplicidade, custo e facilidade de interpretação a utilização de entrevistas de item único para avaliar a capacidade de trabalho e demonstram que, na área da saúde ocupacional e primária, uma pergunta de item único na avaliação da capacidade para o trabalho pode ser uma boa alternativa para o ICT, para avaliar o estado e o progresso da capacidade para o trabalho entre as mulheres em licença médica prolongada. A forte correlação com o ICT entre todos os participantes sugere que opção por um item único na capacidade para o trabalho poderia ser usada como um indicador simples para avaliar o estado e o progresso da capacidade para o trabalho entre as mulheres em licença médica prolongada (Grimby-ekman et al., 2010).

Rostamabadi, Mazloumi, e Foroushani (2014) examinaram a influência das dimensões de saúde e variáveis demográficas sobre a capacidade do trabalho. Os resultados do presente estudo mostraram uma associação estatisticamente significativa de ICT com dimensões de saúde física e mental. Este facto sublinha a importância de se considerar a saúde em ambas as suas dimensões na preservação e promoção da capacidade para o trabalho. De acordo com os resultados da presente pesquisa, capacidade para o trabalho foi mais influenciada pelas escalas físicas das dimensões da saúde, tais como a função física, o papel limitação física e saúde em geral, enquanto uma menor associação foi encontrado para escalas mentais, tais como a saúde mental. Assim, qualquer programa de intervenção para a preservação e promoção da capacidade para o trabalho deve basear-se em equilíbrio e otimizando os

ambientes de trabalho em termos físicos e psicossociais, com um foco especial na redução da carga de trabalho físico (Rostamabadi et al., 2014)

Aliás já não era nova a perceção de que a experiência subjetiva da capacidade para o trabalho que resulta da congruência entre as respostas percebidas do ambiente de trabalho e as perceções individuais sobre recursos pessoais (Camerino et al., 2006),

A interação entre condições adversas de trabalho e fatores psicossociais foi fortemente destacado num estudo europeu, para o qual se recorreu a uma amostra com base em 4306 indivíduos (55 instituições públicas e privadas da área da saúde em cinco regiões de França). Os resultados mostraram que mais de um terço apresentou um índice de capacidade para o trabalho, moderado a fraco (29,4% e 5,2%, respetivamente). Metade da amostra (50,6%) teve um bom índice e apenas 14,9%, um excelente. Neste estudo, foi possível constatar que a ICT diminui com a idade mas essa diminuição deve-se fundamentalmente às exigências do trabalho e, especialmente, à sobre carga física. Uma análise multivariada mostrou que, em França, assim como em outros países, a exigência do trabalho, a incerteza sobre os efeitos dos tratamentos aplicados, baixo apoio dos colegas, e insatisfação com apoio psicológico tinha estavam associados a uma baixa ICT. Por outro lado, a insatisfação motivada pelas condições físicas de trabalho e a necessidade de manter posturas desconfortáveis, constituíram o segundo grupo de fatores, com uma forte influência sobre uma ICT. Ainda, a ausência de tempo para desporto ou lazer manifestou-se fortemente ligado com baixa ICT (Estryn-Behar et al., 2005)

Os países industrializados europeus vivenciam mudanças demográficas significativas e já não é novidade que as pessoas vivem mais e têm uma vida mais saudável.

Ora tendo em conta as projeções demográficas do Eurostat as autoridades nacionais na maioria dos países europeus estão a tentar promover a capacidade de trabalho em toda a vida profissional, considerando as mudanças na idade legal de reforma, e preparar seus cidadãos para um mundo em que todos possam permanecer mais tempo no mercado de trabalho. É neste contexto, que surge a necessidade de identificar formas simples de monitorização da capacidade de trabalho da população. O ICT é uma dessas ferramentas (Fassi et al., 2013).

CAPITULO 3- DETERMINANTES DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO

3.1. Aspetos Sociodemográficos

A capacidade para o trabalho pode ser afetada pelo envelhecimento, podendo ser compensada pelo aumento do conhecimento, da experiência, da habilidade para trabalhar de forma independente e do maior vínculo ao emprego que trabalhadores com mais idade tendem a apresentar. Um outro determinante é o binómio sexo e exigência física da tarefa. Com efeito Savinainen, Nygård e Arola (2004) demonstrarão que a capacidade para o trabalho diminuiu mais entre as mulheres com trabalho que era só fisicamente exigente do que entre as mulheres que combinavam trabalho físico e mentalmente exigente. Martinez et al. (2010), numa revisão da literatura verificaram que o sexo feminino tem maior risco para perda da capacidade para o trabalho, devido às piores condições de trabalho e salariais que apresentam em relação aos homens e, ainda, pela dupla jornada de trabalho (cuidar da casa e filhos, além da atividade profissional). Os mesmos autores encontraram, ainda, na literatura padrões de associação de elevada complexidade entre as condições socioeconómicas e a capacidade de trabalho, uma vez que apareceram influenciados por fatores relacionados com o próprio trabalho, com as condições de vida e os hábitos de saúde.

Os estudos de Vasconcelos, Fischer, Reis, e Moreno (S. P. Vasconcelos, Fischer, Olavo, & Reis, 2011) demonstraram que a capacidade de trabalho é influenciada por fatores como o sexo, ter mais do que uma entidade empregadora (acumulação de funções), realizar tarefas repetitivas e monótonas, corroborando o conceito de que a capacidade para o trabalho é um processo dinâmico e resulta da interação de fatores individuais com fatores relacionados ao trabalho

Camerino et al. (Camerino et al., 2005), numa amostra de 27.146 enfermeiros concluíram que a vulnerabilidade relacionada com a idade, aliada às condições de trabalho desfavoráveis põem em causa a futura capacidade para o trabalho através da própria alienação trabalho e demonstraram que a capacidade para o trabalho pode ser deteriorada pela alienação, que atua diferentemente, de acordo com a idade, procura de trabalho; controlo

do trabalho e assédio no local de trabalho, apontando para a existência de uma boa orientação de empregabilidade, em termos de atitudes e comportamentos dos próprios empregados para lidarem com as exigências atuais do mercado de trabalho.

Os mesmos autores referem que um ambiente de trabalho inadequado, pode potenciar o envelhecimento precoce através da perda de competências e piorar estados de humor, e gerar *stress*. A alienação é, para estes autores, acompanhada por ressentimento e raiva e pode causar graves transtornos do ponto de vista neurobiológico, nomeadamente, episódios de enfarte do miocárdio ou cerebrais, cujos efeitos negativos aumentam com a idade e podem reduzir a segurança do emprego e a confiança nas possibilidades de desenvolvimento no trabalho (Camerino et al., 2005).

Devido ao envelhecimento da população a maioria dos países ocidentais enfrentam o desafio da necessidade de aumentar a participação dos sujeitos no trabalho, especialmente em idade mais avançada. Evitar a aposentação precoce e equilibrar a proporção de empregados e indivíduos socialmente dependentes implica a necessidade de desenvolver intervenções de modo a melhorar as condições dos trabalhadores até à idade da reforma legalizada e à tomada de decisões politicas e governamentais alargadas, já que na maioria dos países, a idade média de saída do trabalho remunerado está bem abaixo da idade legal de reforma. Van den Berg, Elders, Zwart e Burdorf (2008) realizaram uma revisão sistemática da literatura que mostrou claramente a existência de fatores associados à baixa capacidade para o trabalho, conforme definido pela ICT, tais como, ausência de atividade física vigorosa, fraca capacidade locomotora, idade avançada, obesidade, elevadas exigências de trabalho físico e mental, falta de autonomia e fraco ambiente de trabalho. Nos estudos analisados pelos autores, a ICT está associada a características individuais, estilo de vida, exigências do trabalho e condição física. O envelhecimento dos trabalhadores é acompanhado de alterações nas capacidades físicas e mentais. No entanto, as diferenças individuais são grandes e o estilo de vida, como a atividade física no tempo livre pode influenciar consideravelmente o equilíbrio entre a capacidade de trabalho e as exigências do trabalho, que, quando ausente, pode causar problemas de saúde e, posteriormente, a saída precoce do trabalho. Esta natureza multifatorial da capacidade para o trabalho deve ser levado em conta nos programas de promoção da saúde destinadas a manter e promover a participação da força de trabalho e consequente melhoria do desempenho do trabalhador.

Van den Berg, Elders, Zwart e Burdorf (van den Berg et al., 2008) no seu estudo de revisão sistemática encontraram associação entre a capacidade para o trabalho e o sexo, a educação e o excesso de peso, e a idade avançada (> 40 anos)

3.2. - Estilos de Vida

Entre os vários fatores que fazem parte do estilo de vida, os problemas de sono, falta de exercício físico, e tabagismo, encontram-se associados a uma baixa capacidade para o trabalho (Airila et al., 2012).

O consumo abusivo de bebidas alcoólicas, os hábitos tabágicos são, come se sabe, fatores de risco para doenças cardiovasculares e pulmonares, por isso se apresentam correlacionados de forma negativa com a capacidade do trabalho. Da mesma forma a obesidade é tida como determinante para a perda da capacidade para o trabalho por afetar a capacidade cardiorrespiratória e músculo-esquelética e favorecer o aumento da morbilidade com outras doenças crónicas e metabólicas. Para além desta relação mediada, o consumo de substâncias psicoativas como o álcool correlacionam-se também com a queda da produtividade, aumento do absenteísmo, aumento do risco para acidentes de trabalho e a saúde mental. No sentido contrário a prática de atividade física é um determinante de boa capacidade para o trabalho já que aumenta o consumo energético, reduz a gordura corporal, aumenta a resistência, a força muscular e reduz as reações emocionais ao stress. O hábito de estudar, a possibilidade de desenvolvimento e de influenciar o trabalho está positivamente associado à capacidade para o trabalho que pode ser devida ao aumento da competência, habilidades psicológicas e cognitivas que o trabalhador dispõe para executar seu trabalho, em especial, em atividades de maior exigência. Os trabalhos com maior exigência física (cargas físicas inadequadas, trabalho muscular estático, uso de força muscular, levantamento e transporte de peso, esforço intenso repentino, movimentos repetitivos, etc.), provocam nos trabalhadores maior desgaste e comprometimento no exercício das suas funções do que os trabalhos com maior exigência mental. No entanto, cargas mentais inadequadas para o

trabalhador também têm impacto negativo e determinam a capacidade para o trabalho. Entre estas cargas mentais destacam-se o conflito de papéis, a pressão de tempo, a restrição no uso de habilidades e conhecimentos, o nível de responsabilidade, a falta de reconhecimento e a limitação no desenvolvimento profissional. O tempo que o trabalhador exerce a sua profissão ou está numa determinada organização, também é determinante, pois quanto maior o tempo que o trabalhador está exposto às exigências do trabalho, maior será (em principio) o envelhecimento funcional (Martinez et al., 2010; Vedovato & Monteiro, 2014).

Em muitos países por todo o mundo, observam-se mudanças negativas no estilo de vida que contribuem para o desenvolvimento de doenças e morte precoce nos sujeitos. Muitas têm sido as recomendações de saúde pública e diretrizes clínicas para a importância de estilos de vida saudáveis e programas destinados a aumentar a capacidade para o trabalho tendo em conta fatores relacionados com estilo de vida. (Kaleta & Jegier, 2006).

3.3.- A Saúde e a Capacidade de Trabalho

Com efeito a saúde é tida como o fator que exerce o maior impacto sobre a capacidade para o trabalho. Por exemplo a capacidade cardiorrespiratória e o funcionamento músculo-esquelético são os aspetos que maior impacto exerce sobre a capacidade funcional e esta é considerada como a base para a capacidade para o trabalho. A presença de sintomas e de doenças e a autoperceção do estado de saúde tem impacto relevante, contudo a saúde mental é menos correlacionada com a capacidade para o trabalho do que a saúde física.

A partir dos 45 anos, com o aparecimento e/ou agravamento de diversos tipos de doenças, a capacidade funcional física e mental pode começar a deteriorar, influenciada pela diminuição da capacidade cardiorrespiratória e músculo-esquelética em função da idade.

O Comité Científico de Distúrbios Osteomusculares da Comissão Internacional de Saúde Ocupacional (ICOH) publicou que a função osteomuscular é uma das determinantes da capacidade para o trabalho a poder influenciar a qualidade de vida, assim como no absenteísmo e produtividade, sendo por isso uma das determinantes da capacidade para o

trabalho que pode influenciar na qualidade de vida, assim como no absenteísmo e na produtividade (Hagberg et al., 2012).

A perceção de fadiga foi associada a respostas fisiológicas crónicas e agudas, reações psicológicas e mudanças comportamentais com forte possibilidade de diminuição da capacidade funcional e da capacidade para o trabalho, esta perceção é especialmente impactante para profissões que lidam, frequentemente com situações de dor e sofrimento (como é o caso da enfermagem, medicina...), podendo resultar em fonte de sofrimento para os trabalhadores que o executam. Tarefas rotineiras, estrutura hierárquica rígida, pessoal insuficiente (qualitativa e/ou quantitativamente) para o cumprimento das rotinas, ocasiona altos índices de absenteísmo e afastamento por doenças, burnout e insatisfação no trabalho. As más condições laborais podem levar ao desgaste (exigências do trabalho *stress*antes, jornadas prolongadas, trabalho noturno) o que provoca um efeito imediato de fadiga (S. P. Vasconcelos et al., 2011).

Van den Berg, Elders, Zwart e Burdorf (van den Berg et al., 2008) revelaram uma associação negativa entre a capacidade de trabalho e consumidores de álcool, contudo o facto dos efeitos do consumo problemático do álcool não terem sido avaliados separadamente do consumo moderado (que até pode ter efeitos benéficos sobre a saúde, dependendo do tipo de bebida) pode ter enviesado os resultados.

Apesar de tudo os estudos mostraram consistentemente que os determinantes importantes para ICT eram as elevadas altas exigências físicas e mentais do trabalho e falta de autonomia. A revisão de Van den Berg, Elders, Zwart e Burdorf (van den Berg et al., 2008) forneceu informações importantes a ter em conta em programas destinados a intervenções que sirvam para promover, manter ou recuperar uma boa capacidade para o trabalho, impedindo parcialmente ou temporariamente a incapacidade para o trabalho. Os autores reforçam que "a nível individual, parece benéfico dinamizar o aumento da atividade física como lazer, aumentando a capacidade músculo esquelética, e consequentemente a diminuição do índice de massa corporal"(van den Berg et al., 2008). Sendo que as atividades físicas e de laser são fatores de grande importância na boa capacidade para o trabalho, intervenções relacionadas com o mesmo devem focalizar-se na promoção da atividade física, num aumento da autonomia no trabalho, e diminuição das exigências físicas e psicossociais,

competência profissional e atitudes e valores em relação ao trabalho (Barene, Krustrup, & Holtermann, 2014; van den Berg et al., 2008).

Em sentido inverso, está o impacto de fatores relacionados negativamente com o trabalho, estilo de vida e capacidade para o trabalho na ausência de doença. Trabalhadores temporários, menos saudáveis, de baixa capacidade para o trabalho, baixo desempenho, insatisfeitos estão em risco de despedimento independentemente da idade, com a agravante de que os mais velhos estão mais expostos ao desemprego de longa duração do que os mais novos (Alavinia, Van Den Berg, Van Duivenbooden, Elders, & Burdorf, 2009; Wagenaar, Kompier, Houtman, Bossche, & Taris, 2015).

Um estudo recente levado a cabo pelos investigadores Van Holland, Soer, de Boer, Reneman e Brouwer (Holland, Soer, & Brouwer, 2015) demonstraram que a idade, pressão arterial sistólica e necessidade de recuperação não formam no seu conjunto uma dimensão única para avaliar a capacidade de trabalho que é multifatorial, contudo estão associados de forma independente com capacidade para o trabalho. Estes fatores podem ser utilizados para avaliar empregados em risco de baixa capacidade para o trabalho e pode fornecer instruções para intervenções.

A avaliação do papel das exigências ou estímulos ambientais nas respostas de *stress* tem sido alvo de grandes investigações em *stress*e ocupacional. A teoria do *stress* fundamenta-se na avaliação de como o organismo responde às exigências do ambiente externo, em que o *stress*e manifestado nas situações em que as exigências excedam as capacidades individuais de responder a esses estímulos. Daí que os trabalhos física, mental e socialmente exigentes, podem provocar tanto sentimentos positivos, quanto sentimentos negativos (Airila, Hakanen, Luukkonen, Lusa, & Punakallio, 2013). Contudo quando os mecanismos de respostas disponíveis não são efetivos, o *stress*e prolonga-se, o que pode implicar efeitos negativos sobre a saúde, tais como: hipertensão arterial, depressão e ansiedade. A manutenção da capacidade para o trabalho é fundamental e deve ser feita sempre que surjam problemas de saúde ou deficiência que tenham causado uma redução na capacidade de trabalho (Bethge, Radoschewski, & Mu, 2009).

3.4.- Trabalho

3.4.1 Importância da Promoção da Capacidade para o Trabalho

A exposição às exigências do trabalho pode comprometer o equilíbrio e a fadiga do trabalhador e com isso a capacidade para o trabalho. Quando uma diminuição da capacidade de trabalho gera uma carga psíquica, não é possível quantificar uma vivência, o prazer, a satisfação, a frustração ou a agressividade que a compromete.

Moreira (2013) refere que se um trabalho permite a diminuição da carga psíquica, ele é equilibrante, mas se ele se opõe a essa diminuição ele é fatigante, tornando-se fonte de tensão e desprazer; inversamente, no trabalho equilibrante, mais adaptadas às necessidades do trabalhador e tornam-se meio de satisfação e relaxamento. O sofrimento começa quando o rearranjo da organização do trabalho não é mais possível e/ ou a relação do trabalhador com a mesma é bloqueada, levando a uma sobrecarga mental ou física ocasionando um sentimento de desprazer e tensão. A solução passa pela flexibilização da organização do trabalho ou por uma estratégia desenvolvida pelo grupo de trabalho para impedir que aquela sobrecarga se transforme em doença e defende todo o grupo da situação de risco.

Um outro determinante da capacidade para o trabalho são as alterações severas no ritmo circadiano, provocado por exemplo pelo trabalho por turnos, que leva ao desgaste do trabalhador e consequente probabilidade de ocorrência de erros. Moreira (2013) na sua revisão remete para estudos que referem que nestes casos a maioria dos erros são cometidos principalmente às 15 horas nos turnos do dia e às três horas nos turnos da noite. A autora refere, ainda, que a grande maioria dos estudos, desenvolvidos em diversos países, acerca das consequências do trabalho por turnos no indivíduo conclui que este tipo de trabalho é um determinante nefasto para a capacidade de trabalho já que prejudica a saúde e o bemestar dos trabalhadores. Afirma, também, que em diversos aspetos, a exposição prolongada a este regime de trabalho pode levar a alterações duradouras e nem sempre reversíveis. Segundo a autora as atividades para manter a capacidade para o trabalho requerem a cooperação dos diretores, das gerências e de outro tipo de chefias, do pessoal administrativo e de todos os envolvidos no processo de trabalho. Há uma sequência de medidas sugestivas para programas de apoio, tais como a adequação da carga, do espaço, das condições

climáticas, na supervisão, informações e apoio, escala de trabalho, desenvolver a capacidade funcional e promover as habilidades profissionais, etc. (Moreira et al., 2013).

No contexto do envelhecimento da força de trabalho, a capacidade para o trabalho tornou-se um indicador importante em função de suas consequências para os indivíduos, organizações e sociedade.

Entre os diversos fatores, a saúde, aspetos sociodemográficos, estilos de vida, educação e competência e as caraterísticas do trabalho são consideradas como um dos principais determinantes da capacidade para o trabalho (Martinez et al., 2010).

Um estudo longitudinal efetuado em mulheres de meia-idade (mais de 45 anos de idade) que trabalharam em média 20 anos entre 1989 e 2000 em trabalho fisicamente exigente e com tarefas repetitivas durante anos, que trabalhavam na mesma organização com condições de trabalho semelhantes e idade média das trabalhadoras foi igual nos diferentes grupos de exigências de trabalho concluiu que as mulheres em situação de trabalho fisicamente mais pesado, foram-lhes diagnosticadas mais doenças, a capacidade para o trabalho percecionada diminuiu significativamente apesar das exigências de trabalho não se terem alterado, mas como a capacidade física das mulheres diminua com a idade as trabalhadoras, reconhecem que a sua capacidade de trabalho possa ser mais pobre do que no início do período de estudo (10 anos antes). O estudo de Yong et al., (Yong et al., 2010) reflete os mesmos resultados.

Os resultados indicam que testes de capacidade física são fundamentais para avaliar a capacidade de um trabalhador que precisa de ser ajustada individualmente, diminuindo as exigências físicas do trabalho, menos horas de trabalho (duração), melhorar a recuperação de tarefas de trabalho extenuantes, ferramentas de trabalho ergonomicamente projetadas etc. "É muito importante a implementação de ações preventivas, para manter ou melhorar a força dinâmica dos trabalhadores, pelo que estes esforços preventivos devem começar mais cedo do que na meia-idade, de forma a adiar as mudanças na capacidade física dos indivíduos, levando-os a executarem de forma mais capaz o seu trabalho e desfrutar de atividades de lazer" (Savinainen et al., 2004).

As principais recomendações feitas são a sensibilização sobre o envelhecimento entre os gerentes e empregados, promover o exercício físico no trabalho, desenvolvimento de planos de ação para prevenir e gerir problemas de saúde mental e músculo-esqueléticos (Nachiappan & Harrison, 2005). É necessário também avaliar e reconhecer os aspetos que podem influenciar a qualidade de vida (QV) e capacidade para o trabalho dos profissionais para que se possa fazer uma prevenção bem-sucedida daquilo que afeta aquele binómio (Nienhaus, Kromark, Raulf-Heimsoth, van Kampen, & Merget, 2008).

Para finalizar o estudo dos determinantes cita-se ainda o estudo de Rongen, Robroek, Schaufeli e Burdorf (2014), que concluíram que o comprometimento com o trabalho melhora a Auto perceção de saúde, a capacidade de trabalho e o absentismo por doença (Rongen et al., 2014).

CAPITULO 4 - FATORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO

4.1. Conceito de Fatores de Risco Psicossociais

De acordo com a ACT (2012) riscos psicossociais são todos os aspetos relacionados com o desenho, com o desempenho e desenrolar do trabalho e com os contextos social e organizacional onde se encontram, que têm potencial para causar danos físicos ou psicológicos. Serão portanto o conjunto da perceção.

Desde o primeiro relatório em 1960 acerca do elevado número de abortos em enfermeiras anestesistas, que têm havido várias investigações a nível mundial sobre os riscos de saúde dos trabalhadores que no exercício das suas funções profissionais estão expostos a anestesias voláteis quer pela manipulação de anestésicos quando aplicados aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, quer pela presença em sala de operações. Na literatura não há nenhuma evidência que suporte o fato de a exposição ocupacional a anestésicos voláteis estar associada aos riscos para a saúde, nem que seja inofensiva. A maioria dos estudos que mostram uma associação entre os riscos de exposição e saúde estão todos a investigar as circunstâncias em que a exposição excede os níveis recomendados nos EUA, bem como na Europa Ocidental. Uns dos estudos, onde os níveis de exposição estão dentro dos recomendados, não são capazes de mostrar quaisquer efeitos de saúde associados com a exposição ocupacional a anestésicos voláteis (Nilsson et al., 2005).

De acordo com a definição da Organização Internacional do Trabalho (ILO/WHO, 1986), os fatores psicossociais são as interações que se produzem entre o trabalho e as pessoas, com as suas capacidades, necessidades e condições de vida fora do trabalho.

O *Stress*, a Ansiedade, a Violência, o Assédio moral, a Fadiga, a Discriminação, o Elevado ritmo de trabalho, as Poucas oportunidades de desenvolvimento pessoal, a Sobrecarga de trabalho, as Tarefas monótonas, a Competitividade, a Pressão para produzir, as Ameaças, os Gritos, a Insatisfação com condições de trabalho, as Falhas na comunicação

e as Dificuldades nas relações interpessoais, são tudo exemplo de fatores de risco psicossociais.

O conceito de fatores psicossociais faz, assim, apelo às condições que se encontram presentes numa situação laboral, diretamente relacionadas com a organização do trabalho, o conteúdo do trabalho e a estrutura da empresa e que têm potencial para afetar o bem-estar e a saúde física, psíquica e social destes trabalhadores.

Os fatores psicossociais de risco no trabalho podem ser agrupados em seis dimensões: intensidade do trabalho e tempo de trabalho; exigências emocionais; falta/insuficiência de autonomia; má qualidade das relações sociais no trabalho; conflitos de valores e insegurança na situação de trabalho/emprego. Costa e Santos (2013) destacam a importância de estudar os fatores que estão na origem dos riscos psicossociais e cuja presença possa ser atempadamente detetada, bem como, a criação de ferramentas ao serviço da intervenção e transformação das condições de trabalho.

A monotonia e repetição das tarefas (rotinas) é um dos fatores de risco psicossociais e têm consequências negativas para as organizações, saúde e bem-estar dos trabalhadores, sendo pobre em estímulos ou com poucas variações de estímulos.

Ora, de acordo com artigo 15° da Lei n.º 102/2009, o empregador deve combater os riscos na origem, por forma a eliminar e a reduzir a exposição e aumentar os níveis de proteção, assegurar nos locais de trabalho, que as exposições aos agentes químicos, físicos, biológicos e aos fatores de risco psicossociais não constituem risco para a segurança e saúde do trabalhador. O empregador deve adaptar o trabalho ao homem, especialmente no que se refere à conceção dos postos de trabalho, à escolha de equipamentos de trabalho, e aos métodos de trabalho e produção, com vista a atenuar nomeadamente os fatores psicossociais de risco no trabalho.

Consideram-se fatores de risco, todos os tipos de exposição ocupacional que coloquem em risco a saúde dos trabalhadores. As mudanças no ambiente de trabalho ao longo das últimas décadas levaram a novos riscos para os trabalhadores. São os denominados riscos Psicossociais e estão relacionados com a conceção, organização e gestão do trabalho bem

como fatores sociais e ambientais que têm o potencial de causar dano psicológico, social ou físico. Os riscos psicossociais são fatores decididamente responsáveis pela tensão, angústia e cansaço, levando ao *stress* (Forastieri, 2013).

De acordo com a Autoridade para as Condições de Trabalho (ACT, 2012) as principais consequências dos riscos psicossociais são tanto ao nível individual e organizacional e podem ser psicológicas, mentais e fisiológicas. As principais consequências psicológicas individuais para os trabalhadores deste setor são: saturação, desmotivação, alterações do sistema nervoso, fadiga, ansiedade, dificuldade de concentração e falta de disposição. Quanto às consequências deste risco psicossocial para a saúde mental destes trabalhadores podem ser: depressões, esquizofrenia e paranoias. Já a sonolência e os transtornos músculo-esqueléticos, cardiovasculares e digestivos são consequência deste risco para a saúde física dos trabalhadores.

As principais consequências sobre a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, decorrentes de condições psicossociais desfavoráveis são o *stress*, a insatisfação laboral, as dificuldades de relacionamentos, a desmotivação, absentismo todas estas situações *stress*antes poderão em muitas circunstâncias levar a ocorrência de acidentes de trabalho.

No que respeita ao *stress* interessa saber que o *stress* é uma resposta fisiológica e comportamental normal a algo que aconteceu ou está para acontecer que nos faz sentir ameaçados ou que, de alguma forma, perturba o nosso equilíbrio. Quando nos sentimos em perigo real ou imaginado, as defesas do organismo reagem rapidamente, num processo automático conhecido como reação de "luta ou fuga" ou de "congelamento", é a resposta ao *stress*.

4.2. Consequências Físicas e Mentais dos Fatores de Risco Psicossociais no Local de Trabalho

O mundo do trabalho está a passar por transformações, que implicam novos desafios em matéria de segurança e saúde dos trabalhadores. Estas transformações levam ao surgimento de riscos psicossociais. Estes riscos encontram-se relacionados com a forma como o trabalho é concebido, organizado e gerido, bem como com o seu contexto económico e social, podendo assim originar uma grave deterioração da saúde mental e física.

Ramalho, Cotrim, Paes Duarte e Simões (2005) referem que tal como na administração pública em Portugal, de modo geral, por todo o mundo, as pessoas pararam de trabalhar antes da idade média da reforma. De acordo com pos autores, estudos desenvolvidos em vários países, mostraram dois fatores fundamentalmente responsáveis pela diminuição na taxa de emprego dos trabalhadores mais velhos e consequente reforma antecipada por incapacidade e invalidez: problemas músculo esqueléticos e distúrbios cardiovasculares são uma importante causa de reforma antecipada devido à incapacidade para executar tarefas de exigência física elevada. Aliado a essa condição de altas exigências físicas no trabalho, a ausência ou inadequação de equipamentos, também podem influenciar as práticas de trabalho com grande responsabilidade no bom desempenho dos profissionais.

Portugal não é exceção, e dada a elevada prevalência de lesões músculo esqueléticas entre os profissionais de saúde do Hospital de S. José, o Departamento de Saúde Ocupacional desenvolveu um programa de prevenção com base numa avaliação no local de trabalho para identificar os principais fatores e tarefas que originam doenças músculo-esqueléticas, nos trabalhadores e estabelecer estratégias futuras para que os trabalhadores mais velhos possam manter a boa saúde e serem capazes de trabalhar.

Martinez, Paraguay e Latorre (2004) nos seus estudos encontraram relação entre a satisfação e saúde mental, independentemente das variáveis sociodemográficas.

A presença de uma doença crónica foi negativamente associado com capacidade para o trabalho num estudo que inquiriu 5247 trabalhadores (Koolhaas, Klink, & Brouwer, 2014). A saúde percebida e os fatores psicossociais, explicaram a associação entre a capacidade de trabalho e a condição de saúde crónica. As condições de trabalho não mostraram correlação com capacidade de um trabalhador, com uma doença crónica, para a tarefa e tendo sido encontradas diferenças significativas no exercício laboral entre trabalhadores com e sem doença crónica (Koolhaas et al., 2014).

Stock e Tissot (2012) efetuaram um estudo que envolveu uma amostra representativa da população ativa canadiana, constituída por 5405 homens e 3987 mulheres para identificar quais os fatores de risco físicos e psicossociais no local de trabalho para a dor de garganta. Os resultados do estudo mostram que as trabalhadoras do sexo feminino apresentavam maior

prevalência de dor de garganta, tendo interferido frequentemente, com as suas atividades habituais com bastante frequência ao longo dos últimos 12 meses (18,4%) em comparação com os trabalhadores do sexo masculino (10,9%). Também foi possível observar que 17% dos homens e 19,2% das mulheres relataram intimidação no trabalho; 2% dos homens e 7,3% das mulheres relataram assédio sexual, físico ou verbal; 2,7% dos homens e 3,3% das mulheres relataram ser objeto de violência física. Por outro lado, são mais as mulheres sujeitas à exposição a situações difíceis com o público, baixa capacidade de decisão e postura sentada, um elevado nível de sofrimento psíquico e detentoras de ensino médio. Por outro lado, a maior proporção de homens relataram trabalhar mais horas por semana e estarem frequentemente expostos a elevação de cargas pesadas, esforço físico, vibração de corpo inteiro e vibração do braço e mão e manifestaram baixo apoio social.

Os resultados do estudo de Stock e Tissot (2012) demonstraram, inequivocamente, uma associação entre dor no pescoço e assédio sexual, assim como relação entre dor no pescoço e intimidação no trabalho para ambos os sexos. A violência física no trabalho foi significativa apenas para os homens. A dor de garganta foi significativamente associada com intimidação no trabalho, trabalho repetitivo, postura sentada, altas exigências psicológicas no trabalho e distúrbios psicológicos. Em relação às mulheres com idade superior a 40 anos, a dor de garganta foi associada ao assédio sexual, a longas horas de trabalho remunerado, com duas ou mais crianças em casa e ser ex-fumadora. Nos homens, a dor de garganta foi associada a frequentes situações difíceis ou tensas com o público, o uso de ferramentas de vibração manuais, a ausência de atividade física de lazer e inversamente relacionada ao nível de educação e à movimentação de cargas pesadas. Os resultados do estudo também confirmam uma relação de dor de garganta com elevadas exigências psicológicas no trabalho em ambos os sexos e mostrou associações significativas entre a dor no pescoço e vários aspetos *stress*antes interpessoais no trabalho, nomeadamente o assédio sexual, intimidação e situações difíceis ou tensas com o público.

Pouco se sabe acerca dos mecanismos pelos quais o assédio no local de trabalho e outros efeitos psicológicos ou sociais podem levar a sintomas músculo-esqueléticos, tais como dor de garganta. Supõe-se que essas exposições provocam tensão psicológica que pode aumentar a contração muscular que, por sua vez, pode levar a exigências metabólicas nas

fibras musculares que fornecem energia excessiva e assim, causar dor. Esta atividade muscular associada à tensão psicológica pode agravar a tensão muscular biomecânica associada às exigências físicas de trabalho e tensão psicológica, e desencadear outros mecanismos fisiológicos, implicando, por exemplo, o sistema nervoso simpático e a medula supra-renal, que influenciam a atividade muscular e a perceção da dor. Os resultados confirmam ainda a associação entre dor no pescoço, corpo e mão, quando expostos a elevada vibração, a postura sentada e trabalho repetitivo, constituindo maior fator de risco para os homens, por estarem mais expostos a este tipo de trabalho (Stock & Tissot, 2012).

Satisfação no trabalho é difícil definir pela sua complexidade já que varia de pessoa para pessoa e de circunstância para circunstância ao longo do tempo para a mesma pessoa. Contudo tem fulcral importância na qualidade e quantidade de trabalho produzido, daí o tema não se esgotar.

Os estudos de Martinez, Paraguay e Latorre (2004), a propósito da relação entre os fatores psicossociais no trabalho, satisfação no trabalho e saúde, revelaram que a satisfação no trabalho apresentou forte correlação com cada um dos aspetos da saúde mental e com capacidade para o trabalho e não apareceu associada a nenhum dos aspetos relacionados com a saúde física, contrariamente ao que se tem encontrado atualmente em outros estudos como os de Stock e Tissot (2012). Martinez, Paraguay e Latorre (2004) também justificaram esta falta de relação que as teorias já relatavam pelo fato dos trabalhadores que compuseram a sua amostra trabalharem numa empresa de gestão de serviços de saúde e por terem fácil acesso a esses serviços, procuravam assistência médica na fases inicial de queixas ou de manifestação de sintomas, evitando o seu agravamento e eventual afastamento por doença. Em termos de síntese podemos referir os principais fatores de risco e os seus efeitos para a saúde que a literatura destaca que são os seguintes:



- Sobrecarga de trabalho
- ocupação pouco estimulante;
- Trabalho sob forte pressão;
- Trabalho sem contacto social;
- Trabalho precário;
- Falta de meios para a tarefa;
- Excessiva burocracia;
- Percepção injustiça na recomensa;
- Hipertensão; stress;
- Inadaptação ao trabalho;
- Conflitos (pessoais, familiares);
- Abuso de drogas, café, álcool e bebidas;
- Assédio sexual;
- Bullying
- Mobbing
- Personalidade ansiosa;
- Elevada auto-exigência



- Irritabilidade;
- Ansiedade;
- Depressão;
- Frustração;
- Anomia afectiva:
- Desorientação;
- Efeito sobre os valores pessoais;
- Somatização;
- Aumento da pressão arterial e ritmo cardíaco;
- Hipertensão, enfarte;
- Diarreias, vómitos;
- Urticária, psoriese, rubor facial;
- Quedas de cabelo,;
- Impotência,
- Ejaculação precoce;
- Aumento do colesterol e obesidade visceral;
- Afonia e disfonia

Smartart 1: fatores de risco e efeitos para a saúde

Fonte: adaptado de Martinez et al., 2004

4.3. Stress no Trabalho

Widanarko, Legg, Devereux e Stevenson (Widanarko, Legg, Devereux, & Stevenson, 2015) mostraram que existe interação entre os riscos físicos e os riscos psicossociais com particular relevância em fumadores, trabalhadores em regime noturno permanente e trabalhadores por turnos. Os autores recomendam intervenções tanto em locais de trabalho onde exista elevados esforços físicos e exposição a vibrações como aos que estão expostos a fatores psicossociais. Sugerem como medidas preventivas de absentismo por doença e *stress* a redução do esforço, aumentando a recompensa, melhorar a satisfação no trabalho, e medidas de gestão de *stress* no trabalho.

Transportando o conceito de *stress* para a realidade laboral é importante identificar as causas que levam os trabalhadores a terem ou sofrer episódios de *stress*, posto isto as principais causas detetadas na empresa referenciada são: Carga de trabalho excessiva; Exigência por parte do cliente; Pressão no cumprimento dos horários; Execução de várias tarefas em simultâneo; Falta de companheirismo entre os colegas; Falta de rigor no

cumprimento dos procedimentos; Controlo dos supervisores; Insatisfação monetária; Longos períodos longe da família.

Em 2007, na Europa, 25% dos trabalhadores diziam sofrer de *stress*e no trabalho durante a maior parte ou a totalidade do seu horário de trabalho, e uma percentagem semelhante relata que o trabalho afeta negativamente a sua saúde (EU-OSHA & Eurofound, 2007).

É de extrema importância quer para a entidade empregadora e principalmente para os trabalhadores que sejam implementadas medidas preventivas de modo a minimizar problemas desta natureza, porque os trabalhadores afetados por stresse prolongado podem acabar por desenvolver graves problemas de saúde física, como doenças cardiovasculares ou lesões músculo-esqueléticas.

Apesar das manifestações de stress poderem atingir qualquer pessoa, existem grupos considerados especialmente vulneráveis e o diagnóstico dos riscos, nomeadamente do stress no trabalho, deve levar em conta um conjunto de indicadores, tais como:

- Custos diretos e indiretos das consequências do stress;
- Queixas relacionadas com o stress;
- Estado de saúde dos indivíduos;
- Satisfação profissional e outros indicadores relacionados.

Para a avaliação dos riscos psicossociais é importante analisar um conjunto de indicadores organizacionais do stress que avaliem a participação, a saúde e rendimento (Cabral et al., 2007).

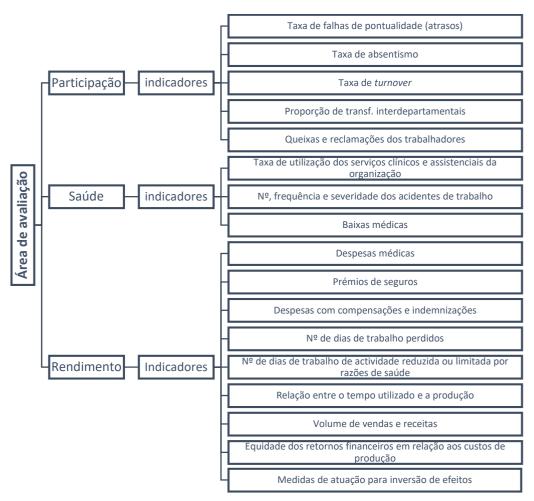


Figura 1: Indicadores de risco psicossociais para avaliação de stress.

Fonte: Adaptado de Cabral et al. (2007).

Sem prejuízo da necessidade de atuar face a situações de *stress*, doença ou acidente, atuar preventivamente, nas situações de trabalho e no reforço do *coping* individual. Estas medidas podem assumir três níveis de intervenção: Nível individual; Nível de grupo e Nível organizacional (Cabral et al., 2007).

4.4. Síndrome de Burnout

A nível organizacional este risco psicossocial pode gerar na empresa, o aumento da desmotivação por parte destes trabalhadores, o aumento do absentismo, o aumento de acidentes de trabalho, o aumento dos conflitos e de agressões, uma menor dedicação ao trabalho, o aumento das queixas dos clientes e o aumento dos custos diretos e indiretos.

Temos como custos diretos, por exemplo, os cuidados médicos, o absentismo e a diminuição da produtividade e como custos indiretos, a degradação da imagem da empresa, a perturbação nas relações interpessoais e as perdas de qualidade e eficiência.

De acordo com Eurofound e a EU-OSHA (Eurofound and European Agency for Safety and Health at Work, 2014) as principais consequências dos riscos psicossociais são a fadiga, o risco de ocorrência de mais acidentes e o *stress* relacionado com o trabalho. A fim de combater o trabalho monótono, é necessário estabelecer medidas preventivas e aplicar novos métodos de organização de trabalho. A rotatividade é fundamental neste tipo de atividade, pois é uma forma de organização de trabalho em que o trabalhador executa individualmente e sucessivamente, tarefas diferentes em postos variados. Esta mudança de tarefas não tem somente implicações positivas, apesar destas serem as de maior importância, existem também implicações negativas, podendo influenciar o rendimento no trabalho. Das implicações negativas salientam-se, o aumento do risco (não estando os trabalhadores familiarizados com a nova tarefa), a exigência de uma formação conveniente (maiores gastos) e a quebra inicial da produção (os trabalhadores ainda não estão adaptados à nova tarefa, podendo haver um aumento da pressão psicológica destes).

Neste tipo de organização de trabalho, os trabalhadores são dispostos de tal maneira que cada um deve realizar sucessivamente diversas tarefas, com exigências diferentes. A incorporação de tarefas suplementares ao trabalhador, como por exemplo o controle de qualidade, representa um elemento particularmente importante de enriquecimento do trabalho.

A fim de prevenir as doenças, quer físicas quer psicológicas, provocadas pelo trabalho repetitivo é fundamental fazer pausas curtas e frequentes. Para além destas medidas preventivas, deve-se "estimular" o ambiente através da luz, cor e música, sendo de elevada importância, para a "quebra" dos sintomas da monotonia.

O estudo de Heponiemi, Kouvonen, Virtanen, Vänskä e Elovainio (Heponiemi, Kouvonen, Virtanen, Vänskä, & Elovainio, 2014) sugere que a violência no local de trabalho é um extenso problema no setor dos cuidados de saúde e pode levar ao aumento da mobilidade e insatisfação no trabalho. Assim, as organizações de saúde devem abordar este

problema através de diferentes meios, como dar aos funcionários de saúde mais oportunidades para controlar o seu próprio trabalho.

Weigl, Schneider, Hoffmann e Angerer (2015) referem que inúmeros estudos têm revelado que o bem-estar mental e eficácia dos médicos estão intimamente relacionados com as características de seu ambiente de trabalho e que os cuidados médicos e os transtornos psiquiátricos estão associados à má qualidade da prestação dos cuidados de saúde, incluindo erros médicos, infeções hospitalares, e pacientes insatisfeitos Daí a especial atenção atribuída ao burnout médico devido à sua abrangência e os efeitos prejudiciais sobre a saúde do médico, e respetiva produtividade. As investigações sobre esta interação entre o ambiente de trabalho de médicos e stress no trabalho, e a qualidade dos cuidados prestados são fundamentais, de modo a serem criadas medidas de prevenção. Neste sentido os autores efetuaram um estudo para verificar a associação entre stresse no trabalho, burnout e qualidade dos cuidados médicos prestados aos pacientes. Os dados para este estudo de carater transversal, foram recolhidos num dos maiores hospitais pediátricos da Europa Central, reconhecidos pelos seus serviços altamente especializados que cobrem todos os campos da medicina pediátrica e atende 41.500 pacientes em regime ambulatório e 6.000 pacientes internados por ano. Cento e trinta médicos foram convidados a participar neste estudo e os resultados demonstraram que os Pediatras do internamento apresentaram significativamente mais stresse no trabalho do que os seus colegas em unidades de cuidados intensivos e ambulatórios; 10,2% dos pediatras investigados relataram alta presença de burnout, e uma vez mais, foi a equipa de enfermaria que relatou maior exaustão emocional. Após uma avaliação exaustiva, foi possível constatar que os pediatras com elevado stress no trabalho e exaustão emocional relataram redução da qualidade do atendimento, cujas análises de mediação comprovaram que, especialmente a exaustão emocional dos pediatras provocava o efeito de stresse no trabalho e na qualidade do atendimento (Weigl et al., 2015).

Numa revisão acerca do desgaste profissional de oficiais de justiça, Salyers, Hood, Schwartz, Alexander e Aalsma (2015) referem que o desgaste profissional (*Burnout*), também tem sido identificado como um potencial problema vivenciado pelos agentes da liberdade condicional que trabalham com jovens que para além de supervisionarem os menores em termos de aplicação da lei, também são chamados para ajudar na sua

reabilitação. A estes profissionais, agentes de liberdade condicional juvenil, são delegadas responsabilidades únicas de ocupação e os estudos sobre estes agentes de liberdade condicional mostraram taxas um pouco elevadas de *burnout* comparativamente a outros trabalhadores envolvidos com ocupações de serviços humanos. Em 2013, os autores constataram que a maioria dos oficiais tinha um repertório limitado de estratégias para gerir o cansaço e *stress*, aponta para a necessidade de intervenções para ajudar os agentes de liberdade condicional a gerir o *stress*, com base na utilização de técnicas de gestão eficazes centradas na redução de trabalho emocional e exaustão. Uma variedade de técnicas têm sido experimentadas noutros campo, incluindo o fornecimento de informações educacionais, reestruturação cognitiva, relaxamento muscular progressivo e treino de habilidades sociais. Os autores consideram ainda que esta é uma área com pouca investigação e que se deve explorar formas de prevenir o cansaço e elevada tensão, bem como os possíveis efeitos do burnout entre os oficiais de justiça e impactos nos seus relacionamentos e prestação de cuidados à juventude na justiça juvenil (Salyers et al., 2015).

4.5. Bullying, Moobing, Assédio no trabalho

Como é sabido, as taxas de *bullying* no local de trabalho são tipicamente mais elevadas na América do Norte do que em outras partes do mundo, como a Europa mas não deve ser negligenciado ou evitado em nenhum dos casos. Consequências associadas a este fenómeno no local de trabalho são prejudiciais para todas as partes envolvidas. De acordo com resultados de Carroll e Lauzier (Carroll & Lauzier, 2014), o apoio social parece proteger os trabalhadores de alguns dos efeitos destrutivos do assédio moral no trabalho. Esse apoio pode funcionar como uma salvaguarda, fornecendo recursos para permitir lidar com esse tipo de situações. Os empregadores devem ter uma cultura organizacional que promova um ambiente de trabalho favorável, incentivando o apoio da administração e entre os colegas de trabalho. Isso pode servir como uma estratégia para atenuar a gravidade e as consequências de assédio moral no trabalho. Além disso, quando informados de situações de *bullying* no local de trabalho, os gestores devem discutir claramente com o(s) alegado(s) alvo(s) o apoio organizacional e dos recursos disponíveis, deixando claro que a organização não vai tolerar esse tipo de comportamento(s).

Os estudos de Vliert, Einarsen e Nielsen Morten (2013) demonstram que existe uma relação entre as ocorrências de assédio moral e a riqueza e clima dos países. Especificamente, existe menos assédio sobre os funcionários de países pobres ou ricos com climas temperados do que nos países pobres, com climas exageradamente frios ou quentes, como é o caso dos países da Europa de Leste. Ao longo dos anos, o fenómeno de *bullying* (proveniente da língua Inglesa) ou *mobbing* tem apresentado um padrão: O poder percebido como superior no agressor relativamente à vítima, atos negativos e sistemáticos (Chirilă & Constantin, 2013).

No estudo de Yusop, Dempster e Stevenson (2014) efetuado na Malásia, são trabalhados três comportamentos inadequados com ligeiras diferenças de significado em termos laborais mas com grande importância na vida dos (as) trabalhadores (as): o mobbing, o assédio e o bullying. O moobing é definido, neste estudo, como um tipo de tratamento nocivo sobre um (a) empregado (a), muitas vezes com a intenção de induzir o (a) trabalhador (a) a despedir-se. O assédio é definido como um comportamento da pessoa 'A' que submete outra pessoa 'B' a um ambiente que tem o propósito ou efeito - violar a dignidade 'do B, ou - a criação de um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou ofensivo e não desejado para' B '. O bullying é um comportamento persistente, ofensivo, abusivo, intimidatório, malicioso ou insultuoso, abuso de poder ou sanções penais abusivas, que faz com que o (a) destinatário (a) se sinta perturbado, ameaçado, humilhado ou vulnerável, comprometendo a sua autoconfiança e que pode levá-lo a sofrer stress. A principal conclusão do estudo de Yusop et al. (Yusop et al., 2014) relativamente à forma e à periodicidade com que ocorre esta tríade de comportamentos inadequados dentro de um determinado ambiente de trabalho é que eles são transversais a todo o cenário laboral, não havendo uma relação significativa entre o assédio e os fatores relacionados com o trabalho, ao contrário do que acontece entre o bullying e o mobbing laboral tal como definidos pelos autores. A prática do mobbing ocorre em quantidades semelhantes quer a partir das hierarquias para os subordinados (do topo para a base), dos subordinados para as hierarquias, (da base para o topo) como horizontalmente. As pessoas que relataram estarem a ser afetadas por assédio moral também referiam ser vítimas de mobbing. No estudo verificou-se que a falta de uma boa interação com os colegas de trabalho e consequente insatisfação com o trabalho, apresentavam correlação com a presença de comportamentos inapropriados sobre os mesmos. Este estudo demonstra, ainda, que o ambiente laboral se deve mais a fatores humanos do que organizacionais.

O assédio moral no trabalho tem sido mostrado ser um fator de *stress* com graves consequências sociais e laborais, resultando em altos custos, tanto para os indivíduos e organizações interessadas. O estudo de Salin (Salin, 2015) efetuado numa amostra representativa de funcionários finlandeses, faz três importantes contribuições para a literatura existente sobre assédio moral no trabalho: em primeiro lugar, demonstra o papel do ambiente físico de trabalho ao lado do ambiente psicossocial do trabalho - trabalhadores com um ambiente físico de trabalho pobre têm maior probabilidade de serem submetidos a *bullying*. Em segundo lugar, contrariamente a pressupostos comuns, os resultados sugerem que o pagamento com base no desempenho está associado com um menor risco de intimidação. Em terceiro lugar, os resultados sugerem que há diferenças de género nos fatores de risco, constituindo, assim, uma chamada para mais estudos sobre o papel do género na identificação de fatores de risco. Maior conhecimento dos fatores de risco é importante, pois permite-nos tomar medidas mais eficazes para diminuir o risco de assédio moral no trabalho.

O estudo de Lee, Kim e Park (Lee, Kim, & Park, 2014) relata um efeito considerável de fatores relacionados com o trabalho, como longas horas de trabalho e trabalho noturno, sobre a violência no local de trabalho. Os seus resultados são muito importantes porque é considerado o maior estudo realizado até à data sobre os fatores de risco relacionados com a violência no local de trabalho na Ásia, já que não se limitou a um tipo de trabalhadores mas cobriu todas as ocupações. Resumidamente, os dados obtidos.

Leskinen, Cortina, & Kabat (2011) acusam a prática comum jurídica e organizacional de privilegiar formas de assédio sexual com base no sexo, negligenciando género no assédio. Os dados da pesquisa vieram de mulheres que trabalham em dois contextos dominados por homens: os militares e a profissão de advogado. As respostas revelaram cinco perfis típicos de assédio: fraca vitimização, assédio sexual, o assédio de género sem intenção sexual, vitimização moderada e alta vitimização. A grande maioria dos tipos de assédio cai num dos dois primeiros grupos, que praticamente são descritos como avanços sexuais não desejados. Quando comparado com os não-vítimas, as mulheres assediadas mostraram decréscimos

significativos no bem-estar profissional e psicológico. Estes resultados sublinham a gravidade do assédio, que merece maior atenção tanto por parte do direito como da ciência social.

4.6. Prevenção e a Promoção da Saúde e do bem-estar no Contexto Laboral ou Avaliação e Prevenção de Riscos Psicossociais

O trabalho é o recurso essencial de satisfação de necessidades económicas e sociais. Garante rendimentos, permite relações sociais, estruturas de tempo e apoia o desenvolvimento do indivíduo, pelo que, a manutenção da capacidade para o trabalho e reabilitação da capacidade para o trabalho, devem ser objetivos fundamentais, de qualquer estado/governo.

O governo alemão coloca ao dispor serviços de reabilitação médica e profissional de modo a ajudar na participação da vida ativa, evitando que problemas de saúde ou deficiências possam vir a causar uma redução na capacidade de trabalho. Para alcançar estes objetivos, os responsáveis pela tomada de decisões na área de saúde, precisam saber quais os determinantes que podem eventualmente limitar a capacidade para o trabalho, daí que a medição destes estados seja tão importante.

No entanto, como os perigos físicos e toxicológicos no local de trabalho são hoje em dia mais controlados, a investigação epidemiológica sobre a deficiência relacionada com o trabalho está cada vez mais focada nas exigências psicossociais e *stress* no trabalho como potenciais fatores de risco durante os últimos anos.

Em particular, dois modelos de *stress* no trabalho têm recebido recentemente uma atenção especial: o Modelo de Tensão no Trabalho (Job Strain Model – JSM), desenvolvido por Robert Karasek (1979), cujas variáveis medidas foram exigência e Controle e o modelo Effort-Reward Imbalance (ERI) desenvolvido por Siegrist cujas variáveis são o esforço-recompensa.

O Modelo de Karasek demand-discretion model (DCM) ou Modelo da Exigência-Controle formam o par básico onde, do ponto de vista do controle o principal conceito é o de latitude de decisão. Alta exigência e baixa latitude de decisão é a pior combinação, que caracteriza uma situação de esgotamento, responsável pelo desenvolvimento de doença. Alta exigência e ampla latitude de decisão caracteriza uma situação ativa, ao mesmo tempo em que há grande exigência existe também grande capacidade de lidar com ela, adequar as estratégias utilizadas. Baixa exigência e ampla latitude de decisão é a situação que envolve menor risco de desenvolver doença. Baixa exigência e estreita latitude de decisão (situação passiva) pode estar associado ao desenvolvimento de atrofia psicológica.

O DCM de Karasek descreve o ambiente de trabalho com duas dimensões principais: As exigências psicológicas, onde se incluem a pressão do tempo, intensidade do trabalho ou instruções conflituantes e latitude de decisão, que diz respeito à componente capacidade (variedade de trabalho e oportunidade para uso de competências) e autoridade de decisão. O modelo aponta para um maior risco de efeitos adversos para a saúde quando as exigências psicossociais de um trabalho são elevados, e aos trabalhadores não lhes é concedida autoridade para as tomadas de decisão, originando, segundo Karasek, grande tensão no trabalho (Bethge et al., 2009).

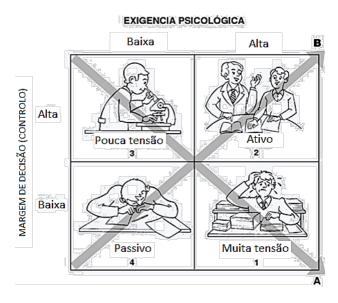


Figura 2: Modelo de exigências psicológicas de karasek

Adaptado do normativo do Ministério de trabajo y Asuntos Sociales & Instituto Nacional de Seguridad e higiene en el Trabajo, 2001)

O modelo ERI está relacionado com a reciprocidade contratual. De acordo com Siegrist os efeitos benéficos da vida de trabalho (participação, autoeficácia e aprovação) estão associados a uma relação justa entre empregador e empregado, ou seja, os funcionários têm de se sentir recompensados adequadamente, pelos seus esforços e conquistas, nomeadamente, remuneração, estima, oportunidades de carreira e segurança no emprego).

A falta de reciprocidade entre alto esforço e baixa recompensa, resultará em sofrimento emocional e consequentes efeitos adversos à saúde (Bethge et al., 2009).



Figura 3: Representação do modelo ERI

Adaptado de Vasconcelos & Guimarães, 2009

Vários autores têm considerado que o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), está associado com o ERI, mas estes resultados têm sido encontrados em estudos transversais pelo que se requerem estudos e análises longitudinais relacionados com a saúde e a vida operária para identificar fatores de risco ambientais e pessoais relacionadas com o trabalho que afetem a capacidade para o trabalho e participação profissional (Bethge et al., 2009).

CAPITULO 5 - COPENHAGEN PSYCHOSOCIAL QUESTIONNAIRE

São vários os instrumentos que têm sido desenvolvidos para avaliar o peso dos aspetos psicossociais no trabalho (Matthias Nuebling et al., 2013), que é considerado, desde há muito e de forma consensual, de difícil medição dada a indefinição de um construto teórico, portanto, várias são as maneiras de definir e operacionalizar a carga e a tensão dos fatores psicossociais (M. Nuebling & Hasselhorn, 2010). O Questionário Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) é uma ferramenta de origem dinamarquesa que nasce de uma tentativa de criar um instrumento válido e compreensível para avaliar os fatores psicossociais desenvolvido e validado por Kristensen e Borg (2000) com a colaboração do Danish National Institute for Occupational Health in Copenhagen. O COPSOQ inclui a maioria das principais dimensões em psicologia da saúde ocupacional, embora faltem fatores importantes relacionados com o trabalho, nomeadamente, a recompensa, justiça, confiança e discriminação, no entanto inclui aspetos de diversas teorias e modelos tais como:

- (1) Modelo das caraterísticas do trabalho,
- (2) Modelo de stresse organizacional de Michigan,
- (3) Modelo exigência-controlo-suporte social,
- (4) Abordagem sociotécnica,
- (5) Teoria do esforço recompensa

Pejtersen, Tage Søndergaard, Borg, & Bjorner (2012) referem que o questionário COPSOQI foi desenvolvido tendo por base os seguintes princípios e considerações teóricas:

- (i) o questionário deve cobrir todos os aspetos relevantes dos fatores psicossociais de *stress* do ambiente de trabalho, bem como recursos,
- (ii) deve basear-se em várias teorias, e não apenas numa só, dado que nenhuma teoria ou modelo abrange todos os aspetos importantes do ambiente psicossocial do trabalho,
- (iii) as dimensões do questionário devem estar relacionadas com diferentes níveis de análise (empresa, departamento, trabalho, trabalhadores),
 - (iv) o questionário deve ser genérico.

O COPSOQ apresenta-se como um instrumento multidimensional, numa metodologia tripartida. Reúne consenso internacional quanto à sua validade, modernidade e compreensibilidade na avaliação das mais relevantes dimensões psicossociais inerentes ao contexto laboral. Foi reformulado, no ano de 2007 e está disponível em três versões distintas: a versão longa de pesquisa (41 escalas e 128 itens), a versão de comprimento médio para ser usado por profissionais do ambiente de trabalho (28 componentes para 87 itens) e uma versão curta de locais de trabalho (23 fatores de 40 itens). Baseado num conjunto de teorias relacionadas com vários modelos, espera-se que sejam capazes de avaliar e medir as dimensões psicossociais mais relevantes inerentes ao contexto de trabalho e indicadores do seu efeito como a saúde, satisfação e stress (Rosário, Fonseca, & Costa, 2012). De acordo com os autores da versão original, a versão curta e média incluem somente as dimensões psicossociais com evidência epidemiológica de relação com a saúde (M. Nuebling & Hasselhorn, 2010). Face à generalizada dificuldade em obter instrumentos de avaliação de riscos psicossociais validados no contexto Português e constatado a sua necessidade no contexto laboral o COPSOQ que foi traduzido e adaptado por vários autores, dos quais se destacam, por Silva et al. (2012) que validaram versões para Portugal e países africanos de língua oficial portuguesa; Rosário, Fonseca e Costa (Rosário et al., 2012) validaram e adaptaram linguística e culturalmente a versão longa (128 itens) do COPSOQ II para Portugal. O questionário revelou uma boa consistência interna para a escala total, já que apresentou valores um alfa de Cronbach tanto no teste como no reteste com alfa de Cronbach>0,8. As correlações item-total demonstraram que os itens tem correlações com a escala total>0,3. De acordo com os autores a versão longa portuguesa do COPSOQ II oferece a fidelidade e validade necessárias à sua utilização pelos investigadores e profissionais interessados em avaliar o ambiente psicossocial do trabalho.

O COPSOQ II apresenta várias escalas sobre o ambiente psicossocial no trabalho que permitem a identificação de riscos no trabalho e sua relação com a saúde (Matthias Nuebling et al., 2013; Rosário, 2013).

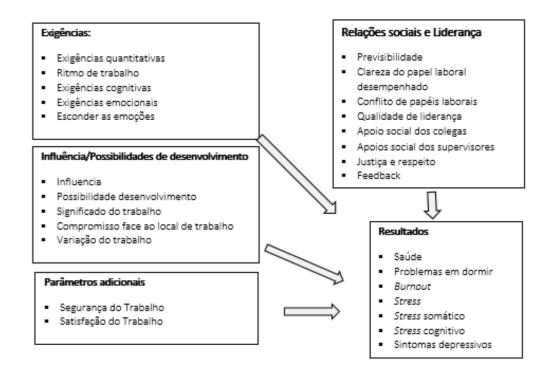


Figura 4: Identificação de riscos no trabalho e sua relação com a saúde.

Adaptado de Rosário (Rosário, 2013)

Existem evidencias de que as dimensões do COPSOQ "Exigências no trabalho"; a "Organização do trabalho e conteúdo do trabalho " e " as relações interpessoais e Liderança" são preditoras da saúde ocupacional (Rugulies, Aust, & Pejtersen, 2010).

5.1. Descrição das subescalas do COPSOQ

A versão média do COPSOQ, utilizada para a avaliação dos fatores de risco psicossociais é constituída pelas seguintes escalas e subescalas (Fernandes da Silva et al., 2012; Fuß et al., 2008; Galego, 2009; Kristensen, Hannerz, Hogh, & Vilhelm, 2005; Moncada et al., 2002):

Tabela 1: Subescalas das versões do COPSOQ

	Versão Curta	Versão Média	Versão Longa
EXIGÊNCIAS LABORAIS			
Exigências quantitativas	2	3	3
Ritmo de trabalho	1	1	1
Exigências cognitivas	2	3	3
Exigências emocionais	1	1	3
Exigências de esconder emoções	-		4
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E CONTEÚDO			
Influência no trabalho	1	4	4
Possibilidades de desenvolvimento	2	3	3
Variação no trabalho			1
Significado do trabalho	2	3	3
Compromisso face ao local de trabalho	1	2	3
RELAÇÕES SOCIAIS E LIDERANÇA			
Previsibilidade	2	2	2
Recompensas (Reconhecimento)	2	3	3
Transparência do papel laboral desempenhado	1	3	4
Conflitos de papéis laborais	-	3	4
Qualidade da liderança	1	4	4
Apoio social de superiores	1	3	3
Apoio social de colegas	-	3	3
INTERFACE TRABALHO-INDIVÍDUO			
Insegurança Laboral	1	1	4
Satisfação laboral	1	4	4
Conflito Trabalho/Familia	2	3	3
Conflito Família/Trabalho	-		2
VALORES NO LOCAL DE TRABALHO			
Confiança vertical	2	3	3
Confiança horizontal	-	3	3
Justica e respeito	2	3	4
Comunidade social no trabalho	1	3	3
Responsabilidade social	-	-	4
PERSONALIDADE			
Auto-eficácia	1	2	6
SAÚDE E BEM-ESTAR			
Saúde Geral		1	1
	1	_	_
Stress	2	2	4
Burnout	2	2	4
Problemas em dormir	1	2	4
Stress somático	-	-	5
Stress cognitivo	-	-	4
Sintomas Depressivos	1	2	4
COMPORTAMENTOS OFENSIVOS	4	4	6
Número de subescalas	26	29	35
Número de questões	41	76	119

As escalas e subescalas são caracterizadas da seguinte forma:

Exigências quantitativas - As exigências quantitativas podem ser definidas como a relação entre carga de trabalho e do tempo disponível para o fazer. Se o tempo for insuficiente, considera-se que as exigências são elevadas.

Ritmo de trabalho - Esta subescala diz respeito ao poder discricionário sobre o nosso tempo de trabalho e descanso. Se consideramos que temos de trabalhar muito rapidamente para conseguir finalizar as nossas tarefas, significa que estamos a trabalhar a um ritmo elevado. O controlo sobre o tempo de trabalho simboliza também uma vantagem em relação às condições de trabalho.

Exigências cognitivas - Este tipo de exigências diz respeito ao processo de tomada de decisão, à criação de novas ideias, ao seu armazenamento, à gestão do conhecimento e à capacidade de controlar várias tarefas em simultâneo.

Exigências emocionais- As exigências emocionais dizem respeito à forma como o trabalho pode afetar os nossos sentimentos, especialmente quando eles exigem a nossa capacidade de compreender a situação de outras pessoas.

Conflitos laborais - Os conflitos no trabalho podem existir a vários níveis. Podem corresponder a atritos entre os colegas ou a um nível ético quando as exigências que são impostas ao trabalhador entram em conflito com as suas normas e valores. Este tipo de conflitos se for de longa duração origina casos de ansiedade e *stress*.

Insegurança laboral - Há fortes evidências de que a insegurança no trabalho, temporário e em geral, se relaciona com indicadores de precariedade da saúde e tem sido clara a sua relação com os acidentes de trabalho. Nesta subescala inclui-se a insegurança contratual e a insegurança sobre outras condições de trabalho como a mobilidade funcional e geográfica, mudanças do horário de trabalho e do salário.

Conflitos trabalho/família - Os conflitos trabalho/família têm sido comumente definidos como uma forma "de conflito em que o papel desempenhado no trabalho é incompatível com o desempenhado no ambiente familiar". Quando o trabalhador se envolve em várias funções de natureza distinta, estes papéis tendem a causar-lhe tensão ou conflito. Este tipo de conflito ocorre quando as exigências e obrigações do trabalho influenciam de

forma negativa a vida familiar.

Saúde geral- Esta subescala diz respeito à perceção que cada trabalhador tem sobre o seu estado de saúde.

Burnout - O burnout é uma síndrome caracterizado pela acumulação de fadiga (física e mental) e pela exaustão mental (Pines et. al., 1978, cit. por Galego, 2009). O burnout afeta uma série de profissionais, é atualmente considerado mais do que um problema pessoal, um problema do ambiente de trabalho. Os fatores identificados que contribuem para o burnout incluem situações stressantes prejudiciais, associadas com o trabalho e o seu ambiente (Maslach et. al., 2001, cit. por Galego, 2009).

Stress- Esta subescala diz respeito a um conjunto de comportamentos que estão frequentemente relacionados com o stress. Os ambientes de trabalho que apresentam risco para o stress caracterizam-se por apresentarem horários de trabalho irregulares, exposição a violência, ameaças e abusos. Estas condições laborais têm sido consideradas tanto como causa direta de doenças psiquiátricas, como componentes de um complexo causal que requer níveis emocionais elevados (Kristensen et. al., 2004, cit. por Galego, 2009).

Sintomas depressivos - A saúde mental é um dos aspetos mais importantes da saúde de uma pessoa, e para a maioria das pessoas é em si um pilar central da qualidade de vida. Além disso, uma saúde mental deficiente pode ser a fonte de consequências negativas e conduzir a doença física. Os trabalhadores deverão estar alerta para os sintomas depressivos, como forma de prevenção de problemas de saúde mental.

Influencia no trabalho - Esta subescala diz respeito ao nosso poder de decisão, autonomia, em relação ao conteúdo e condições de trabalho (os objetivos, os métodos utilizados, as tarefas, a quantidade trabalho). A influência no trabalho é uma das dimensões centrais do ambiente psicossocial. Vários estudos têm demonstrado que uma baixa influência sobre o trabalho aumenta o risco de várias doenças e o stress.

Possibilidade de desenvolvimento - Avaliar se o nosso trabalho é uma fonte de oportunidades, desenvolvimento de competências e conhecimento, é um

fator importante também a ter em conta para a nossa motivação. O trabalho pode ser criativo, ou, pelo contrário, pode ser monótono e repetitivo, não representando qualquer tipo de aprendizagem ou crescimento, não demonstrando possibilidade de desenvolvimento futuro.

Previsibilidade - Esta subescala refere-se ao fato de os trabalhadores terem, ou não, a informação adequada e o tempo suficiente para se adaptarem às mudanças do seu trabalho, que por vezes podem afetar as suas vidas, caso contrário, pode provocar o aumento dos níveis de stress. A imprevisibilidade tem sido associada a piores indicadores de saúde mental. Em relação ao emprego, precisamos de todas as informações necessárias para fazer o nosso trabalho, mas também precisamos de saber com antecedência as reestruturações futuras.

Transparência do papel laboral desempenhado - Esta dimensão relaciona-se com a definição do trabalho. A clareza do papel desempenhado é uma das dimensões clássicas da psicologia social. Se este não está bem definido, pode vir a constituir um fator de *stress*. As causas da indefinição do papel podem ser a incerteza e a falta de definição das tarefas para executar. O trabalhador necessita de ter definido os seus objetivos e as suas responsabilidades, para poder orientar o seu trabalho para os bons resultados.

Recompensas - A maioria das pessoas recebe recompensas em vários momentos do dia de trabalho, mas geralmente de forma muito indireta ou ininteligível. No entanto, é muito importante para cada um dos trabalhadores receberem este tipo de informações detalhadas sobre como fazer o seu trabalho, para permitir ajustar as falhas, permitindo, oportunidades para o desenvolvimento da aprendizagem e habilidade.

Apoio social de colegas e de superiores - O apoio social representa o aspeto funcional, simboliza o ato de receber o tipo de ajuda que é necessária na altura certa, quer dos colegas de trabalho ou da chefia. A falta de suporte social é um dos fatores de *stress*, havendo referencias na literatura que relacionam a falta de apoio com o aumento de doenças e de *stress*.

Comunidade social no trabalho - A possibilidade de socialização no trabalho

constitui a rede social estrutural. Pode-se garantir que a necessidade de interagir socialmente constitui uma das características essenciais da natureza humana de modo que não parece razoável que o trabalho possa ser saudável se não garante a sociabilidade. Trabalhar de forma isolada, sem qualquer possibilidade de contato com os colegas de trabalho, representa um aumento significativo do risco para as pessoas que trabalham com "elevadas exigências".

Comportamentos ofensivos – Este fator é avaliado através de questões relacionadas com a perceção dos trabalhadores sobre os insultos ou provocações verbais de que são alvo, ou se foram expostos a assédio sexual e a ameaças de violência.

Qualidade de liderança - O papel da chefia é importante para garantir a qualidade do crescimento pessoal, a motivação e o bem-estar dos trabalhadores. Do ponto de vista da saúde, parece importante que os superiores imediatos realizem uma gestão de pessoal justa, democrática, responsável e visível.

Problema em dormir - Esta dimensão compreende questões relacionadas com a perceção do trabalhador sobre a dificuldade que sente para adormecer, ou se o seu sono é frequentemente interrompido e consequentemente não consegue voltar a adormecer.

Satisfação no trabalho - A satisfação que o trabalhador apresenta com o trabalho é uma medida geral de qualidade do trabalho, que tem sido utilizada em inúmeras investigações. O baixo nível de satisfação no trabalho está associado com o *stress*, o burnout, o absentismo, a falta de desenvolvimento pessoal, saúde precária e baixa produtividade. Relaciona-se com a perceção do trabalhador sobre as condições de trabalho e a utilização das suas capacidades no seu desempenho.

Valores de Referência Nacionais

Para a obtenção de dados normativos dos trabalhadores portugueses, procedemos à distribuição de cerca de 20.000 protocolos de avaliação, constituídos pela versão média portuguesa do COPSOQ II. A amostra final ficou com 4162 trabalhadores, 46,3% mulheres, com idades compreendidas entre os 19 e os 69 anos, que corresponde aos protocolos recebidos.

Tabela 2: Valores de Referência do COPSOQ

		Masculino		Feminino		Total	_
		N= 2237 (53.7%)		N=1925 (46.3%)		N=4162	
		М	DP	М	DP	М	DP
	Idade	40.49	9.53	38.12	9.79	39.4	9.72
	Anos de trabalho	18.32	10.16	14.84	9.83	16.7	10.18
		Masculino	%	Feminino	%	Total	%
	Solteiro(a)	476	21.4	585	30.7	1061	25.7
≅	Casado(a)	1449	65.1	962	50.4	2411	58.3
0	Divorciado(a)	120	5.4	163	8.5	283	6.8
Estado civil	Viúvo(a)	23	1	33	1.7	56	1.3
Est	União de facto	143	6.4	145	145 7.6		6.9
	Separado(a)	15	0.7	19	1	34	0.8
		Masculino	%	Feminino	%	Total	%
s	o 1º Ciclo	123	5.5	46	2.4	169	4.1
Habilitações Literárias	2º Ciclo	128	5.8	55	2.9	183	4.4
erá	[™] 3º Ciclo	510	22.9	163	8.5	673	16.3
Ĕ	Secundário	781	35.1	368	19.1	1149	27.8
es	Médio	43	1.9	48	2.5	91	2.2
ç	Bacharelato	31	1.4	49	2.5	80	1.9
<u>=</u>	Licenciatura	429	19.3	897	46.6	1326	32.1
abi	Mestrado	116	5.2	212	11	328	7.9
I	Doutoramento	63	2.8	71	3.7	134	3.2
		Masculino	%	Feminino	%	Total	%
	Indústria	386	17.3	235	12.2	621	14.9
.2.	Ensino	115	5.1	205	10.6	320	7.7
setores Profissionais	Serviços e Comércio	373	16.7	221	11.5	594	14.3
Sio	Saúde	273	12.2	804	41.8	1077	25.9
setores ofissiona	Administração Pública	167	7.5	227	11.8	394	9.5
, F	Forças Policiais	825	36.9	112	5.8	937	22.5
	Outros	98	4.4	121	6.3	219	5.3

CAPITULO 6 - O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

As equipas clínicas ligadas à área da saúde estão expostas a elevados riscos de infeções com vários patogénicos sanguíneos devido à exposição frequente a fluidos biológicos dos pacientes de quem cuidam. Esses riscos foram ignorados ou subestimados por um período significativo de tempo, até pelos próprios profissionais, por acreditarem que são riscos inerentes à profissão (Leiss, 2010).

Os profissionais dos serviços de saúde sofrem ameaças relevantes à sua atuação, há fatores referentes à insalubridade, por exemplo, que aparecem nas atividades de atendimento. Há riscos oferecidos pelos ambientes, instrumentos, materiais e substâncias, formas de manipulação etc. A interação profissional-paciente é extremamente complexa e precisa ser administrada segundo normas rígidas e comportamentos cuidadosos. Cabe mencionar diversos estudos sobre exposições ocupacionais de materiais biológicos potencialmente contaminados. Esta exposição constitui sério risco aos profissionais de área da saúde, no seu local de trabalho. Nestes estudos são relatados acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos. Esta exposição está entre os fatores mais frequentemente relatados. Destacam-se, aqui, alguns dos numerosos fatores de risco: os acidentes com materiais perfurocortantes como as agulhas e instrumentos cortantes, o que leva os profissionais de saúde à exposição a sangue e a outros fluidos corporais dos pacientes. As instituições promovem ações educativas quanto ao conhecimento de medidas de prevenções e a práticas padronizadas de precaução. Estas orientações foram comunicadas com mais intensidade depois do surgimento de várias epidemias mundiais como a da SIDA. É preciso considerar, neste momento, a teoria da causalidade de acidentes. O fator humano é, frequentemente, citado como causa mais importante de acidentes, mas o profissional que atua na área de saúde, como ocorre com todas as outras pessoas, sofre influências ambientais e organizacionais. Vale recordar, que para além do panorama dos fatores de segurança, que esta pesquisa tem um foco específico, é preciso entender o que favorece os riscos e a ocorrência dos acidentes com instrumentos perfurantes, cortantes e perfurocortantes (Tomé, 2008).

Rusu e Bulicrea (2011), num estudo que envolveu 1745 pessoas das quais 1505 eram médicos, 58 afirmaram já terem tido um episódio de exposição a fluidos corporais o que

representa uma taxa de incidência de pessoas expostas a produtos biológicos durante um ano de 3, 32% do total do pessoal e 3,85% do pessoal de saúde. Os resultados obtidos no presente estudo, indicam que mais de 77% das pessoas expostas estavam vacinadas contra o vírus da hepatite B; no entanto, 20% não tinham anticorpos protetores num patamar de nível satisfatório (acima 10mUI/ml), pelo que, o aumento do número de vacinas aos funcionários e respetivo controlo periódico de proteção, são objetivos que exigem o seu cumprimento pelo empregador. Os acidentes pela exposição a produtos biológicos dos profissionais de saúde são riscos que deverão preocupar todos os especialistas na área. A supervisão e a formação contínua são fundamentais para manter atualizado o conhecimento e respeitar as precauções universais, de modo a reduzir o risco de transmissão de infeções virais

Num estudo efetuado no hospital de São José composto por 18 funcionários do hospital (11 auxiliares de enfermagem, quatro médicos, um enfermeiro, um técnico de diagnostico e um trabalhador geral) que decidiram abandonar voluntariamente o trabalho antes da idade média de reforma (65 anos), apresentavam distúrbios do músculo-esquelético e eram acompanhados pelo Departamento de Saúde Ocupacional. O diagnóstico clínico que sustenta o processo de aposentadoria para esse grupo era muito diverso: dor nas costas (cervical = 3; lombar = 4), hérnias de disco vertebral (cervical = 2; lombares = 1), problemas de ombro (rotadores desordens de punho = 3), problemas de joelho (osteoartrite = 3), síndrome do túnel do carpo (1) e um dos trabalhadores tinha um déficit visual grave, além das lesões músculo-esqueléticas. A maioria destes trabalhadores relatou desconforto postural muito frequente (83,33%), principalmente relacionado com a parte de trás (77,78%). O layout do local de trabalho foi considerado muito mau por 13 dos trabalhadores e apenas dois o consideraram satisfatório; o espaço livre no interior das unidades também foi avaliado como fraco pela maioria dos trabalhadores (n = 14) e não satisfatória (n = 2) ou satisfatória (n = 2); os trabalhadores referiram que a maioria de seus serviços não tinha equipamento mecânico para levantar pacientes (n = 8) e executaram técnicas manuais para manuseio do paciente (n = 16). Globalmente, as condições de trabalho eram vistas como pobres (n = 11), satisfatórios (n = 6) ou insatisfatórios (n = 1). Em relação às exigências de trabalho primárias, 67% dos sujeitos (n = 12) identificou-os como fisicamente exigentes e 33% como física e mentalmente (n = 6). Este último grupo incluiu todos os médicos, a enfermeira e o técnico (Cotrim et al., 2005).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPITULO 7 – METODOLOGIA

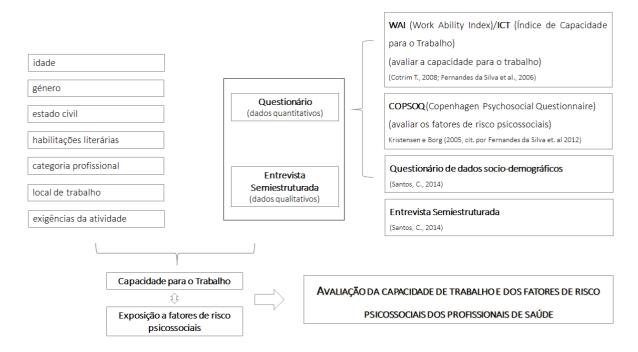
7.1. Objetivos

Para o presente estudo foram estabelecidos um objetivo geral e objetivos específicos.

O objetivo geral deste trabalho foi compreender a relação entre a capacidade para o trabalho e a exposição a fatores de risco psicossociais em profissionais de saúde, identificar grupos profissionais vulneráveis e consequente implementação de estratégias de intervenção de acompanhamento psicológico.

Quanto aos objetivos específicos elegemos alguns a serem explorados:

- 1. Caracterização da capacidade para o trabalho dos profissionais de saúde;
- 2. Descrição da capacidade para o trabalho dos profissionais em função da idade, género, estado civil, habilitações literárias, categoria profissional e local de trabalho;
- 3. Avaliar a capacidade para o trabalho dos profissionais perante o tipo de exigência da atividade;
 - 4. Caracterização da exposição a fatores de risco psicossociais;
- 5. Descrição da variação dos fatores psicossociais em função da idade, género, estado civil, habilitações literárias, categoria profissional e local de trabalho;
- 6. Relacionar a capacidade para o trabalho em função da exposição a fatores de risco psicossociais.



7.2. Desenho da Investigação

De forma a concretizar os objetivos propostos, neste estudo, adotou-se uma metodologia quantitativa, descritiva-correlacional e transversal.

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional visando explorar as relações entre as variáveis que compõem as hipóteses deste estudo e no caso de as encontrar descrever as mesmas. Este estudo é transversal, uma vez que, pretende medir um acontecimento num grupo representativo da população em estudo, num único momento.

A escolha da metodologia quantitativa deve-se ao interesse em realizar uma análise de dados numéricos obtidos a partir da recolha efetuada na amostra da população, tendo por base a versão média do COPSOQ II e do ICT.

De acordo com Muijs (2004) a investigação quantitativa tem como objetivo explicar um fenómeno através da recolha de dados numéricos utilizando métodos matemáticos, mais frequentemente a estatística.

O tratamento dos dados resultantes do COPSOQ II e do ICT impõem uma metodologia quantitativa na qual foi utilizado, como principal técnica instrumental, o programa IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Para além do mencionado anteriormente foi também, realizada uma entrevista semiestruturada baseada num guião constituído por trinta e uma questões gerais. Foi aplicada uma metodologia para variáveis qualitativas obtidas através da realização da entrevista.

7.3. Hipóteses

Para atingir os objetivos definidos elaboraram-se as seguintes hipóteses:

H₁ - existe relação entre a capacidade para o trabalho e as características sociodemográficas (idade, género, estado civil, habilitações literárias, categoria profissional, local de trabalho);

 H_2 - existe relação entre a capacidade de trabalho e o tipo de exigência da atividade;

H₃- existe relação entre os fatores de risco e as características sociodemográficas (idade, género, estado civil, habilitações literárias, categoria profissional, local de trabalho)

H₄- a capacidade para o trabalho varia em função dos fatores de risco psicossociais.

7.4. População e Amostra

A dimensão da amostra adotada neste estudo, assenta nas recomendações da metodologia COSMIN (tabela 3). Esta metodologia classifica o tamanho da amostra superior a 100 sujeitos como uma dimensão excelente.

Considerando que se optou por abranger diversas categorias profissionais e locais de trabalho e garantir que as perdas de seguimento não reduzissem de modo significativo o

número da amostra final, definiu-se como adequado uma amostra de 309 participantes constituída pelos profissionais de saúde.

Tabela 3: Tamanho da amostra de acordo com as recomendações COSMIN

_	Excelente (n)	Boa (n)	Adequada (n)	Pobre (n)
Amostra	(≥ 100)	(59-99)	(30-49)	(< 30)

7.5. Instrumentos para Recolha de Dados

Tendo por objetivo associar os dados sobre riscos psicossociais e capacidade para o trabalho, com questões de natureza socioprofissional, procedeu-se à recolha de dados através da aplicação de um questionário construído propositadamente para este estudo. O instrumento era constituído por três partes: a primeira parte foi dedicada à recolha de dados sociodemográficos (idade, género, estado civil, habilitações académicas, categoria profissional, local de trabalho, tipo de vínculo contratual, tempo de serviço, etc.); a segunda parte avaliava a perceção da capacidade para o trabalho dos profissionais, através do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e a terceira parte dizia respeito ao Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), versão média, para identificar a exposição a fatores de risco psicossociais (anexo 2).

Depois de aplicado o questionários, foi realizada uma entrevista semiestruturada, baseada num guião constituído por trinta e uma questões gerais de forma a avaliar a sua capacidade para o trabalho, a exposição a possíveis fatores de risco psicossociais, sendo explorados os temas mencionados no questionário (anexo 3).

Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)

Para avaliar a capacidade para o trabalho foi utilizado o ICT, que é um instrumento autoaplicável, desenvolvido na Finlândia, sendo a versão Portuguesa do Work Ability Index (WAI) (Cotrim T., 2008; Fernandes da Silva et al., 2006).

Este instrumento permite avaliar a capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor capacidade revelada ao longo da vida, a capacidade para o trabalho em relação às exigências da atividade, número de doenças atuais, a incapacidade para o trabalho devido às doenças, o absentismo nos últimos doze meses, a incapacidade para o trabalho devido a doença e os recursos psicológicos (Andrade & Monteiro, 2007).

Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)

O COPSOQ foi desenvolvido e validado por Kristensen e Borg com a colaboração do Danish National Institute for Occupational Health in Copenhagen (Nübling et al., 2010). Este instrumento segue um conceito multidimensional, baseado no modelo de exigência e controlo, tentando explicar os fatores de risco psicossociais no trabalho como sendo uma consequência das elevadas exigências do trabalho (Kristensen et al., 2005).

O COPSOQ é utilizado para a avaliação de fatores de risco psicossociais no trabalho. Este inclui 29 subescalas e cada uma delas pode conter entre 1 a 3 itens (Silva et al., 2012).

Entrevista semiestruturada

Yin (2009) refere que a entrevista é uma das fontes de informação mais importantes num estudo de caso, traduzindo-se numa conversa guiada, onde apesar de seguir uma linha de questões esta deverá ser mais fluida do que rígida.

A entrevista encontrava-se fundada num guião geral com temas pré-selecionados mas com toda a flexibilidade do entrevistador e entrevistado na sequência do que era abordado (Sampieri et al, 2006).

A entrevista foi do tipo semiestruturada uma vez que se tinha acesso a grande quantidade de informação e esclarecimento da mesma. O guião que lhe serviu de referência (anexo 3) permitiu abordar a temática com todos os entrevistados, permitindo alguma

padronização, mas não esquecendo, no entanto, a flexibilidade necessária para ir de encontro aos interesses e expetativas dos entrevistados.

O guião ficou constituído por trinta e uma questões gerais que registam o sentir do profissional de saúde no que diz respeito à sua atividade profissional, capacidade para o trabalho e a exposição a fatores de risco psicossociais.

A análise destas variáveis qualitativas, tratamento e interpretação dos resultados recorreu-se ao Programa QSR Nvivo11.

7.6 - Procedimentos de Recolha de Dados

Para a recolha de dados foi aplicado um questionário que se encontrava dividido em três partes distintas: dados sociodemográficos, ICT e COPSOQ e realizada uma entrevista. A recolha de dados foi compreendida entre final do ano de 2015 e meados do ano de 2016.

Antes da recolha de dados e de forma a obter a necessária autorização para a realização do estudo, foi feita uma reunião com o responsável pelos diversas unidades de saúde, a fim de explicar detalhadamente o objetivo do estudo, a informação a recolher e a forma de aplicação dos instrumentos (questionário e entrevista). Posteriormente e em cada local e antes da recolha de dados foi feito um contacto com o responsável pela unidade de saúde local.

Os questionários foram entregues diretamente aos profissionais ou à pessoa responsável pelo serviço. No ato da entrega explicava-se o modo de preenchimento e esclarecia-se as dúvidas colocadas. Em alguns períodos, não foi possível acompanhar todo o preenchimento, devido aos constrangimentos da tarefa e de horário laboral dos trabalhadores, tendo sido explicado à pessoa responsável da equipa o modo de preenchimento, para que esta instrução fosse transmitida posteriormente aos profissionais.

Os questionários também, foram alocados no Google Drive, local *online* onde esteve disponível para resposta durante o mesmo período.

Para a entrevista, os profissionais foram convidados a participar no início do estudo. Os 10 profissionais que manifestaram a vontade de participar nesta segunda fase foram entrevistados individualmente. Com o objetivo de testar o guião, aperfeiçoá-lo e dominar o instrumento foram realizadas duas entrevistas piloto.

As entrevistas foram realizadas no local e horário de trabalho em espaços reservados, criando-se um ambiente de confiança e confidencialidade para o entrevistado. No entanto, encontrou-se equacionada a hipótese da entrevista ser interrompida e posteriormente retomada em caso de necessidade do entrevistado. Foi solicitado que as entrevistas fossem realizadas em horas de menos trabalho para que não impedisse o normal funcionamento do serviço.

Antes do início das questões foi dada uma breve definição do tema a abordar e solicitada autorização para a gravação da entrevista. O tempo de duração foi, em média, de 45 minutos, e totalizou aproximadamente 8 horas de registo. A entrevista foi conduzida de forma não diretiva, informal e num tom familiar, mas não se deixou de colocar todas as perguntas necessárias sobre os pontos a questionar.

A recolha de dados garantiu os mais importantes critérios de anonimato e confidencialidade dos participantes.

7.7. Tratamento Estatístico dos Dados

O tratamento estatístico diz respeito ao processo que se inicia na recolha de dados e termina na sua análise e interpretação dos resultados obtidos.

Relativamente a questionário recorreu-se à estatística descritiva para organizar a informação numérica de modo a obter um quadro geral das nossas variáveis.

Para o efeito, procedeu-se ao cálculo das frequências absolutas (N) e percentuais (%), medidas de dispersão (Desvios padrão (Dp)) e medidas de tendência central (Médias).

Para verificar a consistência interna da amostra, utilizou-se o coeficiente Alfa de Cronbach.

O COPSOQ apresentou, globalmente, uma boa consistência interna (α=0,708). Foram efetuadas estatísticas t de Student e a ANOVA. Em termos correlacionais utilizou-se o r de Pearson e a regressão.

Quanto às inferenciais, para verificar se existem diferenças significativas entre as médias de uma ou mais amostras, utilizaram-se as medidas t de Student e Anova.

Todo o tratamento estatístico foi efetuado informaticamente através do programa IBM SPSS (versão 23).

Na entrevista o método de tratamento foi a análise de conteúdo, tendo sido utilizado o processo de categorização, onde as características do conteúdo da mensagem são decompostas em unidades que permitem uma análise e descrição mais precisas dos dados (Sampieri et al., 2006).

Antes de iniciar a análise, o conteúdo de todas as entrevistas foi transcrito na íntegra, preservando a linguagem original assim como, os silêncios, as hesitações e as inflexões.

Após a transcrição, iniciou-se a fase de pré-análise do material recolhido, através de uma leitura, deste material, em papel, com vista a identificar uma organização inicial do mesmo.

Depois de uma primeira leitura da entrevista a analisar, procedeu-se à codificação (salientar, classificar, agregar e categorizar) dos trechos da entrevista transcrita (anexo 4).

A codificação foi feita através da criação de um sistema de categorias baseadas no guião da entrevista e na revisão teórica.

Identificou-se os entrevistados através de uma sigla e um número sequencial, identificados com a sigla [LA] seguida de um número (de 1 a 10).

Foram codificadas todas as entrevistas como fontes e estabilizámos a estrutura do sistema de categorias.

A análise destas variáveis qualitativas, o seu tratamento e a interpretação dos resultados foram, conforme referido, realizados com recurso ao Programa QSR Nvivo 11. Esta aplicação de análise qualitativa, foi escolhida porque nos permitia organizar dados, independentemente do método usado, permitindo a sua consulta, filtragem e análise posterior.

CAPITULO 8 – RESULTADOS

Este capítulo encontra-se organizado em três partes. Na primeira parte procede-se à caraterização da amostra para se determinar a distribuição dos profissionais em função dos dados sociodemográficos. Na segunda parte são apresentados dados obtidos relativamente ao índice de capacidade para o trabalho e posteriormente os dados da caraterização dos riscos psicossociais, analisando a sua relação com as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais. Na terceira parte serão apresentados os resultados obtidos na entrevista realizada aos profissionais.

8.1 Análise Psicométrica dos Instrumentos

ICT - Índice de Capacidade para o Trabalho (Work Ability Index)

O Índice de Capacidade para o Trabalho – ICT ((Tuomi, Ilmarinen, Martikainen, Aalto, & Klockars; Silva et al., 2011), é um instrumento de elevada utilidade em contexto laboral, que revela quão bem um trabalhador é capaz de realizar o seu trabalho e pode ser usado como um dos métodos para avaliar a capacidade para o trabalho nos exames de saúde e levantamentos no local de trabalho. O Índice de Capacidade para o Trabalho é composto por 7 dimensões:

- 1) Capacidade de trabalho atual comparada com o seu melhor,
- 2) Capacidade de trabalho em relação às exigências da atividade,
- 3) Número de doenças atuais diagnosticadas por um médico,
- 4) Estimativa do grau de incapacidade para o trabalho devido a doenças,
- 5) Absentismo no último ano devido a doença,
- 6) Prognóstico do próprio acerca da capacidade para o trabalho daí a dois anos
- 7) Recursos psicológicos.

O ICT é determinado com base nas respostas às suas questões que são classificadas de acordo com as instruções, e o resultado pode variar entre pontuações de 7 a 49 pontos e os

scores podem ser categorizados em quatro níveis, como pobre (7-27), moderado (28-36), bom (37-43) e excelente (44-49).

Os sujeitos podem também ser identificados de acordo com o ponto de corte superior ou igual a 37 para classificar trabalhadores com satisfatória capacidade para o trabalho. Para os indivíduos com idades entre 18 e 34 anos, o ICT foi considerado inadequado quando o valor do score é inferior a 40, e adequado quando a pontuação é igual ou maior que 40. Os participantes com idades a partir de 35 anos e com ICT menor que 37 devem ser considerados como tendo capacidade inadequada para o trabalho, e os que obtiveram scores maiores ou iguais a 37 foram avaliados como tendo capacidade adequada para o trabalho

Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) - versão média

O instrumento utilizado para determinação dos fatores de risco psicossociais foi o Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), desenvolvido e validado por Kristensen e Borg com a colaboração do Danish National Institute for Occupational Health in Copenhagen (Nübling et al., 2010), que foi traduzido e adaptado, por Silva (2012), para Portugal e países africanos de língua oficial portuguesa.

Trata-se de um poderoso instrumento que reúne consenso internacional quanto à sua validade, modernidade e compreensibilidade na avaliação das mais relevantes dimensões psicossociais implicadas no contexto laboral existem tres versões: a versão curta, média e longa. A versão média do COPSOQ e suas 28 dimensões/subescalas foi a que utilizámos é considerada a mais adequada para utilização em saúde ocupacional, por apresentar uma identificação mais completa de dimensões psicossociais, não sendo excessivamente longa, esta foi a versão utilizada na população ativa portuguesa para obtenção de valores de referência. Todos os itens das três versões são avaliados numa escala tipo 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).

A análise dos resultados pressupõe a interpretação fator a fator. Ou seja, o COPSOQ não mede um único constructo, mas sim diversos riscos psicossociais e variáveis de saúde, stress e satisfação (Silva et al., 2000), como se pode verificar na tabela 5.

Tabela 4: Escalas e subescalas do COPSOQ

Escalas	Subescalas	Questões do COPSOQ
	Exigências quantitativas (EQt)	1-3
E-i-ân-i-a I abansia	Ritmo Trabalho (RT)	4
Exigências Laborais	Exigência Cognitivas (EC)	5-7
	Exigências Emocionais (EE)	8
	Influência no trabalho (IT)	9-12
Organização do trobalho o contovido	Possibilidades de desenvolvimento (PD)	13-15
Organização do trabalho e conteúdo	Significado do trabalho (ST)	51-53
	Compromisso face ao local de trabalho (CLT)	54,55
	Previsibilidade (Prev)	16,17
	Transparência do papel laboral (TP)	18-20
	Recompensas/reconhecimento (Rec)	21-23
Relações Sociais e Liderança	Conflitos de papéis laborais (CL)	24-26
,	Apoio social de colegas (ASC)	27-29
	Apoio social de superiores (ASS)	30-32
	Qualidade da liderança (QL)	36-39
	Satisfação laboral (Sat)	56-59
Interface Trabalho-Individuo	Insegurança laboral (IL)	60
	Conflito trabalho/família (CTF)	62-64
	Comunidade social no trabalho (CST)	33-35
Valores no local de trabalho	Confiança horizontal (CH)	40-42
valores no local de trabamo	Confiança vertical (CV)	43-45
	Justiça e respeito (JR)	46-48
Personalidade	Autoeficácia (Auto)	49-50
	Saúde geral (SG)	61
	Problemas em dormir (Dormir)	65-66
Saude e bem-estar	Burnout	67-68
	stress	69-70
	Sintomas depressivos (SintD)	71-72
Comportamentos ofensivos	Comportamentos ofensivos (CO)	73-76

Fonte: "Copenhagen Psychosociological Questionnaire COPSOQ: Portugal e países africanos de língua oficial portuguesa", Silva et al. (2012), Universidade de Aveiro

Procedeu-se à análise da consistência interna do questionário através do cálculo do alfa de Cronbach, de correlações item-total. Foi considerado, de acordo com Nunnaly (1978), boa consistência interna um valor superior a 0,60.

Os resultados obtidos em relação ao coeficiente do alfa de Cronbach, para a escala global da amostra, no teste (α=0,708) revelaram uma elevada consistência interna (tabela 5) já que a quase totalidade das dimensões obtiveram coeficientes de alfa de Cronbach superior a 0,60.

Tabela 5: Estudo da consistência interna COPSOQ II

Escala	Escala Média	alfa de Cronbach
Exigências quantitativas (EQt)	75,49	0,713
Ritmo Trabalho (RT)	76,39	0,702
Exigência Cognitivas (EC)	77,33	0,688
Exigências Emocionais (EE)	77,16	0,686
Influência no trabalho (IT)	76,22	0,691
Possibilidades de desenvolvimento (PD)	77,37	0,684
Previsibilidade (Prev)	76,44	0,697
Transparência do papel laboral (TP)	77,37	0,694
Recompensas/reconhecimento (Rec)	77,04	0,695
Conflitos de papéis laborais (CL)	76,30	0,713
Apoio social de colegas (ASC)	76,66	0,687
Apoio social de superiores (ASS)	76,31	0,688
Comunidade social no trabalho (CST)	77,26	0,701
Qualidade da liderança (QL)	76,98	0,696
Confiança vertical (CV)	76,71	0,700
Confiança horizontal (CH)	76,06	0,709
Justiça e respeito (JR)	76,72	0,690
Justiça e respeito (Auto)	77,17	0,703
Significado do trabalho (ST)	77,69	0,692
Compromisso face ao local de trabalho (CLT)	77,05	0,687
Satisfação laboral (Sat)	76,91	0,698
Insegurança laboral (IL)	76,29	0,735
Saúde geral (SG)	77,10	0,719
Conflito trabalho/família (CTF)	76,23	0,695
Problemas em dormir (Dormir)	75,79	0,701
Burnout	76,16	0,702
Stress	75,99	0,711
Sintomas depressivos (SintD)	75,62	0,716
Comportamentos ofensivos (CO)	74,63	0,711

Entrevista Semiestruturada

Tendo em vista os recortes do discurso das entrevistas qualitativas, foram categorizados quatro grandes grupos ou categorias de primeira ordem: categoria *Satisfação com o Trabalho* que contém 6 subcategorias; categoria *Característica de Trabalho* que foi dividida em 4 subcategorias, categoria *Organização do Trabalho* que foi distribuída por 13 subcategorias e a categoria *Saúde e Trabalho* que abrangeu 4 subcategorias (figura 5).

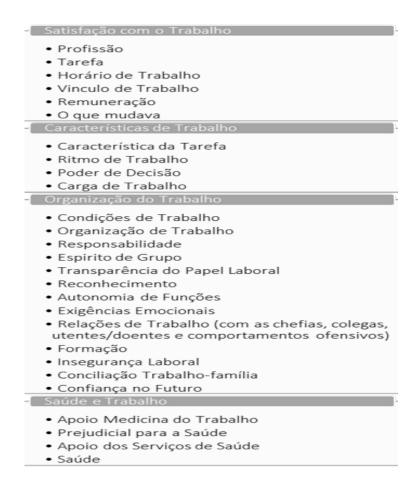


Figura 5: Identificação das categorias e respetivas subcategorias da entrevista

Com vista a testar a validade do sistema de categorias, o material a codificar bem como o sistema de categorias foi partilhado com mais dois investigadores independentes e as análises foram concordantes. Finalmente, com recurso às *queries* foi analisada a frequência de cada categoria e das categorias no seu conjunto.

8.2. Caracterização sociodemográfica

Idade e género

Como se pode observar, a maioria da amostra tem mais de 40 anos (71,5%) e o grupo etário que prevalece é o que se encontra na *faixa etária* entre os 41 e os 50 anos, com 37,9 %, com forte representatividade, do *género feminino*, com 89,7% (tabela 6).

Tabela 6: Distribuição por grupo etário e género

			Gén	ero			
		Feminino (n=241; 78%)		Masculino (n=68; 22%)		— Total	
		n	%	N	%	n	%
Idade	20-30 anos	28	84,8%	5	15,2%	33	10,7%
	31-40 anos	46	83,6%	9	16,4%	55	17,8%
	41-50 anos	105	89,7%	12	10,3%	117	37,9%
	51-60 anos	42	56,8%	32	43,2%	74	23,9%
	>61anos	20	66,7%	10	33,3%	30	9,7%

Estado civil

Relativamente ao *estado civil*, 72,5% dos profissionais eram *casados/união de facto* e 13,30% *solteiros*. No *género feminino*, 89,7% são *solteiras* ou *divorciadas* (85,4%), enquanto os profissionais do *género masculino* 25,9%, refeririam ser *casados* (tabela 7).

Tabela 7: Distribuição por estado civil e género

			Géne	ero			
	_		ninino 1; 78%)	Masculino (n=68; 22%)		— Total	
	_	n	%	n	%	n	%
Estado Civil	Solteiro(a)	35	89,7%	4	10,3%	39	12,6%
	Casado(a) União de Facto	166	74,1%	58	25,9%	224	72,5%
	Separado(a) Divorciado(a)	35	85,4%	6	14,6%	41	13,3%
	Viúvo(a)	5	100%	0	-	5	1,6%

Habilitações literárias

Quanto às habilitações literárias, o grau de *Licenciatura*, é o mais expressivo (56,6%), com o *género feminino* a liderar com 84%, enquanto o *género masculino* apresenta com maioria o ensino médio com 80% (tabela 8).

Tabela 8 : Caracterização das habilitações literárias e género

			Géne	ero				
			minino 41; 78%)	Masculino (n=68; 22%)		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Habilitações	Médio	1	20,0%	4	80,0%	5	1,6%	
literárias	Licenciatura	147	84,0%	28	16,0%	175	56,6%	
	Mestrado	38	73,1%	14	26,9%	52	16,8%	

Antiguidade

Os profissionais de saúde entre os 16 e 20 *anos de serviço* e com mais de 30 anos são os mais representados (21%), seguido dos profissionais com uma *antiguidade* de 21 a 25 anos (tabela 9).

Tabela 9: Distribuição da antiguidade e género

			Géne	ro			
		Feminino (n=241; 78%)		Masculino (n=68; 22%)		· ,	Fotal
		n	%	n	%	n	%
Antiguidade	< = 5 anos	22	73,3%	8	26,7%	30	9,7%
	6-10 anos	29	93,5%	2	6,5%	31	10,0%
	11-15 anos	34	87,2%	5	12,8%	39	12,6%
	16-20 anos	56	86,2%	9	13,8%	65	21,0%
	21-25 anos	44	91,7%	4	8,3%	48	15,5%
	26-30 anos	18	58,1%	13	41,9%	31	10,0%
	> = 31	38	58,5%	27	41,5%	65	21,0%

Categoria Profissional

As categorias profissionais mais representadas são as de assistentes técnicos e enfermeiros e médicos com valores entre os 26% e os 27% cada.

Assistentes operacionais e *profissionais* de *medicina* em *Formação* (Pré Carreira) só responderam as do *género feminino* referiram como a sua categorias e de enfermeiras (tabela 10).

Tabela 10: Distribuição da categoria profissional e género

			Gér	iero			
	_	Feminino (n=241; 78%)		Masculino (n=68; 22%)		Total	
	_	n	%	n	%	n	%
Categoria	Assistente Operacional	6	100%	0	-	6	1,9%
profissional	Assistente Técnico(a)	61	73,5%	22	26,5%	83	26,9%
	Enfermeiro(a)	73	88,0%	10	12,0%	83	26,9%
	Médico(a)	57	70,4%	24	29,6%	81	26,2%
	Médico(a) em Formação Pré Carreira	8	100%	0	-	8	2,6%
	TDT	24	72,7%	9	27,3%	33	10,7%
	Técnico(a) Superior	8	88,9%	1	11,1%	9	2,9%
	Técnico(a) de Saúde	4	66,7%	2	33,3%	6	1,9%

Local de trabalho

No que diz respeito ao *local de trabalho*, os profissionais das *unidades de cuidados de saúde personalizados* representam 44% da amostra seguidos pela Unidade de Saúde Pública com 25,9% (tabela 11).

Tabela 11: Distribuição do local de trabalho e género

					Gén	iero			
			_				Masculino n=68; 22%)		Total
			_	n	%	n	%	n	%
Local trabalho	de	Centro de Saú	de	48	68,6%	22	31,4%	70	22,6%
trabamo		Unidade de C Saúde Persona		110	80,9%	26	19,1%	136	44,0%
		Unidade d Familiar	e Saúde	66	82,5%	14	17,5%	80	25,8%
		Unidade d Pública	e Saúde	17	73,9%	6	26,1%	23	7,4%

Tipo de vínculo à instituição

Quanto ao *vínculo contratual*, 61,49%, dos profissionais tinham um contrato *de* trabalho *a tempo integral* independentemente do *género* comparativamente ao *contrato* de *trabalho a tempo parcial* que apresenta uma menor representatividade (tabela 12).

Tabela 12: Caracterização do vínculo e género

			Género					
		_		ninino 1; 78%)		asculino 68; 22%)	Total	
		_	n	%	n	%	n	%
Vínculo Instituição	à	Contrato de Prestação de Serviço	6	100%	0	-	6	1,9%
,		Contrato de Dedicação Exclusiva	91	82,0%	20	18,0%	111	35,9%
		Contrato de Trabalho Tempo Integral	143	75,3%	47	24,7%	190	61,4%
		Contrato de Trabalho Tempo Parcial	1	50,0%	1	50,0%	2	0,65%

8.3. Índice de Capacidade para o Trabalho

A apresentação dos resultados do Índice de Capacidade para o Trabalho inicia-se com a análise do resultado global, seguidamente por item e a relação entre a capacidade para o trabalho e os fatores sociodemográficos.

Classificação do ICT

A análise dos resultados mostrou uma média do ICT de 28,04 pontos (DP=3,5), obtendose um valor mínimo de 19 e um máximo de 37 pontos, o que revela baixos níveis de capacidade de trabalho (tabela 13).

Tabela 13: Caracterização do Índice de Capacidade para o Trabalho

ICT		Valor	Erro padrão
Média		28,04	0,1971
05% Intervale de configues de médie	Limite inferior	27,65	
95% Intervalo de confiança da média	Limite superior	28,43	0,1971
Trimédia a 5%		28,01	
Mediana		28	
Desvio padrão		3,46	
Mínimo		19	
Máximo		37	
Skewness (simetria)		0,12	0,139
Kurtosis (achatamento)		-0,286	0,276

Para se conhecer a distribuição da amostra em termos de normalidade, recorreu-se ao teste *Shapiro-Wilk* (um teste mais robusto que o de Kolmogorov-Smirnov comumente usado para análise de distribuições com amostras grandes). A classificação do ICT não apresentou distribuição normal (S-W=0,988; gl=309;p=0,01), contudo o cálculo da simetria (skewness/erro padrão) e do achatamento (Kurtosis/ erro padrão) revelaram uma amostra simetrica e mesocurtica [entre (-2) e (+2)]. O histograma do ICT (figura 6) mostra esta realidade (Md=28; M=28; Mo=27).

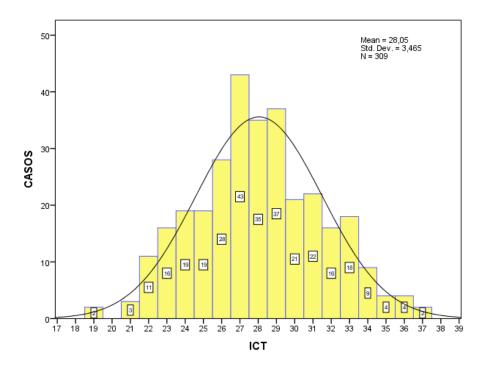


Figura 6: Caracterização do Índice de Capacidade para o Trabalho

Quanto à distribuição por categoria do ICT, observou-se que 46% dos profissionais apresentam uma *baixa* capacidade para o trabalho e 54% apresentaram *moderada* capacidade para o trabalho (tabela 14).

Tabela 14: Classificação do ICT

		Frequência	Percentagem
Variáveis	<= 27 (baixa CT)	141	45,6
	28 - 36 (moderada CT)	166	53,7
	37 - 43 (boa CT)	2	0,6
	Total	309	100,0

Classificação dos Itens do ICT em função das características sociodemográficas

Classificação do ICT em função da idade

Como já foi referido a pontuação do ICT varia de 7 a 49 pontos e quando o valor do score é inferior a 40 em trabalhadores jovens é considerado inadequado e nas restantes *idades* só os que obtiverem scores maiores ou iguais a 37 devem ser avaliados como tendo capacidade adequada para o trabalho.

A figura que se segue mostra que as médias são muito homogéneas entre as diferentes *idades* mas revela também que nenhum dos grupos etários tem scores que demonstrem capacidade para o trabalho satisfatória (figura 7).

Com efeito as médias que se situam entre 26 e 29 pontos estão muito abaixo dos valores normativos para qualquer dos *grupos etários* em análise, o que nos reporta para uma evidente ausência de capacidade para o trabalho.

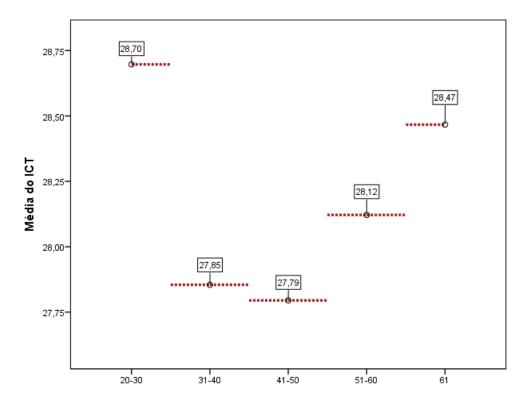


Figura 7: Caracterização do ICT e idade

Após verificação dos pressupostos da Normalidade e da homocedasticidade concluímos que não existem diferenças entre a capacidade para o trabalho e o *grupo etário* (p=0,661), contudo importa salientar que apesar da ausência de diferenças o ICT não é satisfatório para nenhum dos grupos (tabela 15). Com efeito a amostra tem scores significativamente mais baixos do que os valores apontados como satisfatórios na população (ICT=37).

Tabela 15: Classificação do ICT em função da faixa etária

Idade	N	Média	DP	Mín.	Máx.
20-30	33	28,70	2,9	24	36
31-40	55	27,85	3,63	19	37
41-50	117	27,79	3,41	19	36
51-60	74	28,12	3,66	21	36
61	30	28,46	3,50	21	37
Total	309	28,04	3,46	19	37
E 0 502	ъ. о				

 $F=0,603_{(4,304)}$ P=0,661 $\eta^2=0,008(0,8\%)$

Classificação do ICT em função do género

Em relação à capacidade para o trabalho por *género* apesar dos *scores* mais baixos do ICT estarem associados ao *género feminino*, não existem diferenças entre as médias por *género* (p>0,05), isto é, a distribuição é homogénea (tabela 16).

Tabela 16: Distribuição dos valores do ICT em função do género.

	Género	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
ICT	Feminino	241	28,0207	3,51004	0,22610
	Masculino	68	28,1324	3,32294	0,40297

 $t=-0.234_{(307)}$ P=0.815

Classificação do ICT em função do estado civil

Na classificação do ICT em função do *estado civil* pode-se constatar que são os solteiros (28,5%) e os *separados/divorciados* (28,4%) que apresentam *scores* mais elevados de média. No entanto, não existam diferenças estatisticamente significativas entre as médias (p> 0,05) por *estado civil* (tabela 17).

Tabela 17: Distribuição dos valores do ICT em função do estado civil

Estado Civil	Média	N	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média	Mínimo	Máximo
Solteiro (a)	28,5	39	3,0	0,4	23,0	36,0
Casado(a) União de Facto	27,9	224	3,4	0,2	19,0	37,0
Separado(a) Divorciado(a)	28,4	41	3,7	0,5	21,0	37,0
Viúvo(a)	25,6	5	4,1	1,8	21,0	32,0
Total	28,0	309	3,4	0,1	19,0	37,0

 $F=1,337_{(3,305)}$ P=0,262 $\eta^2=0,013(1,3\%)$

Classificação do ICT em função das habilitações literárias

Quanto à capacidade para o trabalho em função das *habilitações literárias* e apesar dos scores mais altos do ICT estarem associados ao ensino médio, não existem diferenças entre as médias e as *habilitações literárias* (p> 0,05), isto é, a distribuição é homogénea (tabela 18).

Tabela 18: Distribuição dos valores do ICT em função das habilitações literárias

Habilitações Literárias	Média	N	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média	Mínimo	Máximo
3° CEB	28,0	77	3,7	0,4	19,0	36,0
Médio	30,2	5	1,7	0,8	28,0	32,0
Licenciatura	27,9	175	3,5	0,2	19,0	37,0
Mestrado	28,1	52	2,7	0,3	23,0	34,0
Total	28,0	309	3,4	0,1	19,0	37,0

F=0,701 (3, 305) P=0,552

 $\eta 2=0,013(1,3\%)$

Classificação do ICT em função da categoria profissional

Quanto à análise da distribuição em função da categoria e do local de trabalho e os resultados demonstraram não existir diferenças significativas na distribuição intragrupos (tabela 19).

Tabela 19: Distribuição dos valores do ICT em função da categoria profissional

	Tes	ts of Normality ICT - Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	Sig.
	Assistente Operacional	0,991	6	0,991
	Assistente Técnico(a)	0,978	83	0,167
Categoria	Enfermeiro(a)	0,979	83	0,183
Profissional	Médico(a)	0,975	89	0,088
	TDT	0,963	39	0,220
	Técnico(a) Superior	0,952	9	0,711

Como se pode observar cada um dos grupos de trabalho tem distribuição normal. Assim tendo em conta o histograma, no facto de não existir diferenças significativas na distribuição intragrupos e apoiados no teorema do limite central (n>30), ficam cumpridas as condições para utilização da estatística paramétrica.

Uma comparação entre as médias do ICT e a função exercida mostrou que o profissional que lida diretamente com a saúde do doente apresenta maior capacidade para o trabalho do que os técnicos e assistentes e técnicos de serviços de saúde mais indiretos (figura 8).

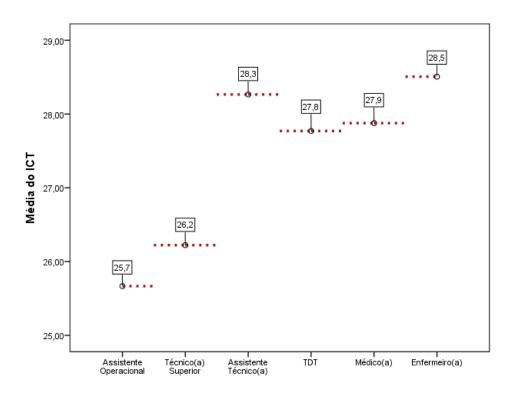


Figura 8: Classificação do ICT em função da categoria profissional

Apesar das aparentes diferenças, é necessário observar se as mesmas são estatisticamente significativas. Assim, depois de verificados os pressupostos da Normalidade (confirmou-se que as observações provinham de populações distribuídas normalmente) e da homocedasticidade (O numerador e o denominador da razão F são estimativas da mesma variância populacional, isto é, existe homogeneidade das variâncias com um teste de levene de $0.705_{(5, 303)}$ e p=0.620) procedeu-se a ANOVA unifatorial (teste F) e concluímos que não existem diferenças entre a capacidade para o trabalho e tipo categoria desempenhada (tabela 20).

Tabela 20: Classificação do ICT em função da categoria profissional

Categoria Profissional	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão	Mínimo	Máximo
Assistente Operacional						
Assistente Técnico(a)	83	28,27	3,73	0,41	19	36
Enfermeiro(a)	83	28,51	3,31	0,36	19	37
Médico(a)	89	27,88	3,45	0,37	21	37
TDT	39	27,77	3,12	0,50	22	34
Técnico(a) Superior	9	26,22	3,23	1,08	22	32
Total	309	28,05	3,46	0,20	19	37
E-1.520 D-0.180 m ² -0.0	25 (2.50/)					

 $F=1,529_{(5,303)}$ P=0,180 $\eta^2=0,025 (2,5\%)$

A obtenção de um efeito estatístico significante apenas revela a existência de diferenças ou ausência destas entre as médias das condições que, com confiança, não se podem atribuir ao erro amostral, mas não informa acerca da grandeza dessa diferença. Para medir a magnitude do efeito registado, é possível usar com a Anova estatísticas que permitem aferir a proporção de variância explicada por uma variável numa outra. A medida de efeito eta-quadrado (η^2) é uma delas. O resultado revela que 2.5% da capacidade para o trabalho pode ser atribuída às diferentes funções exercidas pelos sujeitos, o que mais uma vez reforça a pouca influência da função na capacidade para o trabalho. No entanto os scores do ICT são baixos revelando que a capacidade para o trabalho não é satisfatória para nenhum dos grupos.

Classificação do ICT em função do local de trabalho (unidade)

Relativamente ao valor médio do ICT por local de trabalho foram os profissionais que exerciam funções em *Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados os* que obtiveram um valor médio mais elevado com 28,37 pontos, o que corresponde ao limite inferior da classificação de *moderada* capacidade de trabalho. O valor médio mais baixo foi obtido por profissionais com funções em *Unidades de Saúde Pública* com 27,47 pontos, correspondendo a uma *baixa* capacidade de trabalho. A partir da análise das diferenças (tabela 21), não houve evidências de que as mesmas fossem estatisticamente significativas (p=0,472) entre as várias unidades (figura 9).

Tabela 21: Classificação do ICT em função do local de trabalho (unidade)

Local de trabalho	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão	Mínimo	Máximo
Centro de Saúde	70	27,7	3,5	0,4	21,0	36,0
Unidade de Cuidados de Saúde	136	28,3	3,4	0,2	19,0	36,0
Personalizados						
Unidade de Saúde Familiar	80	27,9	3,6	0,4	19,0	37,0
Unidade de Saúde Pública	23	27,4	2,4	0,5	24,0	33,0
Total	309	28,0	3,4	0,1	19,0	37,0
E-0.842 (2.205) P-0.472	m ² -0 0	00 (0 00/)				

 $F=0.842_{(3,305)}$ P=0.472 $\eta^2=0.008(0.8\%)$

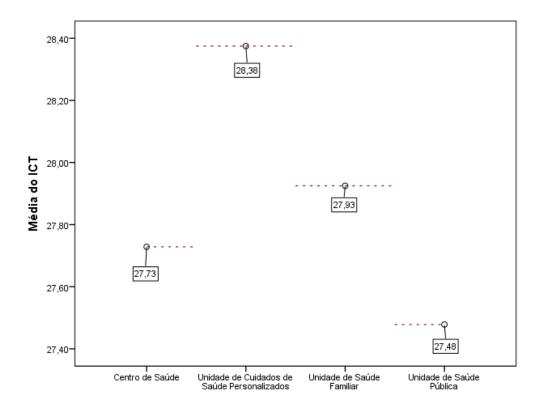


Figura 9: Classificação do ICT em função do local de trabalho

Classificação dos Itens do ICT

Como já se referiu, o ICT tem 7 itens que permitem avaliar a capacidade para o trabalho. Estes itens estão apresentados na figura 10.

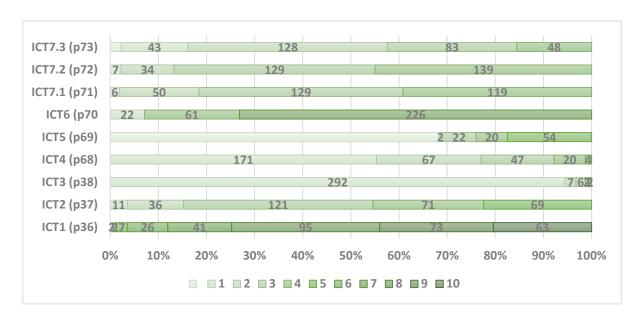


Figura 10: Classificação dos itens do ICT

Item 1 - Capacidade para o trabalho, comparada com a melhor capacidade revelada ao longo da vida

No que diz respeito à *capacidade para o trabalho*, quando *comparada com a melhor capacidade revelada ao longo da vida*, 88% dos profissionais apresentaram valores de 7 a 10 pontos, numa escala de 0 a 10 valores, onde 0 é incapacidade total e 10 capacidade máxima.

Item 2 - Capacidade para o trabalho em relação às exigências da atividade

Quanto ao tipo de *exigências da atividade*, 51% dos profissionais considera que são *exigências mentais* e 48% considera que as suas exigências são simultaneamente *mentais* e *físicas*.

Para analisar a relação entre a capacidade para o trabalho e a *exigência da atividade* desempenhada foi realizada uma análise de regressão linear múltipla, considerando a capacidade para o trabalho (ICT) como variável dependente e as exigências *físicas* e *mentais* como variáveis independentes (Figura 11).

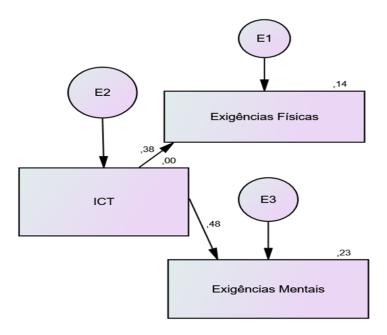


Figura 11: Análise de Trajetórias (ICT)

O modelo testado não tem capacidade explicativa ($R^2 = 0,0002$). embora a trajetória entre o ICT e cada uma das variáveis em separado encontrem relação com o ICT ($R^2_{\text{exigencias físicas}} = 14\%$; p < 0,001; $R^2_{\text{exigencias mentais}} = 23\%$; p < 0,001).

No que diz respeito à capacidade para o trabalho, comparada com a melhor capacidade revelada ao longo da vida, obteve-se que 88% dos profissionais apresentaram valores de 7 a 10 pontos, numa escala de 0 a 10 valores, onde 0 é incapacidade total e 10 capacidade máxima.

Os profissionais avaliam a sua capacidade para o trabalho em relação às exigências da atividade em *boa* e *muito boa* em 87% relativamente às exigências físicas e 91% relativamente às exigências mentais.

Item 3 - Doenças atuais

Os profissionais que referiram doenças por lesões com *diagnóstico médico* (tabela 22), as mais frequentes foram as seguintes: lesões por acidente na coluna/costas (30,4%); lesões músculo-esqueléticas - perturbação na parte inferior das costas / coluna lombar, com dor frequente (27,8%); doenças respiratórias, nomeadamente sinusite/rinite crónica (25,6%); doenças no aparelho circulatório, particularmente a hipertensão (19,4%); lesões músculo-esqueléticas - perturbação na parte superior das costas / pescoço, com dor frequente (18,4%); lesões músculo-esqueléticas - perturbação dos membros superiores ou inferiores (mãos / pés), com dor frequente e perturbação mental ligeira, por exemplo, depressão ligeira, nervosismo (15,9%), ansiedade problemas de sono (15,5%).

Tabela 22: Distribuição das doenças, ou lesões com diagnóstico médico, mais frequentes

Degrees studie	Diagnóstico médico	
Doenças atuais	n	%
Lesões resultantes de acidente (coluna / costas)	94	30,4
Lesões músculo-esqueléticas (perturbação na parte inferior das costas / coluna lombar, com dor frequente)	86	27,8
Sinusite / Rinite crónica	79	25,6
Hipertensão	60	19,4
Lesões músculo-esqueléticas (perturbação na parte superior das costas / pescoço, com dor frequente)	57	18,4
Lesões músculo-esqueléticas (perturbação dos membros superiores ou inferiores (mãos / pés), com dor frequente)	49	15,9
Perturbação mental ligeira	48	15,5

Relativamente às doenças, resultado da *opinião dos profissionais*, com maiores valores percentuais foram as seguintes: lesões músculo-esqueléticas - perturbação na parte superior das costas / pescoço, com dor frequente (21,0%); lesões músculo-esqueléticas - perturbação na parte inferior das costas / coluna lombar, com dor frequente (18,1%); Perturbação mental ligeira (por exemplo, depressão ligeira, nervosismo, ansiedade problemas de sono) (16,8%); (Coluna / costas (12,0%), Obesidade (9,1%); lesões músculo-esqueléticas - perturbação dos membros superiores ou inferiores (mãos / pés), com dor frequente (8%), doenças respiratórias, nomeadamente Sinusite / Rinite crónica (5,5%).

Tabela 23: Distribuição da perceção acerca das doenças, ou lesões mais frequentes

Doenças atuais	Opinião própria		
2 oonquo uuun	n	%	
Lesões músculo-esqueléticas (perturbação na parte superior das costas / pescoço, com dor frequente)	65	21,0	
Lesões músculo-esqueléticas (perturbação na parte inferior das costas / coluna lombar, com dor frequente]	56	18,1	
Perturbação mental ligeira	52	16,8	
Lesões resultantes de acidente (coluna / costas)	37	12,0	
Obesidade	28	9,1	
[Lesões músculo-esqueléticas (perturbação dos membros superiores ou inferiores (mãos / pés), com dor frequente)	25	8,1	
Sinusite / Rinite crónica	17	5,5	

Verifica-se que à exceção das doenças *hipertensão* (*diagnóstico médico*) e *obesidade* (*opinião própria*), todas as doenças são coincidentes do resultado de *diagnóstico médico* e de *opinião própria*. Podemos ainda verificar que a maioria dos profissionais menciona apenas uma doença ou lesão.

Item 4 - Incapacidade para o trabalho devido a doença

Quanto à estimativa de incapacidade para o trabalho devido a doença, 55% dos profissionais referiram não ter limitações ou doenças para o seu trabalho atual, enquanto 22% referem que são capazes de realizar o seu trabalho, apesar de lhes causar alguns sintomas e

15% refere que algumas vezes tem de abrandar o ritmo de trabalho ou alterar o modo de trabalhar.

Item 5 - Absentismo no último ano

Relativamente aos dias completos que o profissional faltou ao trabalho devido a problemas de saúde (doença ou exames) durante o ultimo ano (12 meses), a maioria dos trabalhadores (68%) responderam não ter faltado nenhum dia ao trabalho, sendo que 17% faltaram de 100 a 365 dias e 7% dos profissionais refeririam ter faltado 10 a 24 dias.

Item 6 – Prognóstico da capacidade de trabalho daqui a dois anos

Em relação ao presente estado de saúde atual, 73% dos profissionais responderam que *quase de certeza* seriam capaz de realizar a sua atividade de trabalho, 20% responderam *talvez* e 7% considera *improvável* ter capacidade para realizar o seu trabalho habitual, daqui a dois anos.

Item 7 - Recursos Psicológicos

A perceção dos profissionais relativamente aos *recursos psicológicos*, nomeadamente se nos últimos tempos têm conseguido apreciar as atividades habituais do dia a dia, 42% refere *frequentemente*, 16% algumas vezes e e apenas 2% refere *raramente* ou *nunca*.

Sobre a questão - sentem-se ativos nos últimos tempos, 44% respondeu *sempre* e 41% *frequentemente*.

Por último, na questão que referia se nos últimos tempos tem-se sentido otimista em relação ao futuro, 41% referiria que apenas algumas vezes se sentem otimistas e 27% responderam frequentemente e 14% raramente.

8.4. Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)

Classificação das subescalas do COPSOQ

Para analisar se a capacidade para o trabalho está relacionada com os fatores de risco psicossociais necessitamos de conhecer como estão distribuídas as variáveis. A capacidade do trabalho foi apresentada nos pontos anteriores.

Na apresentação dos resultados dividiu-se as subescalas em dois grupos, aquelas cujo valor mais alto corresponde ao pior valor e aquelas em que o valor mais baixo corresponde ao melhor valor.

Assim, para as subescalas em que o valor mais alto corresponde ao pior valor, o ponto de corte para a presença de valores críticos é 3,66 e o ponto de corte para os melhores valores é 2,33. Esta divisão assume uma interpretação semáforo, mediante o impacto para a saúde que a exposição a determinada dimensão representa nomeadamente: *verde* (situação favorável para a saúde), *amarelo* (situação intermédia) e *vermelho* (risco para a saúde).

As subescalas que apresentam pior pontuação (situação de risco para a saúde do trabalhador) foram: Comportamentos Ofensivos (4,67), Exigências Quantitativas (3,80) e Sintomas Depressivos (3,67); Confiança Horizontal (3,24), Problemas em Dormir (3,51) e stress (3,31).

As subescalas com a melhor pontuação (situação favorável para o trabalhador) foram: Significado do trabalho (1,60) Saúde em Geral (1,50); Transparência do Papel Laboral desempenhado (1,91); Possibilidades de desenvolvimento (1,92); Exigências Cognitivas (1,97) e Autoeficácia (2,12). Sendo o item Organização do Trabalho e Conteúdo o que apresenta melhores pontuações (tabela 24).

Tabela 24: Classificação das subescalas do COPSOQ (n=309)

Escalas e Subescalas	Média	Desvio Padrão
Exigências Laborais:		
Exigências Quantitativas (EQt)	3,80	0,85
Ritmo Trabalho (RT)	2,91	1,14
Exigência Cognitivas (EC)	1,97	0,78
Exigências Emocionais (EE)	2,14	1,14
Organização do Trabalho e Conteúdo:		
Influência no Trabalho (IT)	3,08	0,84
Possibilidades de Desenvolvimento (PD)	1,92	0,74
Significado do trabalho (ST)	1,60	0,67
Compromisso face ao local de trabalho (CLT)	2,25	0,73
Relações Sociais e de Liderança:		
Previsibilidade (Prev)	2,85	0,92
Recompensas/reconhecimento (Rec)	2,26	0,88
Transparência do Papel Laboral desempenhado(TP)	1,91	0,76
Conflitos de papeis laborais (CL)	3,00	0,70
Apoio social de superiores (ASS)	2,99	1,13
Apoio social de superiores (ASS)	2,99	1,13
Apoio social de colegas (ASC)	2,63	0,91
Interface Trabalho- Individuo:		
Insegurança laboral (IL)	3,00	1,48
Satisfação laboral (Sat)	2,38	0,71
Conflito trabalho/família (CTF)	3,07	1,00
Valores no Local de Trabalho:		
Confiança vertical (CV)	2,59	0,45
Confiança horizontal (CH)	3,24	0,54
Justiça e respeito (JR)	2,57	0,86
Comunidade social no trabalho (CST)	2,04	0,81
Personalidade:		
Autoeficácia (Auto)	2,12	0,77
Saúde e Bem Estar:		
Saúde geral (SG)	1,50	0,84
Stress	3,31	1,00
Burnout	3,13	0,96
Problemas em dormir (Dormir)	3,51	1,16
Sintomas depressivos (SintD)	3,67	0,98
Comportamentos Ofensivos	4,67	0,54

A figura 12 que se segue ilustra o nível de risco que os trabalhadores das unidades de saúde em estudo sofrem e reforça o referido anteriormente.

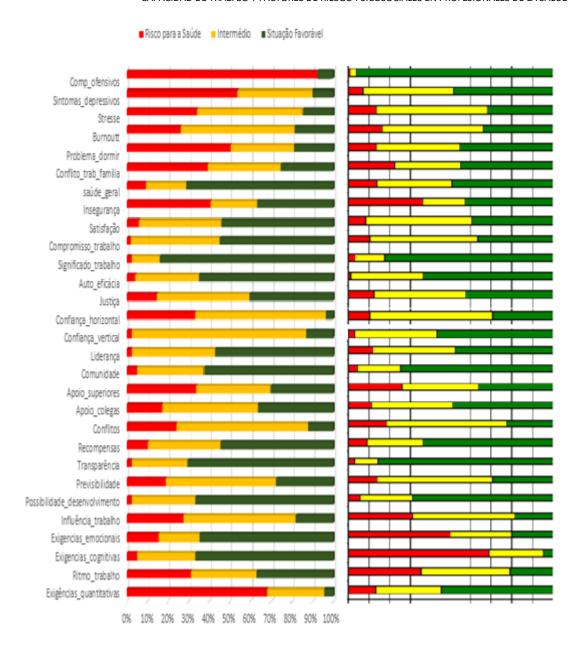


Figura 12: Tercis das subescalas do COPSOQ do estudo e de referência

Como se pode verificar as subescalas que apresentam *maior risco* para a saúde são: *Comportamentos ofensivos* (92,6%); *Exigências quantitativas* (68,6%); *Sintomas depressivos* (54%) e *Problemas em dormir* (50,8%).

Quanto às subescalas que apresentam uma *situação intermédia* para a saúde, temos as seguintes: *Confiança Vertical* (83,8%); *Confiança Horizontal* (63,1%); *Conflitos* (63,4%); *Burnout* (55,0%); *Previsibilidade* (53,1%) e *Stress* (50,8%).

Por último, as subescalas que apresentam uma situação favorável para a saúde do profissional, são: Significado do Trabalho (83,8%); Saúde em Geral (71,2%); Transparência (70,2%); Possibilidade de desenvolvimento e Exigências cognitivas (66,7%); Autoeficácia (65%); Exigências Emocionais (64,4%); Liderança (57,3%); Compromisso com o Trabalho (54,7%); Recompensas (54,4%) e Satisfação (54%).

Na comparação com os resultados gerais nas subescalas da versão média portuguesa do COPSOQ, podemos verificar que as subescalas que apresentam *riscos para a saúde* com valores mais elevados em relação aos valores de referência são: *Comportamentos ofensivos*; *Exigências quantitativas*; *Sintomas depressivos*, *Problemas em dormir*, *Burnout*, *Stress*, *Problemas de dormir*; *Conflito trabalho- família*, *Insegurança*, *Autoeficácia*, *Justiça e respeito*, *Confiança horizontal*, *Apoio social de colegas*, *Conflitos laborais*, *Previsibilidade*, *Exigências quantitativas*.

Na comparação dos resultados obtidos com os valores de referência quanto à *situação* favorável para o profissional pode-se verificar que houve diminuição de valores na maioria das subescalas, com exceção de: Saúde em geral; Significado do trabalho; Liderança/qualidade das chefias, Exigências emocionais e Exigências cognitivas.

Classificação das subescalas do COPSOQ em função das características sociodemográficas

Nas classificações das subescalas em função das características sociodemográficas que não se obteve diferenças estatisticamente significativas e face à dimensão da escala e ao número de subescalas, que tornaria muito árida em termos numéricos sem relação para tal, optou-se por mostrar apenas as tabelas que apresentam pelo menos, uma subescala com diferenças estatisticamente significativas.

Classificação das subescalas do COPSOQ em função do género

Os resultados obtidos da análise das subescalas do COPSOQ em função da variável género, podemos constar o seguinte: Na subescala em que o valor mais alto corresponde ao pior valor, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas, nas subescalas

Comportamentos Ofensivos (tabela 25). Nesta subescala o género feminino apresentou piores valores (4,73) e 94%, com um maior risco para a saúde que os homens comparativamente a (4,49) ou seja 87% do homens. Apesar das subescalas já apresentarem *risco para a saúde*, os profissionais do *género feminino* apresentam piores resultados nas subescalas *Exigências Quantitativas* e *Comportamentos Ofensivos*.

No entanto, apresentam melhores valores ou seja, *situação de saúde* nas subescalas *Recompensas/reconhecimento*; *Qualidade da Liderança* e *Compromisso face ao Local de Trabalho*, comparativamente aos profissionais do *género masculino* que apresentam pior valor correspondendo a uma *situação intermédia*.

Tabela 25: Diferenças dos riscos psicossociais por género

	Fem	inino	Masc	ulino			
	M	DP	M	DP	t	df	p
Exigências Quantitativas (EQt)	3,81	0,85	3,79	0,90	0,19	307	0,848
Ritmo Trabalho (RT)	2,93	1,13	2,87	1,18	0,39	307	0,694
Exigência Cognitivas (EC)	1,95	0,77	2,06	0,84	-1,07	307	0,285
Exigências Emocionais (EE)	2,12	1,15	2,25	1,14	-0,85	307	0,395
Influência no Trabalho (IT)	3,08	0,85	3,11	0,85	-0,27	307	0,787
Possibilidades de Desenvolvimento (PD)	1,90	0,73	2,03	0,82	-1,26	307	0,210
Previsibilidade (Prev)	2,86	0,95	2,85	0,82	0,06	307	0,949
Transparência do Papel Laboral (TP)	1,93	0,76	1,93	0,80	-0,01	307	0,996
Recompensas/reconhecimento (Rec)	2,23	0,91	2,39	0,77	-1,29	307	0,197
Conflitos de Papeis Laborais (CL)	3,03	0,73	2,92	0,59	1,18	307	0,240
Apoio Social de Colegas (ASC)	2,62	0,88	2,70	1,02	-0,65	307	0,517
Apoio Social de Superiores (ASS)	2,94	1,13	3,17	1,14	-1,44	307	0,150
Comunidade Social no Trabalho (CST)	2,03	0,81	2,10	0,82	-0,64	307	0,521
Qualidade da Liderança (QL)	2,30	0,72	2,37	0,69	-0,69	307	0,493
Confiança Vertical (CV)	2,60	0,47	2,59	0,43	0,13	307	0,900
Confiança Horizontal (CH)	3,25	0,56	3,22	0,53	0,42	307	0,673
Justiça e Respeito (JR)	2,54	0,87	2,72	0,84	-1,48	307	0,139
Justiça e Respeito (Auto)	2,14	0,75	2,09	0,88	0,48	307	0,635
Significado do Trabalho (ST)	1,58	0,64	1,71	0,79	-1,35	307	0,179
Compromisso face ao Local de Trabalho (CLT)	2,21	0,71	2,38	0,81	-1,68	307	0,095
Satisfação Laboral (Sat)	2,39	0,71	2,37	0,74	0,23	307	0,817
Insegurança Laboral (IL)	3,00	1,48	3,06	1,51	-0,31	307	0,757
Saúde geral (SG)	2,20	0,86	2,22	0,81	-0,22	307	0,826
Conflito Trabalho/família (CTF)	3,10	1,01	2,99	1,00	0,78	307	0,436
Problemas em Dormir (Dormir)	3,48	1,21	3,63	0,99	-0,88	307	0,378
Burnout	3,14	0,98	3,14	0,93	-0,01	307	0,996
Stress	3,33	1,01	3,26	0,99	0,54	307	0,590
Sintomas Depressivos (SintD)	3,67	1,02	3,73	0,84	-0,46	307	0,647
Comportamentos ofensivos (CO)	4,73	0,47	4,49	0,71	3,34	307	0,001

Na classificação das subescalas do COPSOQ em função da *idade*, *estado civil*, *habilitações literárias*, *categoria profissional* e *local de trabalho*, não foram encontradas

diferenças estatisticamente significativas, entre as mesmas pelo optou-se por não as apresentar as tabelas conforme anteriormente, mencionado.

Relação entre a capacidade para o trabalho e a exposição a fatores de risco psicossociais

Em relação ao objetivo geral proposto para o presente estudo, compreender a relação entre a capacidade para o trabalho e a exposição a fatores de risco psicossociais, e após a apresentação dos scores do COPSOQ II vai-se analisar como este se relaciona com o ICT, através da aplicação do Coeficiente de correlação linear de Pearson.

O teste de correlação entre as escalas mostra que existe uma correlação significativa entre 11 subescalas do COPSOQ e o ICT nomeadamente nas: *Exigências quantitativas* (EQt), *Exigências Emocionais* (EE), *Conflitos de papeis laborais* (CL), *Comunidade social no trabalho* (CST), *Autoeficácia* (Auto), *Satisfação laboral* (Sat), *Conflito trabalho/família* (CTF), *Problemas em dormir* (Dormir), *Burnout*, *Stress e os Sintomas depressivos* (tabela 26).

Na tabela 26 pode-se verificar a existência de correlações positivas entre as seguintes subescalas: Exigências quantitativas; Exigências emocionais, Conflitos de papéis laborais; Conflito trabalho/família; Problemas em dormir; Burnout; Stress e Sintomas depressivos. Destacam-se ainda, as correlações negativas entre as subescalas: Comunidade social no trabalho; Autoeficácia e Satisfação laboral.

Apesar da existência de correlação entre as subescalas do COPSOQ e do ICT, os valores apresentam-se na sua maioria inferiores a 0,2 o que significa uma correlação muito fraca e sem significância. Importa ainda, referir que apesar desta correlação, os profissionais apresentaram fraca capacidade de trabalho.

Tabela 26: Correlação entre as subescalas do COPSOQ e ICT

		Coeficiente	
	r pearson	de	Sig. (2-
	F *** **	determinação	tailed)
Exigências quantitativas (EQt)	0,202**	4,1%	0,000
Ritmo Trabalho (RT)	0,035	0,1%	0,545
Exigência Cognitivas (EC)	0,030	0,1%	0,594
Exigências Emocionais (EE)	0,174**	3,0%	0,002
Influência no trabalho (IT)	-0,062	0,4%	0,274
Possibilidades de desenvolvimento (PD)	-0,093	0,9%	0,102
Previsibilidade (Prev)	-0,079	0,6%	0,165
Transparência do papel laboral (TP)	-0,103	1,1%	0,070
Recompensas/reconhecimento (Rec)	-0,096	0,9%	0,093
Conflitos de papéis laborais (CL)	$0,\!121^*$	1,5%	0,033
Apoio social de colegas (ASC)	-0,044	0,2%	0,437
Apoio social de superiores (ASS)	0,011	0,0%	0,846
Comunidade social no trabalho (CST)	-0,197**	3,9%	0,000
Qualidade da liderança (QL)	-0,044	0,2%	0,442
Confiança vertical (CV)	-0,060	0,4%	0,294
Confiança horizontal (CH)	$0,122^*$	1,5%	0,032
Justiça e respeito (JR)	-0,025	0,1%	0,662
Auto-eficicácia (Auto)	-0,231**	5,3%	0,000
Significado do trabalho (ST)	-0,093	0,9%	0,104
Compromisso face ao local de trabalho (CLT)	-0,058	0,3%	0,309
Satisfação laboral (Sat)	-0,223**	5,0%	0,000
Insegurança laboral (IL)	$0,113^{*}$	1,3%	0,048
Saúde geral (SG)	-0,111	1,2%	0,052
Conflito trabalho/família (CTF)	$0,\!129^*$	1,7%	0,024
Problemas em dormir (Dormir)	0,152**	2,3%	0,007
Burnout	0,184**	3,4%	0,001
Stress	0,210**	4,4%	0,000
Sintomas depressivos (SintD)	0,280**	7,8%	0,000
Comportamentos ofensivos (CO)	0,081	0,7%	0,157

8.5. Entrevista Semiestruturada

Depois de apresentados os resultados obtidos do questionário, vai-se proceder à apresentação dos dados qualitativos obtidos na entrevista.

Na análise dos resultados foram categorizados quatro grupos: *Satisfação com o Trabalho*; *Características de Trab*alho; *Organização do Trabalho* e *Saúde e Trabalho*. Estas categorias serão de seguida apresentadas de acordo com o número de fontes codificadas e de referências de codificação e respetiva *coverage*.

Tabela 27: Categorias e subcategorias, fontes, referências e coverage.

Categorias e Subcategorias	Número de fontes codificadas	Número de referências de codificação	Coverage (%)
Satisfação com o Trabalho	69	70	21,4
Características do Trabalho	31	46	13,7
Organização do Trabalho	143	117	52,7
Saúde e Trabalho	40	41	12,2
	283	274	100

De acordo com a tabela 27, foram obtidas nas quatro categorias, 283 fontes codificadas e 274 número de referências de codificação. A categoria *Organização do Trabalho* assume um papel mais relevante para os profissionais, com 143 fontes codificadas, 117 referências de codificação e 52,7% de *coverage*, seguida da categoria de *Satisfação com o Trabalho*, com 69 fontes codificadas, 70 referências de codificação e 21,4% de *coverage*. Sendo a categoria *Saúde e Trabalho* a que apresenta os valores mais baixos quer no número de fontes codificadas como no número de referências de codificação e *coverage*.

De seguida, apresenta-se a consulta de frequência de palavras (contagem e percentual ponderado) nas quatro categorias (tabela 28).

Tabela 28: Frequência de palavras (contagem e percentual ponderado) nas quatro categorias

Palavra	Contagem	Percentual ponderado (%)
trabalho	31	0,76
formação	17	0,42
utentes	16	0,39
colegas	15	0,37
pessoas	15	0,37
cansada	13	0,32
horário	13	0,32
doente	11	0,27
filhos	9	0,22
problema	9	0,22

Verifica-se que são as palavras *trabalho*, *formação*, *utentes*, *colegas* e *pessoas* que indicam valores mais elevados de contagem e percentual ponderado, resultando a apresentação de uma *Nuvem de Palavras* (figura 13).



Figura 13: Nuvem de Palavras

De seguida, apresenta-se a análise por categoria, iniciando por uma breve descrição do procedimento de codificação, o número de fontes codificadas e de referências de codificação e *coverage*, mencionando-se as subcategorias mais destacadas e completando com trechos da entrevista.

Por último, faz-se uma análise de consulta de frequência de palavras, indicando as cinco palavras com maior contagem e percentual ponderado e finalizando com citações dos entrevistados.

Na categoria *Satisfação do Trabalho* codificaram-se todos os trechos que referiam a satisfação ou insatisfação pela *profissão*, *trabalho/tarefa realizada*, *horário de trabalho*, *vínculo de trabalho*, *remuneração* e *o que mudavam no trabalho*.

A Tabela 29 apresenta a categoria e subcategorias de acordo com número de fontes codificadas e de referências de codificação e *coverage*.

Tabela 29: Categoria Satisfação do Trabalho e subcategorias, fontes, referências e coverage.

Categorias e Subcategorias	Número de fontes codificadas	Número de referências de codificação	Coverage (%)
Satisfação com o Trabalho (positivo):			
Profissão	8	8	2,4
Tarefa	10	10	3,3
Horário de Trabalho	8	8	2,4
Remuneração	1	1	0,3
Vínculo de Trabalho	9	9	2,7
Satisfação com o Trabalho (negativo):			
Profissão	2	2	0,6
Horário de Trabalho	2	2	0,6
O que mudava	10	11	3,3
Remuneração	9	9	2,7
Tarefa	9	9	3,0
Vínculo de Trabalho	1	1	0,3
		70	21,4

Como se pode verificar foram as subcategorias *Tarefa (positivo)* com 10 referências (3,3% de *coverage*) e *O que Mudava* com 11 referências (3,3% de *coverage*) que se destacaram.

Relativamente à subcategoria *Tarefa (aspeto positivo)* o profissional referiu satisfação que decorre do *trabalho/tarefa realizada*. (pergunta 4 do anexo 3). Apresentando-se de seguida as respostas dadas pelos entrevistados à pergunta: *O que é mais positivo no trabalho que realiza?*

Como é que hei-de dizer?...

Sentir que fui útil à pessoa que estou a atender.

Ser útil aquela pessoa! (LA₁)

Gosto de tudo o que faço.

A outra parte motiva-nos. (LA₅)

Gosto de fazer tudo o que faço, independentemente de ser o que forl

Dar informações aos utentes! (LA10)

Gosto de fazer tudo...(LA8)

Gosto daquilo que faço!(LA7)

Gosto do contacto com os utentes! (LA2)

É gratificante quando conseguimos resolver os problemas das pessoas e depois traz-nos uma grande satisfação profissional e pessoal! (LA3)

Abrangência do trabalho. Fazer muitas atividades diversas. (LA₆)

Contacto com o público!

Poder ajudar! (LA4)

Atender o público!

Gosto em geral do meu trabalho todo. (LA9)

Os profissionais referem que sentem *Satisfação no Trabalho* no contacto com os utentes/doentes e quando conseguem ser uteis na resolução dos seus problemas.

Quanto à subcategoria *O que Mudava* codificam-se todos os trechos que refiram o que trabalhador mudava no trabalho. (perguntas 3 do anexo 3).

Foram obtidas as respostas dos entrevistados na pergunta: O que mudava?

...

Se eu pudesse mudar... (silencio)

Não consigo mudar aquilo que achava que deveria ser mudado...

Não consigo porque não parte de mim...

Estas modernices de agora é para gente jovem!

Para quem vem do antigamente não aceita isto!

Antigamente no centro de Saúde trabalhava-se para benefício do utente/doente agora é para números. (revoltada)

Sabe o que é para números?!!

É uma diferença muito grande!

Vem um doente e não há consultas e depois querem que as pessoas venham às consultas de diabetes e planeamento!

As pessoas dizem: "quando estamos doentes não temos consulta e depois querem-nos cá com saúde".

Era isto que mudava, mas não está nas minhas mãos!

Não é só aqui. Só querem números, mais nada.

Nas USF os médicos não podem receitar mais do que aquele valor, se não, não atingem os objetivos.

Não consigo mudar isto. (conformismo)

Para mudar era preciso voltar 30 anos para trás!

Uns velhinhos alugam um carro de praça e ninguém quer saber se têm dinheiro para lhe pagar ou não e dizem vão-se embora e venham mais tarde. E o transporte, quem paga? Ninguém pensa nisso.

Quem tem culpa não são os funcionários da casa mas quem põe estas orientações e leis.

Querem ganhar com a saúde!! (LA1)

Aqui, fazemos de tudo!

Não mudava nada...

Bem, não estamos! (LA10)

... (silencio)

Mudava de colegas!! (LA2)

Trabalho em dois locais (centros de saúde)

Não sei..

Talvez motivar as equipas, para trabalhar!! (LA3)

Mudava muito!

Sei lá!

Mudava a mentalidade das pessoas que não acompanharam a evolução da informática!

Os Centros de Saúde funcionavam duma maneira e as Unidades de Saúde Familiares funcionam de outra.

As mudanças a elas (colegas) custam um bocadinho e a mim também.

Mudava mentalidades em relação à modernização! (LA4)

5 Nós nunca estamos satisfeitos! se fosse para mudar... antigamente estávamos mais ligados ao doente!

A gente não pode mudar...(LA5)

Motivar as chefias! Estão muito desmotivadas...(LA6)

Devia trabalhar-se mais em equipa!

Já se trabalhou em equipa mas agora não! (LA7)

Algumas pessoas! Mas não pode ser!

Isto é um desabafo!

Há pessoas mais conflituosas! (LA₈)

Hum...

Mudava na equipa, a nível de elementos! (LA9)

Relativamente a esta subcategoria, os profissionais referem que mudavam alguns aspetos como: colegas de trabalho; a mentalidade das pessoas em relação à modernização; motivar as chefias; motivar as equipas e trabalhar mais em equipa. Referem ainda, as mudanças de procedimentos na orgânica dos serviços, frisando que a situação piorou.

Nestas menções os profissionais demonstram alguns sentimentos de tristeza pela mudança não estar ao seu alcance, de desmotivação, de conformismo por aceitarem as situações de trabalho que não lhes agrada. Também, é importante frisar que alguns profissionais fazem grandes silêncios antes de começarem a falar ou faltam-lhe as palavras.

Na consulta de frequência de palavras os valores mais elevados de contagem e percentual ponderado, foram os seguintes: *pessoas* (10 contagens, 1,02%); *doente* (7 contagens, 0,71%); *mudava* (7 contagens, 0,71%); *equipa* (5 contagens, 0,51%) e *horário* (5 contagens, 0,51%), sendo referidas da seguinte forma:

É gratificante quando conseguimos resolver os problemas das pessoas e depois traz-nos uma grande satisfação profissional e pessoal! (LA_3)

Sentir que fui útil à pessoa que estou a atender! (LA1)

Não é fácil fazer a ponte entre o doente e o médico! Vemos que o doente está aflito e o médico diz para vir amanhã! (IA4)

 $Antigamente \ no \ Centro \ de \ Sa\'ude \ trabalhava-se \ para \ benef\'icio \ do \ utente/doente \ agora \ \'e \ para \ n\'umeros! \ (LA_1)$

Mudava de colegas!! (LA2)

Mudava na equipa, a nível de elementos! (LA9)

Já se trabalhou em equipa mas agora não! (LA7)

Devia trabalhar-se mais em equipa! (LA7)

Não gosto de fazer horários ao fim de semana! (LA10)

Fui eu que o escolhi o meu horário! (LA1)

Nesta análise de frequência de palavras o profissional refere que sente muita *satisfação* no trabalho quando: consegue ajudar a resolver os problemas das pessoas; o sentir que se é útil; a dificuldade sentida na resolução dos problemas do doente, quando não está ao seu alcance a solução dos mesmos; a insatisfação na dinâmica das equipas e dos elementos que a constituem; a satisfação de se ter o horário pretendido ou a insatisfação no fazer horários ao fim de semana.

Na categoria *Características do Trabalho* codificaram-se todos os trechos que referiam a dificuldade na realização de tarefas; elevado ritmo de trabalho ou falta de controlo sobre este; interrupções ao trabalho e discrepância de carga de trabalho consoante a altura do ano; sobrecarga de tarefas sentidas e trabalhar para além do seu horário, para terminar tarefas.

A Tabela 30 apresenta a categoria e subcategorias de acordo com número de fontes codificadas e de referências de codificação e coverage.

Tabela 30: Categoria Características do Trabalho e subcategorias, fontes, referências e coverage.

Categorias e Subcategorias	Número de fontes codificadas	Número de referências de codificação	Coverage (%)
Características do Trabalho:			
Características da Tarefa	10	11	3,3
Carga de Trabalho	10	20	6,0
Poder de decisão	1	3	0,9
Ritmo de trabalho	10	12	3,6
		46	13

Como se pode verificar as subcategorias que mais se destacaram foram: *Carga de Trabalho* (20 referências e 6% de *coverage*) e *Ritmo de Trabalho* (12 referências e 3,6% de *coverage*).

Na subcategoria *Carga de Trabalho*, codificou-se todos os trechos que se referem a uma sobrecarga de tarefas sentidas pelo trabalhador e ter que trabalhar para além do seu horário, para terminar tarefas (perguntas 11 e 12 do anexo 3).

Apresentando-se os resultados obtidos das respostas a duas questões: *Na sua opinião, acha que trabalha muitas horas? e Tem de trabalhar para além do seu horário de trabalho?*

Trabalha-se mais horas que se trabalhava! (LA1)

Faço tempo a mais porque sou eu que quero! Porque quero ficar mais um bocado!

Mas ganho zero! Não ganho nada com isso! (LA1)

Acho! Precisava de mais tempo com a família! (LA10)

 $\dot{A}s \ vezes...(LA_{10})$

Sim, trabalhamos muitas horas! Devíamos ter mais tempo para estar com a família! (LA2)

Às vezes trabalhamos para além do horário de trabalho, quando há essa necessidade! (LA9)

Acho, oito horas por dia é muito!!(LA₃)

Às vezes..

Porque são situações que têm de ser tratadas naquele dia e que temos que dar feedback aos utentes e profissionais que nos questionam sobre diversas situações!! (LA₃)

Eu não acho que trabalho muitas horas, mas acho é que ganho pouco!

As 35 horas não chegam... vai ficar muita coisa para trás! (LA4)

Sim! O atendimento ao público absorve o tempo todo.

Só temos uns bocadinhos. Eu não giro mal o tempo. Às vezes faço mais 1 ou 2 horas porque gosto de ter as coisas feitas! (LA₄)

Sim, trabalho muitas horas! Agora vem ai, as 35 horas. Deveria haver igualdade para todos! (LA5)

Sim, tenho. O horário que temos não chega! (LA5)

Não. Mas gostava de estar mais tempo com a família! (LA₆)

Não. É muito raro, que isso aconteça. (LA₆)

Acho que trabalho muito e que ganho pouco! (LA7)

Às vezes é preciso! (LA7)

Às vezes é preciso! Para terminarmos a tarefa que estamos a fazer! (LA₈)

Sim, trabalho muitas horas! Faz parte da nossa organização de Modelo B da USF.

Temos que dar resposta ao serviço! Se temos mais utentes temos que trabalhar mais horas! (LA9)

Temos que trabalhar! Se for preciso.

Às vezes é preciso fazer mais horas. (LA9)

Como podemos constatar os profissionais referem que: trabalham muitas horas, que existem muitas situações que trabalham para além do seu horário porque necessitam de terminar tarefas e que o horário não é suficiente para as tarefas a desempenhar.

Quanto à subcategoria *Ritmo de Trabalho*, codificou-se todos os trechos que se refiram a um elevado ritmo de trabalho ou falta de controlo sobre este; interrupções ao trabalho e discrepância de carga de trabalho consoante a altura do ano. (pergunta 10 do anexo 3)

Obtendo-se como respostas dos entrevistados a uma pergunta e referindo ainda, outros trechos obtidos no decurso da entrevista: *Tem de fazer várias tarefas ao mesmo tempo?*

Às vezes temos que interromper o que estávamos a fazer!(LA₁) Às vezes, acontece!(LA₁)

Claro que tenho que fazer várias tarefas ao mesmo tempo! Muitas vezes! Não é fácil!(LA2)

Aqui, tenho! É uma diversidade imensa!! Muitas chamadas!! A gente dispersa-se imenso.(LA3)

Sim, tenho! Há muito trabalho!(LA3)

Sim, às vezes estamos aqui e chamam-nos para outro lado!(LA5)

Não!(LA₆)

Tenho que fazer várias tarefas ao mesmo tempo.(LA7)

Sim. Quantas vezes estamos escaladas para vir para aqui e temos que fazer outro tipo de trabalho!(LAs)

Sim. Às vezes trabalhamos mais horas em agosto por causa do período de férias!(LA₈)

Às vezes sim... Às vezes sim... Causa-me stress, temos que fazer tudo à pressão!

Na fase que estamos na USF temos muitas pressões! Temos muitos programas de informática.(LA9)

Neste caso, os profissionais referem que têm um elevado ritmo de trabalho, tendo que fazer várias coisas ao mesmo tempo; que sentem muitas pressões tornando-se descontroladas e causando-lhe stress; a existência de interrupções nas tarefas que estão a desempenhar e referem ainda, que existe uma maior carga de trabalho na altura das férias, por falta de pessoal.

Nesta categoria procedeu-se ainda, à consulta de frequência de palavras as palavras com maior contagem e percentual ponderado são: *trabalh*o (6 contagens; 1,13%) *preparad*a (5 contagens; 0,94%); *horário* (4 contagens; 0,75%; *família* (3 contagens; 0,56%) e *férias* (15 contagens; 0,32%), sendo mencionadas da seguinte forma:

Quantas vezes estamos escaladas para vir para aqui e temos que fazer outro tipo de trabalho! (LA8)

Eu não acho que trabalho muitas horas, mas acho é que ganho pouco! (LA3)

As) horas não chegam... vai ficar muita coisa para trás! (LA4)

Sinto-me preparada para o que faço! (LA3)

Sim sinto-me preparada para o que faço, não tenho problema nenhum! (LA9)

Sim, trabalho muitas horas! O horário que temos não chega! (LA5)

Fui eu que o escolhi o meu horário!

Elas mandam-nos fazer o horário e nós fazemos!

Mas já disse que estão algumas coisas mal) (LA10)

Não gosto de fazer horários ao fim de semana!

Fico longe da família...(LA1)

Devíamos ter mais tempo para estar com a família! (LA2)

Falta pessoal principalmente, nas férias! (LA2)

Sim. Às vezes trabalhamos mais horas em agosto por causa do período de férias! (LA₈)

Face a esta análise, podemos verificar que os profissionais referem a sobrecarga de tarefas, sentindo-se no entanto, preparados para as tarefas que desempenham; o trabalhar muitas horas e para além do seu horário de trabalho e ficar longe e pouco tempo com a família; terem poder de tomada de decisão na realização do seu próprio horário; o elevado ritmo de trabalho, interrupções no trabalho e ainda a carga de trabalho na altura de férias.

Na categoria *Organização do Trabalho* codificaram-se todos os trechos que referiam as condições de trabalho; a organização do trabalho no geral; o grau de responsabilidade inerente ao seu papel na organização; o espirito de grupo na organização; exigências contraditórias e falta de clareza na definição das funções; não ser reconhecido/valorizado pelos superiores; autonomia nas funções que exerce; exigências emocionais que resultam da proximidade com as histórias dos utentes/doentes; situações no trabalho que o afetam emocionalmente; emoções e sentimentos escondidos aos colegas; problemas que surgem nas relações com as chefias e colegas e do contacto com o utente/doente; relatos de situações de vítima de assédio moral, sexual ou violência de terceiros; se teve formação antes de iniciar a sua atividade; se em alguma formação foi abordado a temática sobre riscos psicossociais e índice de capacidade de trabalho; insegurança do trabalhador perante a situação laboral; dificuldades sentidas em conciliar a vida familiar (social) e o trabalho e aos aspetos que o trabalhador menciona quanto à sua confiança no futuro.

A Tabela 31 apresenta a categoria e subcategorias de acordo com número de fontes codificadas e de referências de codificação e *coverage*.

Tabela 31: Categoria Organização do Trabalho e subcategorias, fontes, referências e coverage.

Categorias e Subcategorias	Número de fontes codificadas	Número de referências de codificação	Coverage (%)
Organização do Trabalho:		-	
Autonomia de Funções	2	2	0,6
Conciliação Trabalho- família	10	10	3,0
Condições de Trabalho	10	11	3,3
Confiança no Futuro	10	11	3,3
Espirito de Grupo	10	11	3,3
Exigências Emocionais	10	22	6,5
Formação	10	20	6,0
Insegurança Laboral	10	10	3,0
Organização do Trabalho	10	10	3,0
Reconhecimento	1	1	0,3
Relações de Trabalho com as chefias	10	11	3,3
Relações de Trabalho com os colegas	10	10	3,0
Relações de Trabalho com os utentes - doentes	10	10	3,0
Relações de Trabalho/Comportamentos Ofensivos	10	10	3,0
Responsabilidade	10	11	3,3
Transparência do Papel Laboral	10	17	5,1
•		117	52,7

A tabela 30, na categoria Organização do Trabalho destacam-se as subcategorias Exigências Emocionais (22 referencias e 6,5% de *coverage*), Formação (10 referencias e 6% de *coverage*) e Transparência Laboral (17 referências e 5,1% de *coverage*). Nesta categoria destaca-se mais uma subcategoria por ser a categoria que apresenta maior número de subcategorias.

Na subcategoria *Exigências Emocionais* codificou-se todos os trechos que se referem às exigências emocionais que resultam da proximidade com as histórias dos utentes/doentes; situações no trabalho que afetam emocionalmente o trabalhador ou às emoções e sentimentos escondidos pelo trabalhador aos colegas (perguntas 19 e 20 do anexo 3).

Menciona-se de seguida, algumas das respostas dos entrevistados, referentes a esta subcategoria em perguntas como:

Considera que existem situações no trabalho que o afetam emocionalmente e Esconde emoções/sentimentos dos colegas?

Às vezes...Às vezes... (silêncio) Para casa não levo nada! Era o que faltava!(LA1)
Pelo menos tento...Quando me vêm a cantar, as coisas não andam bem! Canto, quando estou enervada! (LA1)
Sim... Muito stress... Noites sem dormir!! (LA2)
Às vezes, não consigo! É mais forte do que eu... (LA 2)
Não se liga, é o que se faz de melhor! (LA 10)
Não digo nada! Às vezes... com uma ou outra! (LA 10)

Algumas situações mexem connosco! Por nos revermos na situação que o utente está a passar!

Eu às vezes, revejo-me muito a curto e a longo prazo. Quando são coisas que me marcam, levo para casa e às vezes estou em casa e começo a pensar se telefonei por causa daquela utente.

Eu sou responsável demais... Quando não consigo penalizo-me!! (LA 3)

Hum...Escondo, escondo!! (LA 3)

Confio! mas muitas vezes... Problemas pessoais... escondo! Escondo!

Acho que não tenho que incomodar ninguém com os meus problemas. Só com alguns amigos, mas que não estão aqui! Trabalho é uma coisa! Amizade é outra! Os amigos contam-se pelos dedos de uma mão! Partilho... as preocupações de trabalho. (LA 4)

Sim, mas ficam só para mim... Em casa são só homens! Não estou à vontade! Tenho o meu pai, marido e filho. Aqui tenho empatia por uma colega. Mas no profundo existem situações que são só para mim! (LA 4)

Escondo... Às vezes é difícil, esconder! Se estou triste, os meus olhos denunciam-me.

Quando fico enervada fico energética, tenho de fazer coisas! Em casa não quer dizer que não fale. Eles não têm que levar com isto! Às vezes faz falta a partilha... (emocionada) (LA 4)

Porque se a gente não fala com ninguém tem muitas coisas cá dentro! Como agora tenho muito que fazer, nem penso! Fez-me muito bem ter vindo para aqui. (LA 4)

O que é aqui, é aqui e tento não misturar as coisas! Aqui há coisas que me incomodam imenso!

Não darem valor ao meu trabalho! Que não faço nada... Não sou valorizada...(LA 5)

Às vezes escondo, outras vezes não. Procuro não ofender, como me sinto ofendida! (LA 5)

Sim escondo! (LA 6)

Sim, existem muitas situações que me transtornam! (LA 6)

Sim!

Isto é uma confusão! (LA 7)

Às vezes! Outras vezes falo. (LA 7)

Sim! Mas às vezes o dia corre melhor. (LA 8)

Tento não misturar os problemas de casa, não trago para aqui e os daqui não levo para casa! (LA 8)

Existem, sim! (LA 9)

Não! Já houve alturas que sim!

Agora, não...

Mas as coisas da família não se falam aqui! (LA 9)

Escondo... Às vezes é difícil, esconder! Se estou triste, os meus olhos denunciam-me.

Quando fico enervada fico energética, tenho de fazer coisas! Em casa não quer dizer que não fale. Eles não têm que levar com isto! Às vezes faz falta a partilha... (emocionada) (LA $_{10}$)

Porque se a gente não fala com ninguém tem muitas coisas cá dentro! Como agora tenho muito que fazer, nem penso! Fez-me muito bem ter vindo para aqui. (LA 10)

Podemos verificar que existem situações no trabalho que os afetam emocionalmente os profissionais nomeadamente, os problemas com os colegas, utentes/doentes e com o trabalho provocando-lhes problemas em dormir, situações de stress; manifestam ainda, uma grande preocupação em não partilhar os problemas de trabalho com a família.

Relativamente à Formação codificaram-se, nesta subcategoria todos os trechos que se referem se o trabalhador teve formação antes de iniciar a sua atividade ou se em alguma formação foi abordado a temática sobre índice de capacidade de trabalho e riscos psicossociais. (perguntas 2 e 26 do anexo 3).

Menciona-se de seguida, algumas das respostas dos entrevistados, referentes a esta subcategoria em perguntas como: Antes de iniciar a sua atividade, teve formação sobre a sua atividade e Em alguma formação ouviu falar em riscos psicossociais e índice de capacidade de trabalho.

Não tivemos formação, diziam-nos agora faz assim e faz assim.

Depois quando veio o sistema informático, é que nos deram alguma formação.

A gente não sabia. Fomos à formação a Coimbra. Deram-nos formação sobre os vários programas. (LA 1)

Não, nunca ouvi falar sobre isso! (LA 1)

Às vezes íamos a Coimbra a formações.

Já há muito tempo que não temos formação. (LA 2)

Sim, tive formação para o que faço! (LA 2)

Não! São temas que ainda não são falados!!

Mas sinto que é necessário atualização!

É necessário irmos sempre, atualizando, sempre!

Ainda nos falta alguma formação na área de toxicodependência, crianças e jovens! (LA 3)

Índice de capacidade de trabalho, numa formação.

Em riscos psicossociais, não! (LA 3)

Na área administrativa sim, tenho formação, no centro de saúde não.

Vinha dos recursos humanos, onde existiam programas diferentes destes! (LA 4)

Só ouvi onde trabalhava, no INEM! (LA 4)

Tivemos alguma formação para lidar com a enfermagem e agora aqui fazemos essa parte e esta da roupa. (LA 5)

Não, nunca ouvi falar sobre esses temas! (LA 5)

Sim, tive formação para a atividade que exerço. (LA 6)

Sim. Em algumas formações da área da minha atividade estes temas são abordados. (LA 6)

Antes de entrar não me derem formação.

Conforme diziam à gente, a gente fazia! (LA 7)

Não, nunca tivemos formação sobre isso! (LA 7)

Tivemos formação para trabalhar com utentes/doentes...(LA 8)

Não, não sei nada sobre esses temas! (LA 8)

Antes de iniciar não tive formação. Fui aprendendo com as que estavam cá!

Agora tenho mais formação do que tinha na altura. (LA 9)

Já tivemos um congresso, em Aveiro e falou-se muitos nisso!

Foi muito debatido, os riscos psicossociais! (LA 9)

Às vezes íamos a Coimbra a formações.

Já há muito tempo que não temos formação. (LA 10)

Não, nunca ouvi falar! (LA 10)

Podemos verificar que alguns profissionais referiram que não tiveram formação antes de iniciarem a sua atividade profissional, faziam as suas tarefas como viam fazer e só quando houve a necessidade de trabalhar com equipamentos informáticos é que receberam formação. Outros referem ainda, que tiveram formação para áreas que atualmente não executam.

Quanto a receberem formação sobre os temas sobre índice de capacidade de trabalho e riscos psicossociais, alguns referem que nunca ouviram falar e/ou nunca foram abordados estes temas em formações.

Quanto à subcategoria *Transparência Laboral*, codificou-se todos os trechos que se referem existir exigências contraditórias e falta de clareza na definição das funções do trabalhador. (perguntas 8 do anexo 3).

Apresenta-se de seguida, alguns resultados obtidos nas respostas dos entrevistados a esta subcategoria à pergunta:

Acha que existem exigências contraditórias e falta de clareza na definição das funções?

```
Sim! Às vezes isso acontece!!
Aqui, fazemos de tudo! (LA<sub>1</sub>)
Às vezes! (LA<sub>2</sub>)
Não!
Eu sei o que fazer, quais as minhas funções! (LA<sub>3</sub>)
Há um coordenador a quem nós prestamos ... Como hei-de explicar?
Cada um sabe as suas funções e ninguém diz, faz isto ou faz aquilo.
Cada um sabe o que tem a fazer! (LA<sub>4</sub>)
Gostava de fazer o que nos compete! (LA<sub>5</sub>)
Sim. (LA<sub>6</sub>)
As enfermeiras põem as auxiliares na rua quando estão a fazer pensos! É uma vergonha! (LA<sub>7</sub>)
É tudo a mandar. É tudo chefes! (LA<sub>7</sub>)
Tivemos formação para trabalhar com utentes/doentes e não estamos a fazer essas tarefas! (LA<sub>8</sub>)
Não. (LA<sub>9</sub>)
A gente faz de tudo! (LA<sub>10</sub>)
```

Alguns profissionais referem que em algumas situações existe falta de clareza na definição das suas funções, referindo que fazem tudo, que gostariam de fazer o que lhes compete.

Quanto à consulta de frequência de palavras nesta categoria destacam-se as palavras com maior contagem e percentual ponderado, as seguintes: *formação* (16 contagens, 0,75%); *trabalho* (14 contagens; 0,66%); *colegas* (10 contagens, 0,47%); *filhos* (8 contagens, 0,38%) e *utentes* (8 contagens, 0,38%), referindo os entrevistados o seguinte:

```
Já há muito tempo que não temos formação. (LA 10)
Tivemos formação para trabalhar com utentes/doentes e não estamos a fazer essas tarefas! (LA 8)
Não são a nosso favor as condições de trabalho...
Não são as mais favoráveis...
Temos que andar com mais pesos!
Mas nada podemos fazer! (LA 5)
Estou! Os balcões de atendimento não são muito bons.
As pessoas estão muito em cima de nós!
Não temos uma secretária com espaço! Não temos espaço!
Não temos ar condicionado. Apanhamos muito calor! É uma sauna! (LA 1)
Não há organização de trabalho!
Fui vítima de uma colega que infelizmente, agora já se foi embora!
Fez-me muito mal!
Uma colega que incentivava as outras colegas!
Quase me bateu...
Um dia chegou-me a mão à cara! (LA 9)
Não me meto em problemas que não são meus!
São só assuntos de trabalho e assuntos que eu consiga controlar.
E não vou avaliar o trabalho de ninguém, só vou avaliar o meu. (LA 3)
Com os colegas...é a única coisa que a gente faz faísca!
Temos ideias diferentes!
Às vezes também, me sinto culpada!!
Existem muitos conflitos...(LA 2)
Preocupo-me com o futuro dos meus filhos! (LA 10)
Às vezes, não é fácil!
O tempo é pouco! Já era pouco para os filhos quando eram pequenos...
```

Mas nunca meti dias de baixa...

Penso que um dia posso precisar mais! (LA 10)

Existem utentes que me trataram muito mal...

Uma cigana ofereceu-me porrada! É sempre a mesma que oferece-me porrada!

Não gosta de mim. Que se soubesse escrever, escrevia no livro amarelo, para eu ser despedida!

Diz-me: "tens de olhar para mim, se não levas uma bofetada no focinho".

Agora já passou a ser um hábito!

No outro dia foi um rapaz novo, chamou-me muitos nomes!

Mas pronto, faz parte...(LA 4)

São cordiais.

Nunca tive problema com nenhum utente, até hoje!

Graças a Deus! (LA 3)

Verificou-se que foram referidas pelos entrevistados o terem formação para áreas que não exercem e não terem formação já há algum tempo; falta de condições de trabalho (condições de climatização, condições do equipamento, falta de espaço); a falta de organização de trabalho; a falta de espirito de grupo; sentirem-se que e não são valorizados nem pelos colegas nem pelas chefias, a falta de autonomia nas funções que exerce; as situações no trabalho que os afetam emocionalmente, conforme referido atrás; as más relações com as colegas e com utentes, relatando-se situações de comportamentos ofensivos; a dificuldade em conciliar ao trabalho- família referendo que é pouco é pouco e a preocupação no futuro principalmente no futuro dos filhos.

Relativamente à última categoria *Saúde e Trabalho* codificaram-se todos os trechos que referiam o apoio dado pelos serviços de medicina do trabalho; o que considera desgastantes e prejudicial para a sua saúde; se necessita ou já necessitou de apoio médico para lidar com os problemas que advêm do trabalho e o que sente após um dia de trabalho.

A Tabela 32 apresenta a categoria e subcategorias de acordo com número de fontes codificadas e de referências de codificação e *coverage*.

Tabela 32: Categoria Saúde e Trabalho e subcategorias, fontes, referências e coverage.

Categorias e Subcategorias	Número de fontes codificadas	Número de referências de codificação	Coverage (%)
Saúde e Trabalho:			
Apoio dos Serviços de Saúde	10	10	3,0
Apoio Medicina do Trabalho	10	10	3,0
Prejudicial para a Saúde	10	11	3,3
Saúde	10	10	3,0
		41	12,2

Nesta categoria, é a subcategoria *Prejudicial para a Saúde* que se destaca-se com 11 referências e 3,3% de *coverage*.

Nesta subcategoria codificou-se todos os trechos que se referem situações desgastantes e prejudicial para a saúde do trabalhador (pergunta 29, anexo 3).

No serviço, as alergias devido ao ar condicionado! (LA 1)

O mau ambiente de trabalho prejudica-me muito!!

(descreve alguns conflitos no ambiente de trabalho)

(Emociona-se e chora) (LA 2)

Tenho fibromialgia e depois destes problemas todos, lá reuni forças para vir trabalhar... Mas sinto-me cansada e alguns dias, sinto um vazio psicológico!!

Tenho receios de também, não resolver tudo o que nos pedem mas...

Sinto-me cansada porque é uma profissão exigente! (LA 3)

O atendimento é muito desgastante! (LA 4)

O serviço...

Temos que ter espirito para o levar...

O facto de eu vir e falar com as pessoas já é bom!

Este serviço é uma terapia...

Enquanto estou aqui, não penso! (LA 4)

Psicologicamente não ando bem!

Gostava que as coisas funcionassem de outra maneira...

A gente não pode mudar...

Mas, estou para me reformar, já meti os papéis! (LA 5)

Rotina diária. (LA 6)

Estas guerras fazem-me mal! (LA 7)

Muitas horas em cima das pernas. (LA 8)

O barulho dos utentes!

Chego ao fim do dia e a minha cabeça...(LA 9)

Precisava de descansar mais...

A minha irmã está em fase terminal. Com 54 anos, com um tumor no cérebro!

Há um mês começou a piorar e às vezes nem conhece as pessoas...(LA 10)

Podemos verificar, nesta subcategoria os entrevistados referem várias situações quer físicas ou mentais que afetam a sua saúde nomeadamente a carga de trabalho, provocando cansaço; o mau ambiente de trabalho; as condições de trabalho (sistemas de climatização, trabalhos em posição de pé, o ruido provocado pelos utentes); a exigência da profissão; tarefas muito desgastantes (atendimento telefónico e atendimento ao público).

Na consulta de frequência de palavras, as palavras com maior contagem e percentual ponderado são: *cansada* (13 contagens, 2,90%); *trabalho* (6 contagens, 1,34%); *consultas* (4 contagens, 0,89%); *doença* (3 contagens, 0,67%) e *medicina* (3 contagens, 0,67%).

Estas palavras foram mencionadas em alguns resultados das entrevistas, nomeadamente:

Cansada...

Super cansada. (LA 5)

Cansada!

À noite o cansado é tanto que não dá para pensar.

Sou ansiosa... Tudo me preocupa! (LA 10)

Não! Só abordam condições de trabalho e posturas! (LA 3)

Perguntaram-me sobre o nosso trabalho! (LA 1)

Ainda lá fomos este ano...

Não vale a pena dizer nada porque eles não resolvem nada!

Mas fazem perguntas! Mas só escrevem porque de resto, não resolvem nada!

Não vale de nada, a consulta! (LA 9)

Só fui duas vezes as consultas de medicina do trabalho!

A última vez, perguntei-me a mim mesma, o que vim aqui fazer?

Fiz um eletrocardiograma e mediram-me a tensão arterial!

Se tomava medicamentos. Se tinha queixas. Se tinha alguma doença.

Disse que tinha uma arteriosclerose e ele disse-me está bem, está bem!

E depois pôs-se a falar sobre os utentes dele e sobre as suas consultas(LA 1)

Nas consultas de medicina do trabalho perguntam apenas pelo meu estado de saúde. (LA 5)

Perguntam só se temos alguma doença, o que fazemos!

Nas consultas de medicina do trabalho perguntam apenas pelo meu estado de saúde. (LA 4)

.... (silencio profundo)

Нит...

Não podemos falar com eles (medicina do trabalho) sobre estas coisas...(LA 2)

Face a estes resultados verificamos que os entrevistados referem que após um dia de trabalho estão muito cansados; que o apoio dado pelos serviços de Segurança e Saúde do Trabalho é pouco eficaz trazendo um certo descredito perante o mesmo, questionam condições de trabalho e saúde (estado de saúde e posturas); de uma maneira geral existe um descredito perante estes serviços e alguns entrevistados referem que necessitam de ajuda médica nomeadamente a toma de terapêutica oral, para ajudar a ultrapassar situações vivenciadas no local de trabalho.

CAPITULO 9 - DISCUSSÃO

Após a apresentação dos resultados do estudo empírico (Parte II) efetua-se de seguida a discussão dos mesmos, procurando lê-los com base no enquadramento teórico-conceptual, evidenciando os seus significados e retirando as implicações teóricas, empíricas e práticas.

Para a concretização dos objetivos propostos neste estudo e no interesse em realizar uma análise dos dados quantiqualitativos optou-se por uma metodologia quantitativa, descritiva-correlacional e transversal e uma metodologia qualitativa de análise de conteúdo.

Nesta última, optou-se pelo processo de categorização, permitindo que as características do conteúdo da mensagem fossem decompostas em unidades que possibilitassem uma análise e descrição mais precisa dos dados.

De modo a associar a capacidade para o trabalho e os dados sobre riscos psicossociais utilizou-se o questionário COPSOQ versão média e o ICT, aos quais se associou um questionário sociodemográfico contruído propositadamente para este estudo, Foi ainda, realizada uma entrevista do tipo semiestruturada, a 10 profissionais, com base num guião constituído por trinta e uma questões gerais.

O presente estudo procurou relacionar as variáveis que compõem as hipóteses e descrever as mesmas. Para o efeito, procedeu-se ao cálculo das frequências absolutas e respetivas percentagens, medidas de tendência central (Médias) e de dispersão (Desvios padrão). Para verificar a consistência interna da amostra, utilizou-se o coeficiente Alfa de *Cronbach*. O COPSOQ apresentou, globalmente, uma boa consistência interna (α=0,708). Quanto às inferenciais, foram efetuadas as estatísticas t de Student e a ANOVA. Em termos correlacionais utilizou-se o r de Pearson e a regressão. O tratamento estatístico foi efetuado informaticamente através do programa IBM SPSS (versão 23) para análise das variáveis quantitativas e do Programa QSR Nvivo11, para análise das varáveis qualitativas.

1- Discussão dos resultados dos dados sociodemográficos

Quanto à *idade* verifica-se que a maioria da amostra tem mais de 40 anos (72%) e o grupo etário que mais predomina é o que se encontrava na faixa etária entre os 41 e os 50 anos, com 38% de representatividade, sendo que 24% dos profissionais encontra-se na faixa etária entre os 51 e os 60 anos.

Os profissionais são maioritariamente do *género feminino* (78%) em todos os grupos etários, o que se aproxima das características da amostra da população portuguesa, com 77% de mulheres com mais de 40 anos (INE, 2015).

Quanto ao *estado civil*, a situação *casado/união de facto* é predominante, com 73%. No *género feminino* destacou-se a situação ser *solteira* com 89,7%, enquanto no *género masculino* casado/*união de facto*, com 25,9%. Alguns estudos nacionais efetuados em vários sectores de atividade, incluindo sector da municipal e transportes, mostram que o *casado* foi o grupo com maior frequência (Silva et al., 2006). Em estudos internacionais, verifica-se igual predominância, quanto ao estado civil ser *casado* (Andrade & Monteiro, 2007).

Nas habilitações literárias, 56,6% dos profissionais são detentores do grau de licenciatura. O género feminino a liderar com 84%, enquanto que o género masculino apresenta com maioria, o ensino médio, com 80%. Referem vários internacionais que o ensino secundário, é o grau de ensino mais observado em trabalhadores municipais, de escritório e professores (Martus, Jakob, Rose, Seibt, & Freude, 2010).

As *categorias profissionais* mais representativas na amostra são os *assistentes técnicos* e *enfermeiros* com 26% e *médicos* com 27%, da amostra.

Relativamente ao *local de trabalho*, os profissionais de saúde exercem a sua atividade em *unidades de cuidados de saúde personalizados* em 44,01% da amostra, seguidos pela *unidade de saúde pública*, com 25,89%.

Quanto ao *vínculo contratual*, 61,4%, dos indivíduos tinham um *contrato de trabalho a tempo integral* comparativamente, ao *contrato de trabalho a tempo parcial* que apresenta uma menor representatividade (0,6%). Este facto remete-nos para uma amostra com vínculos

temporais e profissionais com maturidade para refletir sobre a sua capacidade para o trabalho e riscos psicossociais.

Quanto à *antiguidade*, constatou-se que os profissionais com *16 a 20 anos* ou com *mais de 30 anos de serviço* representam 21% da amostra, seguido dos profissionais com uma antiguidade de *21 a 25 anos* (15,5%).

2 - Discussão dos resultados relativos ao ICT

Classificação do ICT

A análise da média obtida neste estudo foi de 28,04 pontos (dp=3,5), resultando um valor mínimo de 19 pontos e um máximo de 37 pontos, o que revela baixos níveis de capacidade de trabalho.

Esta média é significativamente inferior à registada em estudos internacionais e nacionais (aproximadamente 40 pontos), com trabalhadores de vários sectores profissionais e militares (Karazman, Kloimuller, & Karazman-Morawetz, 2002; Kumashiro et al., 2011; Silva et al., 2006).

Na distribuição da classificação do ICT, 46% dos profissionais apresentaram uma baixa capacidade, enquanto 54% uma capacidade moderada para o trabalho, ao contrário do que aconteceu com outros estudos realizados com trabalhadores portugueses que mostraram boa capacidade para o trabalho (Silva et al., 2011). Na categoria de fraca capacidade para o trabalho, outros estudos realizados com trabalhadores do sector da indústria e de outros sectores profissionais, onde são apresentadas percentagens menores, entre 2,2% e 8,7%) (Pereira, 2006; Silva, 2012). Uma vez mais, não foram encontrados estudos com população idêntica às que foram analisadas, devendo esta comparação ter esses aspetos, em consideração.

O ICT em função das características sociodemográficas

O ICT em função da idade

Os resultados demonstraram na classificação do ICT que as médias se situam entre 26 e 29, encontrando-se muito abaixo dos valores normativos para qualquer dos *grupos etários* em análise, pelo que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a *idade* e a *capacidade para o trabalho*.

Em estudos onde participaram 1955 portugueses, concluiu-se que a capacidade para o trabalho diminui com a idade, estando assim associada ao envelhecimento cronológico (Silva et al., 2011). Também, um trabalho desenvolvido com 4162 trabalhadores de vários sectores profissionais mostra que a média do ICT diminui mais acentuadamente a partir dos 45 anos. Estes resultados podem ser explicados pelo aumento da probabilidade do aparecimento de doenças, alterações morfológicas e fisiológicas e diminuição das capacidades que as pessoas podem sofrer com o avançar da idade (Martinez et al., 2010). O estudo desenvolvido por Costa & Sartoni (2007), com trabalhadores de várias áreas profissionais, como indústria e saúde, apresentou uma tendência de diminuição idêntica, a partir dos 36 anos de idade.

Este aumento pode ser preocupante face às atuais alterações na legislação nacional, relativas ao prolongamento da idade de reforma na administração pública até aos 66 anos e 3 meses, devendo-se concretizar medidas mais adequadas para enfrentar os riscos do envelhecimento demográfico nos locais de trabalho (Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social, 2016).

O ICT em função do género

Em relação à capacidade para o trabalho em função do *género* a distribuição é homogénea. Apesar dos *scores* mais baixos do ICT estarem associados ao *género feminino*, não existem diferenças significativas (p> 0,05).

Estudos realizados na Suécia com trabalhadores da área da indústria e trabalhadores de vários sectores de atividade concluíram que as mulheres apresentaram uma menor

capacidade para trabalho quando comparada com os homens (Costa & Sartori, 2007; Torgen, 2005). Um estudo nacional demonstrou que as mulheres apresentam menor capacidade para o trabalho em relação aos homens (Silva et al., 2011).

Silva (2012) com recurso a trabalhadores de vários sectores profissionais, refere que o *género masculino* possui uma média superior de capacidade para o trabalho (41 pontos) em relação ao *género feminino* (39,76 pontos), mas neste caso ambos os géneros apresentaram *boa* capacidade para o trabalho.

Martinez et al. (2010b), numa revisão da literatura verificaram que o *género feminino* tem maior risco para perda da capacidade para o trabalho, devido às piores condições de trabalho e salariais que apresentam em relação aos homens e ainda, pela dupla jornada de trabalho, (cuidar da casa e filhos, além da atividade profissional).

Também a este propósito, alguns autores referem a existência de vários tipos de variáveis sociais que poderão explicar as diferenças encontradas nos resultados de estudos a nível de saúde ocupacional, como por exemplo o papel atribuído a cada tipo de *género*. É referido que as mulheres são responsáveis por maior *carga de trabalho* resultante da participação simultânea tanto no emprego remunerado, como também nas tarefas domésticas de que são responsáveis (Rotenberg et al., 2008).

O ICT em função do estado civil

Foram os grupos dos *solteiros* (28,51%) e dos *separados/divorciados* (28,46%) que apresentaram *scores* mais elevados de média na classificação do ICT. No entanto, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias por *estado civil* (p> 0,05). Os resultados obtidos estão de acordo com outros estudos a nível nacional que referem que os solteiros apresentam valores de ICT satisfatoriamente superiores em comparação com os casados (Silva et al., 2011). Outros estudos na área da saúde verificaram uma frequência mais elevada de ICT satisfatório nos profissionais *solteiros/divorciados* e mais insatisfatório nos *casados/união de facto* (Francisco, 2011). A insatisfação dos *casados/união de facto* pode estar relacionada com a dupla jornada, referida por Martinez et al. (2010b).

O ICT em função das habilitações literárias

O grupo dos profissionais com *ensino médio* apresentou a média do ICT mais elevada, seguido do grupo dos trabalhadores com *mestrado*. No entanto, não se observou diferenças estatisticamente significativas entre as médias e as habilitações literárias (p>0,05). Estudos referem que a capacidade para o trabalho pode ser promovida pelo aumento das competências e escolaridade dos trabalhadores, especialmente se as exigências do trabalho forem elevadas a nível mental (Berg et al., 2009; Martinez et al., 2010), o que é contraditório no grupo dos trabalhadores da saúde tendo em conta os nossos resultados.

O ICT em função da categoria profissional

Em relação à *categoria profissional*, os resultados demonstraram não existir diferenças significativas na distribuição intragrupos. Contudo, uma comparação intergrupos realizada entre as médias do ICT e a categoria profissional mostrou que o profissional que lida diretamente com a saúde do doente apresenta maior capacidade para o trabalho do que os *técnicos superiores* mais indiretos, embora sem expressão significativa. Com efeito a atribuição de sentidos e significados ao trabalho, passa por um trabalhador sentir que a tarefa que desempenha lhe permite alcançar resultados e ser útil. O individuo pode assim criar e reconhecer-se enquanto sujeito e ser social (Tolfo & Piccinini, 2007).

O ICT em função do local de trabalho

Os profissionais que exerciam funções em *unidades de cuidados de saúde* personalizados obtiveram um valor médio mais elevado com 28,37 pontos, o que corresponde ao limite inferior da classificação de *moderada* capacidade de trabalho. O valor médio mais baixo foi obtido por profissionais com funções em *unidades de saúde pública*, com 27,47 pontos, correspondendo a uma baixa capacidade de trabalho. No entanto, não houveram evidências de que as mesmas fossem estatisticamente significativas entre as várias unidades (p=0,472). Mais uma vez, podemos referir a importância do contacto do profissional com o doente, que não se verifica tanto nas *unidades de saúde pública* por serem serviços menos valorizados pelo utente/doente, mais operacionais e burocráticos, incapazes de instigar o seu

executor e consequentemente diminuir a sua capacidade para o trabalho (Tolfo & Piccinini, 2007).

O ICT em função do tipo de exigências da atividade

Relativamente ao tipo de exigências da atividade, 51% dos profissionais classifica as suas exigências de mentais e 48% considera que a natureza das suas exigências é simultaneamente mentais e físicas. Os profissionais avaliam a sua capacidade para o trabalho em relação às exigências da atividade em boa e muito boa, em 87% da amostra, obtendo as exigências físicas, 91% comparativamente às exigências mentais. Esta assunção foi reforçada na análise de conteúdo uma vez que, houve unanimidade de referências dos profissionais em como se sentiam no final de um dia de trabalho, conforme os trechos do discurso: "Cansada, sempre cansada!"; "Muito exausta, a nível psicológico!!"; "Cansada! À noite o cansado é tanto que não dá para pensar"; "Cansada...supercansada!"; "Sinto-me cansada porque é uma profissão exigente!".

Estudos mencionam que a exposição às exigências do trabalho pode comprometer o equilíbrio e a fadiga do trabalhador e com isso a capacidade para o trabalho. Se um trabalho permite a diminuição da carga psíquica, ele é equilibrante, mas se ele se opõe a essa diminuição ele é fatigante, tornando-se fonte de tensão e desprazer (Moreira, 2013).

À cerca deste assunto colocou-se a hipótese que a *capacidade de trabalho* estava relacionada com as *exigências da atividade* profissional. Com efeito, 14% da capacidade de trabalho é explicada pelas *exigências físicas* e 23 % pelas *exigências mentais*. Também, no estudo de Rostamabadi, Mazloumi, e Foroushani (2014), no qual examinaram a influência das dimensões de saúde sobre a capacidade para o trabalho, concluíram que, tanto as capacidades físicas como as mentais assumiam um papel importante no ICT.

Um dos aspetos que pode comprometer seriamente a capacidade para o trabalho são as doenças, quer sejam resultado de *diagnóstico médico* ou da *opinião do trabalhador*. A capacidade para o trabalho é a base para o bem-estar do trabalhador, contudo não permanece igual ao longo da vida. É afetada por fatores como exigências, estado de saúde, capacidades físicas e mentais (Moreira et al., 2013).

Neste estudo, as doenças ou lesões com *diagnóstico médico* mais frequentes foram as lesões por acidente na coluna/costas (30,4%); lesões músculo-esqueléticas - perturbação na parte inferior das costas / coluna lombar, com dor frequente (27,8%); doenças respiratórias, nomeadamente sinusite/rinite crónica (25,6%); doenças no aparelho circulatório, particularmente a hipertensão (19,4%); lesões músculo-esqueléticas - perturbação na parte superior das costas / pescoço, com dor frequente (18,4%); lesões músculo-esqueléticas - perturbação dos membros superiores ou inferiores (mãos / pés), com dor frequente; perturbação mental ligeira (por exemplo, depressão ligeira, nervosismo) (15,9%) e ansiedade problemas de sono) (15,5%).

Relativamente às doenças, resultado da perceção do trabalhador, as mais prevalentes foram as lesões músculo-esqueléticas - perturbação na parte superior das costas / pescoço, com dor frequente (21,0%); lesões músculo-esqueléticas - perturbação na parte inferior das costas/coluna lombar, com dor frequente (18,1%); Perturbação mental ligeira (por exemplo, depressão ligeira, nervosismo, ansiedade problemas de sono) (16,8%); (Coluna / costas (12,0%); Obesidade (9,1%); lesões músculo-esqueléticas - perturbação dos membros superiores ou inferiores (mãos / pés), com dor frequente (8%) e doenças respiratórias, nomeadamente Sinusite / Rinite crónica (5,5%).

Neste caso e à exceção das doenças hipertensão (diagnóstico médico) e obesidade (opinião própria), todas as doenças são coincidentes o que poderá ser devido aos profissionais serem da área da saúde e detentores de maiores conhecimentos, no diagnóstico de doenças. A hipertensão é mais difícil de ser percecionada pelos profissionais por ser uma doença silenciosa, enquanto a obesidade apesar de muitas vezes, não ser diagnosticada pelo médico, é sentida pelo individuo.

Os resultados das entrevistas dão mais um contributo à compreensão da relação entre a perceção da condição de saúde física e mental e o desgaste provocado pela tarefa. Os profissionais referem o que consideram no trabalho mais desgastante para a sua saúde, sendo em alguns casos, as possíveis causas das doenças mencionadas: "Tenho alergias devido ao ar condicionado!"; "O mau ambiente de trabalho prejudica-me muito!!"; "Psicologicamente não ando bem!"; "Muitas horas em cima das pernas."; "O barulho dos utentes! Chego ao fim do dia e a minha cabeça..."; "As condições de trabalho não são as mais favoráveis...Andamos

sempre, com muitos pesos!"; "Os balcões de atendimento não são muito bons. As pessoas estão muito em cima de nós!"; Não temos uma secretária com espaço! Não temos espaço!"; "Atender o telefone, dá cabo da nossa cabeça!"; "Não temos ar condicionado. Apanhamos muito calor! É uma sauna!".

Os profissionais referiram não ter limitações ou doenças para o seu trabalho atual (55%), enquanto 22% referem que são capazes de realizar o seu trabalho, apesar de lhes causar alguns sintomas e 15% refere que algumas vezes tem de abrandar o ritmo de trabalho ou alterar o modo de trabalhar. Relativamente à capacidade para realizar o seu trabalho habitual, daqui a dois, 73% dos profissionais responderam que quase de certeza seriam capazes de realizar a sua atividade de trabalho, 20% responderam talvez e 7% consideram improvável ter capacidade para realizar o seu trabalho habitual, daqui a dois anos.

A perceção dos profissionais relativamente aos *recursos psicológicos*, nomeadamente se nos últimos tempos têm conseguido apreciar as atividades habituais do dia-a-dia, 42% refere *frequentemente*, 16% *algumas vezes* e apenas 2% refere *raramente ou nunca*. Referem ainda, que se sentem *sempre ativos* (44%) e *frequentemente ativos*, *nos últimos tempos* (41%).

Quanto à sua confiança em relação ao futuro e ao otimismo que isso lhe inspira, 41% considera que apenas algumas vezes se sentem otimistas, 27% responderam frequentemente e 14% raramente. De acordo com alguns resultados obtidos nas entrevistas os profissionais estão preocupados com o futuro da sua família, principalmente com os seus filhos, de acordo com os seguintes trechos da entrevista: "O futuro preocupa-me! Podemos ficar paralisados...Háde ser o que Deus quiser! Preocupo-me com o futuro dos meus filhos!"; "Quem passou pelo que passei já nada o preocupa!! . Já não espero muito da vida, acredita?!! (refere-se à morte do seu filho); "O futuro do meu filho! Ontem, fez 16 anos. O facto de ser orientado, ser feliz, ser organizado! Isso preocupa-me..." "O futuro de não saber o que nos reserva! O futuro dos meus filhos! Sempre me preocupou!"; "Tenho os meus filhos e os meus netos, como será o dia deles?".

Discussão dos resultados do COPSOQ

3 - Classificação das subescalas do COPSOQ

Os resultados do COPSOQ mostraram que para as subescalas em que o valor mais alto corresponde ao pior resultado, as subescalas com valores críticos ou seja, situação de risco para a saúde, foram os *Comportamentos Ofensivos* (4,67); *Exigências Quantitativas* (3,80); *Sintomas Depressivos* (3,67); *Problemas em Dormir* (3,51) e *Stress* (3,31).

Os *Comportamentos Ofensivos foi* a subescala que apresentou valores mais críticos, com diferenças estatisticamente significativas. Esta subescala está relacionada com a perceção dos trabalhadores sobre os insultos ou provocações verbais de que são alvo, exposição a assédio sexual e a ameaças de violência.

Esta realidade é mencionada pelos entrevistados, tendo sido vítimas de ameaças de violência e de assédio moral, por parte de colegas de trabalho e de utentes, conforme os trechos do discurso: "Fui vítima de uma colega... Fez-me muito mal! Uma colega que incentivava as outras colegas! Quase me bateu... Um dia chegou-me a mão à cara!"; "Existem utentes que me tratam muito mal... É sempre a mesma que me oferece porrada! Não gosta de mim. Que se soubesse escrever, escrevia no livro amarelo, para eu fosse despedida! Diz-me: "tens de olhar para mim, se não levas uma bofetada no focinho". Agora já passou a ser um hábito! No outro dia foi um rapaz novo, chamou-me muitos nomes! Mas pronto, faz parte...".

Também, a subescala *Exigências Quantitativas* apresenta valores críticos e pode ser definida como a relação entre carga de trabalho e do tempo disponível para o fazer. Se o tempo for insuficiente, considera-se que as exigências são elevadas.

Na análise das entrevista, as subcategorias que mais se destacaram foram a *Carga de Trabalho* e o *Ritmo de Trabalho*. Relativamente à *Carga de Trabalho*, os profissionais referiram que trabalham muitas horas, que em muitas situações trabalham para além do seu horário porque necessitam de terminar as tarefas e que o horário não é suficiente para as tarefas a desempenhar, de acordo com os seguintes trechos: "As 35 horas não chegam.... Vai ficar muita coisa para trás!"; "O atendimento ao público absorve o tempo todo e só temos uns bocadinhos. Eu não giro mal o tempo."; "Às vezes faço mais 1 ou 2 horas porque gosto de ter as coisas feitas!"; "O horário que temos não chega!".

Quanto ao Ritmo de Trabalho mencionam que têm um elevado ritmo de trabalho, tendo que fazer várias tarefas ao mesmo tempo; sentem muitas pressões tornando-se descontroladas e causando-lhe stress. Consideram ainda, que existem muitas interrupções nas tarefas que estão a desempenhar e referem existir uma maior carga de trabalho na altura das férias, por falta de pessoal, podendo ser percebido nos seguintes discursos: "Às vezes temos que interromper o que estávamos a fazer!"; "Claro que tenho que fazer várias tarefas ao mesmo tempo! Muitas vezes! Não é fácil!"; "É uma diversidade imensa! Muitas chamadas! A gente dispersa-se imenso."; "Às vezes trabalhamos mais horas em agosto por causa do período de férias!".

A saúde mental, (subescala *Sintomas Depressivos*), é um dos aspetos mais importantes da saúde de uma pessoa e para a maioria das pessoas, é em si um pilar central da qualidade de vida. Além disso, uma saúde mental deficiente pode ser a fonte de consequências negativas e conduzir a doença física. Os trabalhadores deverão estar alerta para os sintomas depressivos, como forma de prevenção de problemas de saúde mental.

A Perturbação mental ligeira (por exemplo depressão ligeira, nervosismo), ansiedade problemas de sono) são fatores de risco a que estes profissionais estão expostos, sendo doenças mencionadas como resultado de *diagnóstico médico* e da *sua opinião*.

Também a subescala *Problemas em dormir* apresenta valores críticos e compreende questões relacionadas com a perceção do trabalhador sobre a dificuldade que sente para adormecer, ou se o seu sono é frequentemente interrompido e consequentemente não consegue voltar a adormecer.

A subescala *stress*, que diz respeito a um conjunto de comportamentos que estão frequentemente relacionados com o *stress*. Os ambientes de trabalho que apresentam risco para o *stress* caracterizam-se por apresentarem horários de trabalho irregulares, exposição a violência, ameaças e abusos. Estas condições laborais têm sido consideradas tanto como causa direta de doenças psiquiátricas, como componentes de um complexo causal que requer níveis emocionais elevados (Kristensen et. al., 2004, cit. por Galego, 2009).

Os profissionais percecionam estes fatores de risco, que se encontra patente pelos trechos das entrevistas da seguinte forma: "Psicologicamente não ando bem! Mas, estou para me reformar, já meti os papéis!"; Às vezes, temos que tomar umas coisitas!"; "Sim, tenho que

tomar umas coisas..."; "Tomo antidepressivos porque depois desta situação toda... (silêncio). Deixei-me bater no fundo!"; "Estas guerras fazem-me mal!

Os profissionais referem ainda, que procuram esconder dos colegas estas situações que os afetam: "Escondo...Às vezes é difícil, esconder!"; "Se estou triste, os meus olhos denunciam-me!"; "Porque se a gente não fala com ninguém tem muitas coisas cá dentro!".

Mais uma vez, reforça-se que a exposição dos profissionais a estes fatores de risco, pode estar relacionadas com algumas doenças ou lesões já referenciadas, tais como: perturbação mental ligeira (por exemplo, depressão ligeira, nervosismo); ansiedade (problemas de sono); doenças músculo-esqueléticas como dores na zona cervical, lombar, nas articulações, etc..

Nas subescalas em que o valor mais baixo corresponde ao pior valor, as subescalas que apresentam situações mais favoráveis para os profissionais são: Significado do Trabalho; Saúde em geral; Transparência do papel laboral desempenhado; Possibilidade de desenvolvimento; Exigências cognitivas; Autoeficácia.

Na comparação com os resultados gerais nas subescalas da versão média portuguesa do COPSOQ, podemos verificar que as subescalas que apresentam riscos para a saúde com valores mais elevados em relação aos valores de referência são: *Comportamentos ofensivos*; *Exigências quantitativas*; *Sintomas depressivos*, *Problemas em dormir*, *Stress*; *Burnout*, *Conflito trabalho-família*, *Insegurança*, *Justiça e respeito*, *Confiança horizontal*, *Apoio social de colegas*, *Conflitos laborais*, *Previsibilidade*, *Exigências quantitativas*.

Estudos internacionais realizados com a população dinamarquesa, de vários sectores de atividade, reconhecem que as escalas da *insegurança laboral* e dos *conflitos trabalho/família* apresentam pontuações bastante baixas em relação às outras escalas (Pejtersen, Kristensen, Borg, & Bjorner, 2010). Um estudo realizado em Portugal com 4162 trabalhadores de vários sectores de atividade demonstrou também, valores críticos na subescala das *exigências cognitivas* (Silva et al., 2012).

Nas subescalas em que o valor mais baixo corresponde ao melhor valor, as subescalas com a melhor pontuação (situação favorável para o trabalhador) foram: Significado do trabalho; Saúde em Geral; Transparência do Papel Laboral desempenhado; Possibilidades

de desenvolvimento; Exigências Cognitivas e Autoeficácia. Sendo o item Organização do Trabalho e Conteúdo o que apresenta melhores pontuações.

Tendo por base os valores de referência, verifica-se que houve uma diminuição das condições favoráveis ao trabalhador com relevo para os *Comportamentos ofensivos* e as *Exigências cognitivas*.

Quanto à subescala Significado do trabalho, este fator também, foi referido pelos entrevistados enquanto favorável para a sua saúde, referindo satisfação na profissão e na realização do trabalho/tarefa, nos seguintes discursos: "Ah...gosto! Então, não gosto!" "Gosto muito do que faço!"; "Gosto muito de trabalhar! De ser útil!"; "Gosto de fazer tudo, gosto!"; "Sentir que fui útil à pessoa que estou a atender. Ser útil aquela pessoa!" "Gosto do contacto com os utentes! É gratificante quando conseguimos resolver os problemas das pessoas e depois traz-nos uma grande satisfação profissional e pessoal!"; "Poder ajudar! Atender o público!".

A subescala *Transparência do papel laboral desempenhado* relaciona-se com a definição do trabalho. A clareza do papel desempenhado é uma das dimensões clássicas da psicologia social. Se este não está bem definido, pode vir a constituir um fator de *stress*. As causas da indefinição do papel podem ser a incerteza e a falta de definição das tarefas para executar. O trabalhador necessita de ter definido os seus objetivos e as suas responsabilidades, para poder orientar o seu trabalho para os bons resultados.

Nas entrevistas, este aspeto também foi referido por alguns profissionais, nos seguintes trechos: "Eu sei o que fazer, quais as minhas funções!"; "Há um coordenador a quem nós prestamos ... Como hei-de explicar? Cada um sabe as suas funções e ninguém diz, faz isto ou faz aquilo. Cada um sabe o que tem a fazer!".

Estes resultados estão de acordo com o mesmo estudo nacional (Silva et al., 2012) que mostrou que as subescalas com melhor pontuação foram: a *transparência do papel laboral*, a *comunidade social no trabalho*, a *Autoeficácia* e o *significado do trabalho*.

O COPSOQ em função das características sociodemográficas

Foram estudadas as diferenças entre as 29 subescalas do COPSOQ e a *idade*, *género*, estado civil, habilitações literárias, categoria profissional, local de trabalho e vínculo à instituição. Contudo, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no género pelo que será apenas em função desta, que discutir-se-á separadamente, os resultados.

Os estudos que analisam os fatores de risco psicossociais apontam como preditores destes, aspetos extrínsecos aos indivíduos e intrínsecos ao trabalho tais como stress, *burnout*, tipo de organização, desgaste profissional, doenças, assédio moral, perigos físicos e toxicológicos, características do trabalho e relações interpessoais e de liderança (Widanarko et al, 2015; Forastieri, 2013; Koolhaas et al, 2014; Stoxch § Tissot, 2012; Heponiemi et al, 2014; Vliert e tal, 2013; Lee at al, 2014).

O COPSOQ na sua versão média, versão Portuguesa, apresenta valores estatisticamente significativos que variam entre os grupos etários superiores e inferiores a 38 anos, mas não tem qualquer referência aos restantes grupos etários, o que invalida uma comparação com os dados, deste estudo.

O COPSOQ em função do género

Os resultados da análise das subescalas do COPSOQ em função do género (onde o valor mais alto corresponde ao pior valor) encontraram-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas *Comportamentos Ofensivos* e *Exigências Quantitativas*.

Um estudo nacional com a participação de trabalhadores de vários sectores de atividade, mostrou resultados semelhantes, as mulheres referem ter pior *ritmo de trabalho*, mais *exigências emocionais*, mais *burnout*, mais *stress* e mais *sintomas depressivos* (Silva, 2012).

No entanto, apresentam melhores valores ou seja, situação favorável para a saúde nas subescalas Recompensas/reconhecimento; Qualidade da Liderança e Compromisso face ao Local de Trabalho, comparativamente aos profissionais do género masculino que apresentam valores mais baixos correspondendo a uma situação intermédia de saúde.

Os resultados da análise das subescalas do COPSOQ em função do género (onde o valor mais alto corresponde ao pior valor) encontraram-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas *Comportamentos Ofensivos* e *Exigências Quantitativas*.

Relação entre a capacidade para o trabalho e os fatores de risco psicossociais

O teste de correlação entre as escalas mostra que existe uma correlação significativa entre 11 subescalas do COPSOQ e o ICT nomeadamente nas *Exigências Quantitativas* (EQt), *Exigências Emocionais* (EE), *Conflitos de Papeis Laborais* (CL), *Comunidade Social no Trabalho* (CST), *Autoeficácia* (Auto), *Satisfação Laboral* (Sat), *Conflito Trabalho/família* (CTF), *Problemas em Dormir* (Dormir), *Burnout*, Stress e os *Sintomas depressivos*.

Um estudo de Galego (2009) refere que a exposição a fatores de *stress* está fortemente associada aos sintomas depressivos e *burnout*. Estes resultados estão de acordo com um outro estudo estrangeiro que mostrou a existência de correlações entre capacidade para o trabalho (ICT) e as subescalas da *saúde geral*, *burnout* e o *stress* (Nübling et al., 2006).

Contudo, são todas correlações fracas pelo que não merecem relevância (Bryman & Cramer, 1992).

No entanto e apesar da fraca correlação, mencionam-se as subescalas *Comunidade Social no Trabalho, Autoeficácia e Conflito Trabalho/família* por não terem sido referidas até ao momento e porque constituem preocupação dos profissionais, revelada através de alguns trechos das entrevistas. Nos conflitos com os colegas foi mencionado: "Com os colegas...é a única coisa que a gente faz faísca!; "Temos ideias diferentes!"; "Às vezes também, me sinto culpada!!!" "Existem muitos conflitos..."; "Há sempre conflitos!"; "Não existe espirito de grupo!" e no conciliar a vida familiar e o trabalho foi: "O tempo é pouco! Já era pouco para os filhos quando eram pequenos..."; "Às vezes, não é fácil!"; "Tem sido um bocado complicado! Trabalho muitas horas e rouba-me tempo à família." Neste caso, podemos constatar que estes fatores de risco também influenciam a capacidade para o trabalho.

CAPITULO 10 - CONCLUSÕES

Este trabalho termina com a apresentação das principais conclusões retiradas de todo o estudo desenvolvido.

O presente estudo centrou-se na relação entre a capacidade para o trabalho dos trabalhadores portugueses, os fatores psicossociais e as características sociodemográficas. Tendo em conta estas temáticas, definiu-se como objetivo principal a compreensão da relação entre a capacidade para o trabalho e a exposição a fatores de risco psicossociais.

Procurou-se atingir o objetivo mencionado, tendo por base a revisão da literatura e respeitando o âmbito deste estudo, foi aplicado um questionário constituído pelos dados sociodemográficos e contruído propositadamente para este estudo, pelo Índice de Capacidade para o Trabalho (versão Portuguesa do Work Ability Index, (Fernandes da Silva et al., 2006) e o CPSOQ versão média, Portuguesa Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Fernandes da Silva et al., 2012). Foi ainda elaborado um guião com 31 questões que serviu de base à realização de uma entrevista semiestruturada.

A avaliação realizou-se numa unidade de saúde de cuidados de saúde primários, que incluía 10 locais diferentes.

Assim, no que concerne aos resultados mais relevantes, salientam-se os seguintes:

A amostra do estudo é constituída por 309 profissionais que exercem funções em unidades de saúde, de cuidados de saúde primários. A maioria da amostra tem mais de 40 anos (71,5%) e o grupo etário que prevalece é o que se encontra na faixa etária entre os 41 e os 50 anos, com forte destaque do sexo feminino, com 89,7%.

A classificação da capacidade para o trabalho foi de 28,04 pontos (DP=3,5), obtendo-se um valor mínimo de 19 e um máximo de 37 pontos, o que revela baixos níveis de capacidade de trabalho. Esta média é inferior à registada em estudos estrangeiros (Karazman et al., 2002; Kumashiro et al., 2011), tal como em estudos portugueses (Silva, et al., 2006).

No início deste estudo, colocou-se a hipótese de que a capacidade para o trabalho era influenciada pelas variáveis sociodemográficas. Para avaliar a capacidade para o trabalho utilizamos o ICT. As variáveis sociodemográficas que compõem a variável dependente desta hipótese foram a idade, género, estado civil, habilitações literárias, categoria profissional e local de trabalho. O resultado da verificação desta hipótese permitiu concluir que apesar da ausência de diferenças estatísticas entre os grupos etários, todos revelaram uma capacidade para o trabalho inferior aos valores normativos por idade. Com efeito, os resultados demonstraram que as médias são muito homogéneas entre as diferentes idades mas revelam também, que nenhum dos grupos etários tem scores que demonstrem capacidade para o trabalho satisfatória, já que as médias se situam entre 26 e 29 pontos, muito abaixo dos valores normativos, o que demonstra uma evidente ausência de capacidade para o trabalho. Também, quanto ao género não existem evidências que comprovem que existem diferenças de capacidades para o trabalho entre os géneros masculino e feminino. No que diz respeito e em relação ao ICT e às restantes variáveis sociodemográficos os dados revelaram a inexistência de diferenças de capacidade para o trabalho. Contudo e apesar de não podermos aceitar a nossa hipótese, importa salientar a baixa capacidade para o trabalho destes profissionais.

Quanto à avaliação da capacidade para o trabalho relativamente às *exigências físicas e mentais* aceitamos a hipótese de que estas têm capacidade explicativa para os resultados do ICT, contribuindo com 14% e 23%, respetivamente.

Foram estudadas as diferenças entre as 29 subescalas do COPSOQ e a *idade*, *género*, *estado civil*, *habilitações literárias*, *categoria profissional* e *local de trabalho*. Porém, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no género.

Os resultados que a partir dessa medida são constatados permitem concluir que os fatores de risco psicossociais nomeadamente *Comportamentos Ofensivos*; *Exigências Quantitativas*; *Sintomas Depressivos*; *Problemas em Dormir* e *Stress* constituem fonte de risco para os profissionais de saúde.

Os Comportamentos Ofensivos foram a subescala que apresentou valores mais críticos, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas. Esta subescala está relacionada com

a perceção dos trabalhadores sobre os insultos ou provocações verbais de que são alvo, ou se foram expostos a assédio sexual e a ameaças de violência. Esta realidade é demonstrada através das entrevistas, em que os profissionais referem que foram vítimas de ameaças de violência e de assédio moral por parte de colegas e utentes.

Também, a subescala *Exigências Quantitativas* apresentaram valores críticos e podem ser definidas como a relação entre carga de trabalho e do tempo disponível para o fazer. Se o tempo for insuficiente, considera-se que as exigências são elevadas. Nesta situação, os entrevistados destacaram condições onde a *Carga de Trabalho* e *Ritmo de Trabalho* afeta a sua saúde, vindo de encontro a estes resultados.

Contudo é nas subescalas Significado do Trabalho; Saúde em geral; Transparência do papel laboral desempenhado; Possibilidade de desenvolvimento, Exigências cognitivas; Autoeficácia, que o profissional encontra uma situação favorável à sua saúde.

Na comparação dos resultados obtidos com os valores de referência quanto à situação favorável para o profissional pode-se verificar que houve diminuição de valores na maioria das subescalas, com exceção de Saúde em geral; Significado do trabalho; Liderança/qualidade das chefias, Exigências emocionais e Exigências cognitivas.

Na correlação entre as escalas mostra que existe uma correlação significativa o COPSOQ e o ICT particularmente nas *Exigências Quantitativas*, *Exigências Emocionais*, *Conflitos de Papeis Laborais*, *Comunidade Social no Trabalho*, *Autoeficácia*, *Satisfação Laboral*, *Conflito Trabalho/família*, *Problemas em Dormir*, *Burnout*, Stress e *Sintomas depressivos*. Porém, todas as correlações são fracas pelo que não merecem relevância (Bryman § Cramer, 1992).

Este trabalho contribuiu principalmente para a avaliação da capacidade de trabalho e a exposição a fatores de risco psicossociais dos profissionais na área da saúde, com o objetivo de promover a sua saúde, segurança e bem-estar.

Pretendeu-se dar consistência a um tema que deve servir de alerta para os decisores que sempre, que se defrontem com números e resultados finais, observem os números relacionados com taxa de absentismo, casos de *burnout*, esgotamentos e que nestes casos,

entendam que quando os números aumentam, diminui o bem-estar, a satisfação e motivação dos profissionais e por sua vez a produtividade e a qualidade dos serviços de saúde.

Neste contexto e constatando que existem situações de risco para a saúde destes profissionais, não devem os decisores destas unidades ficar indiferentes a esta problemática. A necessidade de apoio clínico e de promoção da saúde em contexto organizacional para a prevenção de risco ocupacional é imperioso.

É pertinente a avaliação e gestão dos riscos psicossociais e a tomada de medidas que possibilitem uma combinação positiva entre as características psicossociais e os recursos individuais, de modo a promover condições de trabalho saudáveis; estimular a clareza e transparência organizativa; garantir respeito e tratamento justo bem como, incentivar a promoção da conciliação vida profissional/familiar de modo a minimizar riscos psicossociais e situações de vulnerabilidade nos profissionais de saúde.

1. Limitações do estudo

De seguida são mencionadas algumas das limitações do estudo:

Não foi possível avaliar a representatividade da amostra na população dos trabalhadores portugueses, pelo que a inferência dos resultados deve ser feita com alguma precaução. A amostra é grande, mas não é aleatória.

Tornou-se difícil a participação dos indivíduos em colaborarem no estudo, por estarem a decorrer muitas investigações em simultâneo e mostrarem por isso saturação no preenchimento de questionários.

Os questionários deveriam ter sido acompanhados, para que pudessem ser esclarecidas dúvidas na sua interpretação.

2. Proposta de Investigações Futuras

Finalizado este trabalho, será apresentado um conjunto de propostas no domínio da investigação, no sentido de se compreender melhor as relações entre os diversos fatores que influenciam a situação deste estudo:

Aplicar para além, do ICT e o COPSOQ outras técnicas para o conhecimento da relação entre a capacidade para o trabalho e os fatores de risco psicossociais, presentes no contexto de trabalho.

Desenvolver este tipo de investigações, que estudem os efeitos da evolução da idade, a sua relação com a capacidade para o trabalho e os fatores de risco psicossociais, garantindo uma base de comparação a futuros estudos, nesta área.

Realizar estudos longitudinais que avaliem a evolução da relação entre a idade e a capacidade para o trabalho, assim como a influência de outras variáveis nesta relação.

Divulgação do estudo à comunidade científica e profissional através de artigos científicos, comunicações em congressos nacionais e internacionais.

Evidenciar os essenciais contributos do estudo e estabelecer futuras linhas de investigação realçando-se a importância de dar continuidade através de outros estudos científicos, como forma de complemento, bem como, melhorar alguns aspetos que a compõem, aplicando o mesmo estudo em outras unidades de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluído este estudo, pretende-se que a sua contribuição realce a necessidade de identificar e analisar algumas questões do ponto de vista das condições de trabalho e do trabalhador, enquanto ator principal no contexto de trabalho. Sendo necessário implementar estratégias que alterem a sua capacidade para o trabalho e os proteja de fatores de risco psicossociais. No decorrer deste estudo, percebeu-se que é fundamental que exista um apoio efetivo e de intervenção junto ao profissional para que sejam coordenadas medidas de dinamização na prevenção da doença e promoção da saúde.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ACT. (2012). Campanha europeia de avaliação dos riscos psicossociais. Autoridade para as Condiçoes do Trabalho.

Andrade, C., & Monteiro, M. (2007). Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. *Rev Esc Enferm USP*, 25, 237-244

Airila, A., Hakanen, J. J., Luukkonen, R., Lusa, S., & Punakallio, A. (2013). Positive and Negative Mood Trajectories and Their Relationship With Work Ability, Self-Rated Health, and Life Satisfaction. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55(7), 779–785. http://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3182988925

Airila, A., Hakanen, J., & Punakallio, A. (2012). Is work engagement related to work ability beyond working conditions and lifestyle factors?, 915–925. http://doi.org/10.1007/s00420-012-0732-1

Alavinia, S. M., Van Den Berg, T. I. J., Van Duivenbooden, C., Elders, L. a M., & Burdorf, A. (2009). Impact of work-related factors, lifestyle, and work ability on sickness absence among Dutch construction workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, *35*(5), 325–333. http://doi.org/10.5271/sjweh.1340

Amorim, J. S. C. De, Salla, S., & Trelha, C. S. (2014). Factors associated with work ability in the elderly: systematic review. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *17*(4), 830–841. http://doi.org/10.1590/1809-4503201400040003

Austen, S., Jefferson, T., Lewin, G., Ong, R., & Sharp, R. (2015). Work ability, age and intention to leave aged care work. *Australasian Journal on Ageing*, n/a–n/a. http://doi.org/10.1111/ajag.12187

Bandeira, M. L., Azevedo, A. B., Gomes, C. S., Tomé, L. P., Mendes, M. F., & Baptista, M. I. (2014). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa (1950-2011): evolução e perspectivas*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Barene, S., Krustrup, P., & Holtermann, A. (2014). Effects of the Workplace Health

Promotion Activities Soccer and Zumba on Muscle Pain, Work Ability and Perceived Physical Exertion among Female Hospital Employees, 1–14. http://doi.org/10.1371/journal.pone.0115059

Berg, T., Elders, L., Zwart, B., & Burdorf, A. (2009). The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 66, 211-220.

Bethge, M., Radoschewski, F. M., & Mu, W. (2009). Work stress and work ability: cross-sectional findings from the German sociomedical panel of employees, *31*(20), 1692–1699. http://doi.org/10.1080/09638280902751949

Bordone, V., Scherbov, S., & Steiber, N. (2015). Smarter every day: The deceleration of population ageing in terms of cognition. *Intelligence*, *52*, 90–96. http://doi.org/10.1016/j.intell.2015.07.005

Boudiny, K. (2012). "Active ageing": from empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing and Society*, 1–22. http://doi.org/10.1017/S0144686X1200030X

Bridger, R. S., & Bennett, A. I. (2011). Age and BMI interact to determine work ability in seafarers, (March), 157–162. http://doi.org/10.1093/occmed/kqr003

Cabral, F., Neves, A., Garrido, A., Silveira, A., Cunha, G., & Baptista, J. (2007). Manual de formação - Qualificação de Técnicos Superiores de Segurança e Higiene do Trabalho, 511.

Camerino, D., Conway, P. M., Van der Heijden, B. I. J. M., Estryn-Behar, M., Consonni, D., Gould, D., & Hasselhorn, H.-M. (2006). Low-perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 542–552. http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04046.x

Camerino, D., Conway, P. M., van der Heijden, B. I. J. M., van der Schoot, E., Pokorski, J., Estryn-Behar, M., & Hasselhorn, H. M. (2005). The role of job alienation in work ability deterioration and unhealthy ageing. *International Congress Series*, 1280, 61–

66. http://doi.org/10.1016/j.ics.2005.02.002

Carmo, R. M., & Santos, S. (2014). Social Capital and Socio-demographic Changes: From Non-differentiation to Multifocalisation. *Sociologia Ruralis*, *54*(2), 186–205. http://doi.org/10.1111/soru.12027

Carroll, T. L., & Lauzier, M. (2014). Workplace Bullying and Job Satisfaction: The Buffering Effect of Social Support, *2*(2), 81–89.

Chatterji, S. (2013). World Health Organisation's (WHO) Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE). *BMC Proceedings*, 7(Suppl 4), S1. http://doi.org/10.1186/1753-6561-7-S4-S1

Chirilă, T., & Constantin, T. (2013). Understanding Workplace Bullying Phenomenon through its Concepts: A Literature Review. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84(1998), 1175–1179. http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.722

Cho, I. H., Park, K. S., & Lim, C. J. (2010). An empirical comparative study on biological age estimation algorithms with an application of Work Ability Index (WAI). *Mechanisms of Ageing and Development*, 131(2), 69–78. http://doi.org/10.1016/j.mad.2009.12.001

Chung J. Park, J. Cho, M. Park, Y. Kim, D. Yang, D. Yang, Y. (2015). A study on the relationships between age, work, experience, cognition and work ability in older employees working in heavy industry. *The Society of Physical Therapy Science*, (27), 155–157.

Costa, A. F., Puga-Leal, R., & Nunes, I. L. (2011). An exploratory study of the Work Ability Index (WAI) and its components in a group of computer workers. *Work* (*Reading, Mass.*), 39(4), 357–67. http://doi.org/10.3233/WOR-2011-1186

Costa, L., & Santos, M. (2013). Factores Psicossociais de Risco no Trabalho: Lições Aprendidas e Novos Caminhos. *International Journal on Working Conditions*, 5, 39–58.

Costa, G., & Sartori, S. (2007). Ageing, working hours and work

ability.Ergonomics, 50(11), 1914 - 1930.

Cotrim, T., Simões, A., Ramalho, F., & Paes Duarte, A. (2005). Why healthcare workers ask for early retirement at a central Portuguese hospital: Work ability preliminary results. International Congress Series, 1280, 258–263. http://doi.org/10.1016/j.ics.2005.01.025

Cotrim T. (2008). Idade e Capacidade de Trabalho em Enfermeiros Relação entre a exposição a factores de carga física e capacidade de trabalho em função da idade. Dissertação apresentada a defesa pública com vista à obtenção do grau de Doutor no Ramo de Motricidade Humana, Especialidade em Ergonomia.

Drain, J., Billing, D., Neesham-Smith, D., & Aisbett, B. (2016). Predicting physiological capacity of human load carriage - A review. *Applied Ergonomics*, 52, 85–94. http://doi.org/10.1016/j.apergo.2015.07.003

Estryn-Behar, M., Kreutz, G., Le Nezet, O., Mouchot, L., Camerino, D., Salles, R. K., ... Hasselhorn, H. M. (2005). Promotion of work ability among French health care workers-value of the work ability index. *International Congress Series*, *1280*, 73–78. http://doi.org/10.1016/j.ics.2005.02.058

EU-OSHA, & Eurofound. (2007). Riscos psicossociais na Europa: Prevalência e estratégias de prevenção Resumo executivo. http://doi.org/10.2802/31347

Eurofound and European Agency for Safety and Health at Work. (2014). Psychosocial risks in Europe - Prevalence and strategies for prevention. http://doi.org/10.2806/70971

Eurostat. (2015). Estatísticas Demográficas Regionais.

Fassi, M. El, Bocquet, V., Majery, N., Lair, M. L., Couffignal, S., & Mairiaux, P. (2013). Work ability assessment in a worker population: comparison and determinants of Work Ability Index and Work Ability score, 1–10.

Fernandes da Silva, C. (2012). Estudo da UA garante que portugueses têm boa capacidade de trabalho. Retrieved 10/8/2012, from

http://uaonline.ua.pt/detail.asp?c=24218

Fernandes da Silva, C. (2012). Copenhagen Psychosocial Questionnaire, COPSOQ. Portugal e países africanos de língua oficial portuguesa.

Fernandes da Silva, C., Amaral, V., Pereira, A., Bem-haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., et al. (2012). Copenhagen Psychosocial Questionnaire, COPSOQ. Portugal e países africanos de língua oficial portuguesa.

Fischer, F. M., Bellusci, S. M., Teixeira, L. R., Borges, F. N., Ferreira, R. M., Goncalves, M. B., ... Christoffolete, M. a. (2002). Unveiling factors that contribute to functional aging among health care shiftworkers in Sao Paulo, Brazil. *Exp Aging Res*, 28(1), 73–86. http://doi.org/10.1080/036107302753365568

Flynn, J. (2013). Porque é que os nossos níveis de QI são mais altos do que os dos nossos avós? USA: TED.

Forastieri, V. (2013). Psychosocial risks and work-related stress. *Medicina Y Seguridad Del Trabajo*, 59(232), 297–301. http://doi.org/10.4321/S0465-546X2013000300001

Francisco, C. (2011). Capacidade de Trabalho em Enfermeiros e o Risco na Movimentação Manual de Doentes. Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa.

Geissler, H., Tempel, J., & Geissler-gruber, B. (2005). Can the Work Ability Index also be used by non-medical professionals? A comparative study, *1280*, 281–285. http://doi.org/10.1016/j.ics.2005.02.050

Goedhard, R., Goedhard, E., & Goedhard, W. (2011). Aspects of stress, shift work and work ability in relation to age Tampere University Press: Proceedings of the 4th Symposium on Work Ability.

Goedhard, R., & Goedhard, T. (2005). Work ability and perceived work stress.International Congress Series, 1280, 79–83.

Grimby-ekman, A., Hagberg, M., & Dellve, L. (2010). symptoms, and health – a prospective study of women on long-term sick leave, 36(5), 404-412.

Hagberg, M., Violante, F. S., Bonfiglioli, R., Descatha, A., Gold, J., Evanoff, B., & Sluiter, J. K. (2012). Prevention of musculoskeletal disorders in workers: classification and health surveillance – statements of the Scientific Committee on Musculoskeletal Disorders of the International Commission on Occupational Health. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *13*(1), 109. http://doi.org/10.1186/1471-2474-13-109

Hasselhorn, H. M., Müller, B. H., Freude, G., Tempel, J., & Kaluza, S. (2005). The Work Ability Index (WAI)-establishment of a German WAI-network. *International Congress Series*, 1280, 292–295. http://doi.org/10.1016/j.ics.2005.02.077

Hasselhorn, H.-M., Müller, B. H., Freude, G., Tempel, J., & Kaluza, S. (2005). The Work Ability Index (WAI)—establishment of a German WAI-network. *International Congress Series*, 1280, 292–295. http://doi.org/10.1016/j.ics.2005.02.077

Hecht, T. D., & Allen, N. J. (2009). A longitudinal examination of the work – nonwork boundary strength construct. *Journal of Organizational Behavior*, *30*(July 2012), 839–862. http://doi.org/10.1002/job

Heidemeier, H., & Staudinger, U. M. (2014). Age differences in achievement goals and motivational characteristics of work in an ageing workforce. *Ageing and Society*, (October 2015), 1–28. http://doi.org/10.1017/S0144686X13001098

Heponiemi, T., Kouvonen, A., Virtanen, M., Vänskä, J., & Elovainio, M. (2014). The prospective effects of workplace violence on physicians 'job satisfaction and turnover intentions: the buffering effect of job control.

Holland, B. J. Van, Soer, R., & Brouwer, S. (2015). Workers 'Health Surveillance in the Meat Processing Industry: Work and Health Indicators Associated with Work Ability. http://doi.org/10.1007/s10926-015-9569-2

Ilmarinen, J., & Costa, G. (2000). [Aging of the working population in the European Union]. *La Medicina Del Lavoro*, *91*(4), 279–95.

ILO/WHO. (1986). Psychosocial Factors At Work: Recognition and Control. Occupational Safety And Health Series.

Inga, A., & Ennals, R. (2005). An action research approach to work ability, health and well-being of ageing workers, *1280*, 365–370. http://doi.org/10.1016/j.ics.2005.02.097

Johnson, R. W., Mermin, G. B. T., & Resseger, M. (2011). Job Demands and Work Ability at Older Ages. *Journal of Aging & Social Policy*, 23(2), 101–118. http://doi.org/10.1080/08959420.2011.551465

Kristensen, T., Hannerz, H., Hogh, A., & Vilhelm, B. (2005). The Copenhegen Psychosocial Questionnaire- a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work. *Scand J Work Environ Health*, *38*, 438-449.

Kaewboonchoo, O., Saleekul, S., & Usathaporn, S. (2011). Factors related to work ability among Thai workers. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 42(1), 225.

Kaleta, D., & Jegier, A. (2006). Lifestyle index and work ability, *19*(3), 170–177. http://doi.org/10.2478/v10001-006-0021-x

Karazman, R., Kloimuller, I., Geissler, H., & Karazman-Morawetz, I. (2000). Effects of ergonomic and health training on work interest, work ability and health in elderly public urban transport drivers. International Journal of Industrial Ergonomics, 25(5), 503-511.

Karazman, R., Kloimuller, I., & Karazman-Morawetz, I. (2002). From Work Ability Index to Human Work Index. In J. Ilmarinen & S. Lehtinen (Eds.), Proceedings of the 1st International Symposium on Work Ability - Past, Present and Future of Work Ability (Vol. 65, pp. 158-167).

Koolhaas, W., Klink, J. J. L. Van Der, & Brouwer, S. (2014). Chronic health conditions and work ability in the ageing workforce: the impact of work conditions, psychosocial factors and perceived health, 433–443. http://doi.org/10.1007/s00420-013-

Kumashiro, M., Kadoya, M., Kubota, M., Yamashita, T., Higuchi, Y., & Izumi, H. (2011). The Relationship between Work Ability Index, Exercise Habits, and Occupational Stress – Employees with Good Exercise, Habits Have Greater Work Ability. *Tampere University Press*, 68-80.

Lee, H., Kim, H., & Park, J. S. (2014). Work-related Risk Factors for Workplace Violence among Korean Employees, *56*, 12–20.

Leiss, J. K. (2010). Management practices and risk of occupational blood exposure in U.S. paramedics: Needlesticks. *American Journal of Industrial Medicine*, *53*(9), 866–874. http://doi.org/10.1002/ajim.20842

Leskinen, E. A., Cortina, L. M., & Kabat, D. B. (2011). Gender harassment: Broadening our understanding of sex-based harassment at work. *Law and Human Behavior*, *35*(1), 25–39. http://doi.org/10.1007/s10979-010-9241-5

Mackey, M., Maher, C. G., Wong, T., & Collins, K. (2007). Study protocol: the effects of work-site exercise on the physical fitness and work-ability of older workers, *5*, 1–6. http://doi.org/10.1186/1471-2474-8-9

Martinez, M. C., Latorre, M. R. D. O., & Fischer, F. M. (2010). Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, *15*(Supl. 1), 1553–1561. http://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700067

Martinez, M. C., Paraguay, A. I. B. B., & Latorre, M. D. R. D. O. (2004). Relationship between psychosocial job satisfaction and health in white collar workers. *Revista de Saude Publica*, *38*(1), 55–61.

Martus, P., Jakob, O., Rose, U., Seibt, R., & Freude, G. (2010). A comparative analysis of the Work Ability Index, (June), 517–524. http://doi.org/10.1093/occmed/kqq093

Mazloumi, A., Rostamabadi, A., Nasl Saraji, G., & Rahimi Foroushani, A. (2012a). Work ability index (WAI) and its association with psychosocial factors in one of the

petrochemical industries in Iran. *Journal of Occupational Health*, *54*(2), 112–118. http://doi.org/10.1539/joh.11-0150-OA

Mazloumi, A., Rostamabadi, A., Nasl Saraji, G., & Rahimi Foroushani, A. (2012b). Work ability index (WAI) and its association with psychosocial factors in one of the petrochemical industries in Iran. *Journal of Occupational Health*, *54*(2), 112–8. http://doi.org/10.1539/joh.11-0150-OA

Ministério de trabajo y Asuntos Sociales, & Instituto Nacional de Seguridad e higiene en el Trabajo. (2001). NTP 603: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-controlapoyo social.

Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social. Portaria n.º 67/2016 de 1 de abril (2016). Portugal.

Moreira, P. S. V., Silvino, Z. R., & Cortez, E. A. (2013). Work Capacity Index applied to nursing: a descriptive study. *Online Braz J Nurs*, (12 Suppl), 671–73. http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Nachiappan, N., & Harrison, J. (2005). Work ability among health care workers in the United Kingdom: A pilot, *1280*, 286–291. http://doi.org/10.1016/j.ics.2005.02.082

Nienhaus, A., Kromark, K., Raulf-Heimsoth, M., van Kampen, V., & Merget, R. (2008). Outcome of occupational latex allergy--work ability and quality of life. *PloS One*, *3*(10), e3459. http://doi.org/10.1371/journal.pone.0003459

Nilsson, R., Björdal, C., Andersson, M., Björdal, J., Nyberg, A., Welin, B., & Willman, A. (2005). Health risks and occupational exposure to volatile anaesthetics--a review with a systematic approach. *Journal of Clinical Nursing*, *14*(2), 173–86. http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01032.x

Nogueira, P., Afonso, D., Alves, M. I., Vicêncio, P. O., Silva, J. da, Rosa, M. V., & Costa, A. S. (2014). A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade. DGS - Portugal Idade Maior em números (Direção Ge).

Nuebling, M., & Hasselhorn, H. M. (2010). The Copenhagen Psychosocial

Questionnaire in Germany: From the validation of the instrument to the formation of a job-specific database of psychosocial factors at work. *Scandinavian Journal of Public Health*, *38*(3 Suppl), 120–124. http://doi.org/10.1177/1403494809353652

Nuebling, M., Seidler, A., Garthus-Niegel, S., Latza, U., Wagner, M., Hegewald, J., ... Letzel, S. (2013). The Gutenberg Health Study: measuring psychosocial factors at work and predicting health and work-related outcomes with the ERI and the COPSOQ questionnaire. *BMC Public Health*, *13*(1), 538. http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-538

Padula, R. S., Silva Valente, L. do S., Moraes, M. V., Chiavegato, L. D., & Cabral, C. M. N. (2012). Gender and age do not influence the ability to work. *Work (Reading, Mass.)*, 41 Suppl 1, 4330–2. http://doi.org/10.3233/WOR-2012-0727-4330

Pejtersen, J. H., Tage Søndergaard, K., Borg, V., & Bjorner, J. B. (2012). The second version of the Copenhagen psychosocial Questionnaire (COPSOQ II). *3rd International COPSOQ Workshop*, *38*(SUPPL. 3), 100. http://doi.org/10.1177/1403494809349858

Pereira, S. (2006). Contributo para o estudo do envelhecimento no trabalho: avaliação da capacidade de trabalho no sector Têxtil-Confecção. Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.

Peterson, P. G. (1999). Gray Dawn: The Global Aging Crisis. Foreign Affairs, 78(1), 42.

Radkiewicz, P., & Widerszal-bazyl, M. (2005). Psychometric properties of Work Ability Index in the light of comparative survey study, *1280*, 304–309. http://doi.org/10.1016/j.ics.2005.02.089

Renosto, A., Biz, P., Hennington, É. A., & Pattussi, M. P. (2009). Confiabilidade teste-reteste do Índice de Capacidade para o Trabalho em trabalhadores metalúrgicos do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 12(2), 217–225. http://doi.org/10.1590/S1415-790X2009000200011

Rongen, A., Robroek, S. J. W., Schaufeli, W., & Burdorf, A. (2014). The Contribution of Work Engagement to Self-Perceived Health, Work Ability, and Sickness

Absence Beyond Health, 56(8), 892–897. http://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000196

Rosário, S. (2013). Validação e Adaptação Linguística e Cultural Da Versão Longa do Questionário Copenhagen Psychosocial Questionnaire II. Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto.

Rosário, S., Fonseca, J., & Costa, J. T. (2012). Cultural and Linguistic Adaptation and Validation of the long version of Copenhagen Psychosocial Questionnaire II (COPSOQ II) in Portuguese, (Copsoq Ii).

Rostamabadi, A., Mazloumi, A., & Foroushani, A. R. (2014). Work Ability Index (WAI) and Its Health-related Determinants among Iranian Farmers Working in Small Farm Enterprises. *Journal of Occupational Health*, *56*(6), 478–484.

Rugulies, R., Aust, B., & Pejtersen, J. A. N. H. (2010). Do psychosocial work environment factors measured with scales from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire predict register-based sickness absence of 3 weeks or more in Denmark?, (July 2009), 42–50. http://doi.org/10.1177/1403494809346873

Rusu, D., & Bulicrea, R. (2011). OCCUPATIONAL EXPOSURE TO BIOLOGICAL PRODUCTS OF HEALTH PERSONNEL IN AN EMERGENCY COUNTY HOSPITAL, *II*(4), 187–190.

Safari, S., Akbari, J., Kazemi, M., Mououdi, M. A., & Mahaki, B. (2013). Personnel 's Health Surveillance at Work: Effect of Age, Body Mass Index, and Shift Work on Mental Workload and Work Ability Index, *2013*.

Salin, D. (2015). Personality and Social Psychology Risk factors of workplace bullying for men and women: The role of the psychosocial and physical work environment, 69–77. http://doi.org/10.1111/sjop.12169

Salyers, M. P., Hood, B. J., Schwartz, K., Alexander, A. O., & Aalsma, M. C. (2015). The Experience, Impact, and Management of Professional Burnout Among

Probation Officers in Juvenile Justice Settings. *Journal of Offender Rehabilitation*, *54*(3), 175–193. http://doi.org/10.1080/10509674.2015.1009967

Savinainen, M., Nygård, C.-H., & Arola, H. (2004). Physical capacity and work ability among middle-aged women in physically demanding work – a 10-year follow-up study. *Advances in Physiotherapy*, 6(3), 110–121. http://doi.org/10.1080/14038190310017309

Silva, C., Amaral, V., Pereira, A., Bem-Haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., ... Nossa, P. (2012). *Copenhagen Psychosociological Questionnaire COPSOQ: Portugal e países africanos de língua oficial portuguesa* (Universida). Universidade de Aveiro.

Souza, R. F. de, Matias, H. A., & Brêtas, A. C. P. (2010). Reflexões sobre envelhecimento e trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2835–2843. http://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600021

Stock, S. R., & Tissot, F. (2012). Are there health effects of harassment in the workplace? A gender-sensitive study of the relationships between work and neck pain. *Ergonomics*, 55(2), 147–159. http://doi.org/10.1080/00140139.2011.598243

T, G. C. (2005). Some considerations about aging , shift work and work ability, 1280, 67–72. http://doi.org/10.1016/j.ics.2005.02.088

Tolfo, R., & Piccinini, V. (2007). Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. *Psicologia & Sociedade*, *19*(Edição especial 1), 3–46. http://doi.org/10.1590/S0102-71822007000400007

Tomé, V. da R. (2008). Acidente Perfurocortante em Profissionais de Saúde: Metanálise da Literatura Epidemiológica. Instituto Superior Miguel Torga.

van den Berg, T., Elders, L., Zwart, B., & Burdorf, A. (2008). The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 66(4), 211–220. http://doi.org/10.1136/oem.2008.039883

Vasconcelos, E. F., & Guimarães, L. A. M. (2009). Esforço e recompensa no

trabalho de uma amostra de profissionais de enfermagem e ocupacional. *Psicólogo inFormação*, 13(13).

Vasconcelos, S. P., Fischer, F. M., Olavo, A., & Reis, A. (2011). Fatores associados à capacidade para o trabalho e percepção de fadiga em trabalhadores de enfermagem da Amazônia Ocidental Factors associated with work ability, *14*(4), 688–697.

Vedovato, T. G., & Monteiro, I. (2014). Health Conditions and Factors Related to the Work Ability of Teachers, 121–128.

Vliert, E., Einarsen, S., & Nielsen Morten, B. (2013). Are national levels of employee harassment cultural covariations of climato-economic conditions? *Work & Stress*, 27(1), 106–122. http://doi.org/10.1080/02678373.2013.760901

von Bonsdorff, M. E., Rantanen, T., Törmäkangas, T., Kulmala, J., Hinrichs, T., Seitsamo, J., ... von Bonsdorff, M. B. (2016). Midlife work ability and mobility limitation in old age among non-disability and disability retirees - a prospective study. *BMC Public Health*, *16*(1), 154. http://doi.org/10.1186/s12889-016-2846-y

Wagenaar, A., Kompier, M., Houtman, I., Bossche, S., & Taris, T. (2015). Who gets fired, who gets re-hired: the role of workers' contract, age, health, work ability, performance, work satisfaction and employee investments. *International Archives of Occupational & Environmental Health*, 88(3), 321–334. http://doi.org/10.1007/s00420-014-0961-6

Weigl, M., Schneider, A., Hoffmann, F., & Angerer, P. (2015). Work stress, burnout, and perceived quality of care: a cross-sectional study among hospital pediatricians. *European Journal of Pediatrics*, 1237–1246. http://doi.org/10.1007/s00431-015-2529-1

Widanarko, B., Legg, S., Devereux, J., & Stevenson, M. (2015). Interaction between physical and psychosocial work risk factors for low back symptoms and its consequences amongst Indonesian coal mining workers. *Applied Ergonomics*, 46, 158–167. http://doi.org/10.1016/j.apergo.2014.07.016

Yong, M., Nasterlack, M., Pluto, R., Elmerich, K., Karl, D., & Knauth, P. (2010).

Is health, measured by work ability index, affected by 12-hour rotating shift schedules?, 27(5), 1135–1148.

Yusop, Y. M., Dempster, M., & Stevenson, C. (2014). Understanding Inappropriate Behaviour: Harassment, Bullying and Mobbing at Work in Malaysia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *127*(0), 179–183. http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.236

ANEXOS

ANEXO 1

Tabela 33: Riscos psicossociais dos trabalhadores

	Sitt	uação	_		_	
	Fav	orável	Inte	rmédio	Risco p	ara a Saúde
	n	%	n	%	n	%
Exigencias quatitativas (EQt)	14	4,5%	83	26,9%	212	68,6%
Ritmo Trabalho (RT)	115	37,2%	97	31,4%	97	31,4%
Exigencia Cognitivas (EC)	206	66,7%	87	28,2%	16	5,2%
Exigencias Emocionais (EE)	199	64,4%	62	20,1%	48	15,5%
Influência no trabalho (IT)	56	18,1%	167	54,0%	86	27,8%
Possibilidades de desenvolvimento (PD)	206	66,7%	95	30,7%	8	2,6%
Previsibilidade (Prev)	86	27,8%	164	53,1%	59	19,1%
Transparencia do papel laboral (TP)	217	70,2%	83	26,9%	9	2,9%
Recompensas/reconhecimento (Rec)	168	54,4%	109	35,3%	32	10,4%
Conflitos de papeis laborais (CL)	38	12,3%	196	63,4%	75	24,3%
Apoio social de colegas (ASC)	112	36,2%	143	46,3%	54	17,5%
Apoio social de superiores (ASS)	93	30,1%	111	35,9%	105	34,0%
Comunidade social no trabalho (CST)	194	62,8%	99	32,0%	16	5,2%
Qualidade da liderança (QL)	177	57,3%	123	39,8%	9	2,9%
Confiança vertical (CV)	41	13,3%	259	83,8%	9	2,9%
Confiança horizontal (CH)	11	3,6%	195	63,1%	103	33,3%
Justiça e respeito (JR)	124	40,1%	139	45,0%	46	14,9%
Justiça e respeito (Auto)	201	65,0%	95	30,7%	13	4,2%
Significado do trabalho (ST)	259	83,8%	42	13,6%	8	2,6%
Compromisso face ao local de trabalho (CLT)	169	54,7%	134	43,4%	6	1,9%
Satisfação laboral (Sat)	167	54,0%	123	39,8%	19	6,1%
Insegurança laboral (IL)	114	36,9%	69	22,3%	126	40,8%
Saúde geral (SG)	220	71,2%	60	19,4%	29	9,4%
Conflito trabalho/família (CTF)	77	24,9%	110	35,6%	122	39,5%
Problemas em dormir (Dormir)	59	19,1%	93	30,1%	157	50,8%
Burnout	58	18,8%	170	55,0%	81	26,2%
stress	46	14,9%	157	50,8%	106	34,3%
sintomas depressivos (SintD)	31	10,0%	111	35,9%	167	54,0%
Comportamentos ofensivos (CO)	2	0,6%	21	6,8%	286	92,6%

Tabela 34:Classificação dos riscos psicossociais por género

-						Gén	ero					
			Fen	inino					Mas	culino		
	Situ	ıação			Risco	para a	Situ	ıação			Risco	para a
_	Favo	orável	Inter	médio	Sa	úde	Fav	orável	Inter	médio	Sa	ıúde
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Exigências_quantitativas	10	4,1%	65	27,0%	166	68,9%	4	5,9%	18	26,5%		67,6%
Ritmo_trabalho	86	35,7%	82	34,0%	73	30,3%	29	42,6%	15	22,1%	24	35,3%
Exigencias_cognitivas	162	67,2%	68	28,2%	11	4,6%	44	64,7%	19	27,9%	5	7,4%
Exigencias_emocionais	160	66,4%	44	18,3%	37	15,4%	39	57,4%	18	26,5%	11	16,2%
Influência_trabalho	48	19,9%	127	52,7%	66	27,4%	8	11,8%	40	58,8%	20	29,4%
Possibilidade_desenvolvimento	162	67,2%	74	30,7%	5	2,1%	44	64,7%	21	30,9%	3	4,4%
Previsibilidade	70	29,0%	121	50,2%	50	20,7%	16	23,5%	43	63,2%	9	13,2%
Transparência	168	69,7%	67	27,8%	6	2,5%	49	72,1%	16	23,5%	3	4,4%
Recompensas	134	55,6%	81	33,6%	26	10,8%	34	50,0%	28	41,2%	6	8,8%
Conflitos	32	13,3%	145	60,2%	64	26,6%	6	8,8%	51	75,0%	11	16,2%
Apoio_colegas	87	36,1%	114	47,3%	40	16,6%	25	36,8%	29	42,6%	14	20,6%
Apoio_superiores	76	31,5%	89	36,9%	76	31,5%	17	25,0%	22	32,4%	29	42,6%
Comunidade	154	63,9%	76	31,5%	11	4,6%	40	58,8%	23	33,8%	5	7,4%
Liderança	136	56,4%	97	40,2%	8	3,3%	41	60,3%	26	38,2%	1	1,5%
Confiança_vertical	33	13,7%	200	83,0%	8	3,3%	8	11,8%	59	86,8%	1	1,5%
Confiança_horizontal	9	3,7%	150	62,2%	82	34,0%	2	2,9%	45	66,2%	21	30,9%
Justiça	103	42,7%	104	43,2%	34	14,1%	21	30,9%	35	51,5%	12	17,6%
Auto_eficácia	153	63,5%	80	33,2%	8	3,3%	48	70,6%	15	22,1%	5	7,4%
Significado_trabalho	202	83,8%	35	14,5%	4	1,7%	57	83,8%	7	10,3%	4	5,9%
Compromisso_trabalho	138	57,3%	100	41,5%	3	1,2%	31	45,6%	34	50,0%	3	4,4%
Satisfação	130	53,9%	97	40,2%	14	5,8%	37	54,4%	26	38,2%	5	7,4%
Insegurança	88	36,5%	54	22,4%	99	41,1%	26	38,2%	15	22,1%	27	39,7%
saúde_geral	173	71,8%	44	18,3%	24	10,0%	47	69,1%	16	23,5%	5	7,4%
Conflito_trab_familia	58	24,1%	85	35,3%	98	40,7%	19	27,9%	25	36,8%	24	35,3%
Problema_dormir	52	21,6%	68	28,2%	121	50,2%	7	10,3%	25	36,8%	36	52,9%
Burnoutt	45	18,7%	133	55,2%	63	26,1%	13	19,1%	37	54,4%	18	26,5%
Stresse	38	15,8%	119	49,4%	84	34,9%	8	11,8%	38	55,9%	22	32,4%
Sintomas_depressivos	28	11,6%	86	35,7%	127	52,7%	3	4,4%	25	36,8%	40	58,8%
Comp_ofensivos	0	0,0%	14	5,8%	227	94,2%	2	2,9%	7	10,3%	59	86,8%

ANEXO 2

Questionário - Capacidade de Trabalho e Fatores de Risco Psicossociais em Profissionais de Saúde

CAPACIDADE DE TRABALHO E FACTORES DE I	
PSICOSSOCIAIS EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
Por favor, no preenchimento deste questionário, dê a sua opinião sobre a sua capacidade d factores de risco psicossociais que o afectam. Todas as informações formecidas são de carácter voluntário e confidencial e serão utilizada: fins de investigação científica.	
Os dados do mesmo poderão ser utilizados para promover o seu bernestar no local de halo O questionaño encontra-se divididos em his partes clados sobio-ismorpatros, indice de Car Trabalho (versão Portuguesa do Work Ability (index, traduzidos e adaptados por C. F. Silva e si colaboradores, 2005) e COPRIGO III, Avaliação dos Factores de Risco Psicosociais (Virister Multo Corpoda per sua colaboração; 2011).	pacidade de eus
*Obrigatório	
Dados sócio-demográficos	
1. 1 - Idade * Marcar apenas uma oval.	
20-30 anos	
31-40 anos	
41-50 anos	
51-60 anos	
> 61 anos	
2. 2 - Género *	
2. 2 - Género * Marcar apenas uma oval.	
Marcar apenas uma oval.	
Marcar apenas uma oval. Feminino	
Afarcar apenas uma oval. Feminino Masculino	
Marcar apenas uma oval. Pennino Masculno 3. 3 - Estado Civil *	
Marcar apenas uma oval. Peninino Masculino 3. 3 - Estado Civili * Marcar apenas uma oval.	
Marcar apenas uma oval. Ferninto Masculino 3. 8 - Estado Civil * Marcar apenas uma oval. Soliteiro(a)	
Marcar apenas uma oval. Ferninto Masculino 3. 3 - Estado Chvil * Marcar apenas uma oval. Solieto(a) Casado(a)/União de Facto	
Marcar apenas uma oval. Feminino Masculino 3. 3 - Estado Civili * Marcar apenas uma oval. Solteiro(a) Casado(a)/Uniliso de Facto Separado(a)/Divorciado(a)	
Marcar apenas uma oval. Ferninino Masculino 3. 3 - Estado Chvil * Marcar apenas uma oval. Solieto(a) Casado(a)União de Facto Bearrado(a)Crivorciado(a) Viàvo(a)	
Marcar apenas uma oval. Ferninino Masculino 3. 3 - Estado Civili * Marcar apenas uma oval. Soliteiro(a) Casado(a)/UnilSo de Facto Sepanado(a)/Cilvorciado(a) Vitivo(a) 4. 4 - Tem filihos 9 *	

5. 6 - Nº de filhos:	
Marcar apenas uma oval.	
Um	
Dols	
Três	
Mais de três	
6. 8- Quantos vivem consigo em sua casa?	
7. 7 - Quale as idades dos filhos?	
	-
8. 8 - Habilitações Literárias *	
Marcar apenas uma oval.	
Básico - 1º ciclo (4º ano)	
Básico - 2º cicio (6º ano)	
Básico - 3º cicio (9º ano)	
Secundário (12º ano)	
Médio	
Bacharelato	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	
9. 8 - Categoria Profissional *	
Marcar apenas uma oval.	
Assistente operacional	
Assistente técnico	
Enfermeiro(a)	
Médico(a)	
Médico (em formação pré-carreira)	
Técnico Diagnóstico e Terapéutica	
Técnico Superior	
Técnico Superior de Saúde	
10. 10 - Qual é o seu local de Trabalho? *	
Marcar apenas uma oval.	
Centro de Saúde	
USF	
COPC	
UCSP	
000	

	Cantanhede		
	Colmbra		
	Condeixa-a-Nova		
	Figueira da Foz		
	Mealhada		
	Mira		
	Montemor-o-Veiho		
	Mortágua		
	Penacova		
	Soure		
12.	11 - Vinculo à instituição *		
	Marcar apenas uma oval.		
	Contrato de prestação de serviço (mês ou hor)	
	Contrato de trabalho tempo parcial		
	Contrato de trabalho tempo integral		
	Contrato de trabalho dedicação exclusiva		
	Contain de Valuario dedicação exclusiva		
13.	11 - a) Outra situação contratual não referida:		
_			
14.	12 - Com que idade começou a trabalhar? *		
15.	13 - Há quanto tempo exerce a sua profissão actu-	17*	
	Marcar apenas uma oval.		
	s 5 anos		
	6 -10 anos		
	11-15 anos		
	16 -20 anos		
	21 -25 anos		
	26 -30 anos		
	≥ 31 anos		
16.	14 - Tempo de serviço na instituição, onde actualmente trabalha (anos)? *		
	avidamiento d'abama (anos)? *		
	as so contact and a contact and a		
17.	16 - De acordo com o seu contrato, quantas horas trabalha por semana? *		
17.	16 - De aoordo com o seu contrato, quantas horas trabalha por semana? *		
18.			
18.	horas trabalha por semana? * 18 - Quantas horas trabalha actualmente por		
18.	horas trabalha por semana? * 18 - Guantas horas trabalha actualmente por semana (incluindo horas extraordinárias)? * 17 - Ja trabalhou por turnos? *		
18.	horas trabalha por semana? * 18 - Quantas horas trabalha actualmente por semana (incluindo horas extraordinárias)? *		
18.	horas trabalha por semana? * 18 - Guantas horas trabalha actualmente por semana (Incluindo horas extraordinárias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval.		
18.	horas trabalha por semana? * 18 - Guantas horas trabalha actualmente por semana (incluindo horas extraordinárias)? * 17 - Ja trabalhou por turnos? *		
18.	18 - Quantac horac trabalha aofualmente por cemana (incluindo horac extraordináriac)? * 17 - Já trabalhou por turnoc? * Marcar apenas uma oval.		
18.	18 - Quantac horac trabalha aofualmente por cemana (incluindo horac extraordináriac)? * 17 - Já trabalhou por turnoc? * Marcar apenas uma oval.		
18.	16 - Quantas horas trabalha actualmente por semana (incluindo horas extraordinárias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. Qim Não		
18.	18 - Quantac horas trabalha actualmente por semana (incluindo horas extraordinárias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. Sim Não Não 18 - Se sim, durante quanto tempo (anos)?		
18.	18 - Quantac horac trabalha actualmente por semana (incluindo horac extraordinárias)? * 17 - Ja trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. 9 m Não 18 - 3e sim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Além deste emprego, tem maic algum trabalh	ou outra actividade?	
18.	18 - Quantac horac trabalha actualmente por semana (incluindo horac extraordinárias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. Sim Não 18 - Se sim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Atém decte emprego, tem maic algum trabalh Marcar apenas uma oval.	ou outra actividade? *	
18.	18 - Quantac horas trabalha actualmente por semana (Incluindo horas extraordinárias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. 0m Não 18 - Se sim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Além deste emprego, tem mais algum trabalh Marcar apenas uma oval. Não	ou outra aotividade? *	
18.	18 - Quantac horac trabalha actualmente por semana (incluindo horac extraordinárias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. Sim Não 18 - Se sim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Atém decte emprego, tem maic algum trabalh Marcar apenas uma oval.	ou outra actividade? *	
18.	18 - Quantac horas trabalha actualmente por semana (Incluindo horas extraordinárias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. 0m Não 18 - Se sim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Além deste emprego, tem mais algum trabalh Marcar apenas uma oval. Não	ou outra aotividade? *	
18.	18 - Quantac horas trabalha actualmente por semana (Incluindo horas extraordinárias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. Sim Não 18 - Se sim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Além deste emprego, tem mais algum trabalh Marcar apenas uma oval. Não Sim, em outro hospital ou clinica	ou outra aotividade? *	
18.	18 - Quantac horas trabalha actualmente por semana (Incluindo horas extraordinárias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. Sim Não 18 - Se sim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Além deste emprego, tem mais algum trabalh Marcar apenas uma oval. Não Sim, em outro hospital ou clinica	ou outra actividade? *	
18.	18 - Guantac horac trabalha actualmente por semana (incluindo horac extraordinárias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. 9im Não 18 - Se sim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Além deste emprego, tem maic algum trabalh Marcar apenas uma oval. Não 3im, em outro hospital ou clínica 3im, outro trabalho.	ou outra actividade? *	
18.	18 - Quantac horas trabalha actualmente por semana (incluindo horas extraordinárias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. 0lim Não 18 - Se sim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Além deste emprego, tem maic algum trabalh Marcar apenas uma oval. Não 0lim, em outro hospital ou clinica 0lim, outro trabalho. 20 - Há quanto tempo trabalha necse outro local? 21 - Quantac horas por semana trabalha	ou outra aotividade? *	
18. 19. 20. 21.	18 - Quantas horas trabalha actualmente por semana (incluindo horas extraordinárias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. 18 - Se sim, durante quanto tempo (anos)? 18 - Se sim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Além deste emprego, tem mais algum trabalh Marcar apenas uma oval. Não Sim, em outro hospital ou clínica Sim. Outro trabalho. 20 - Há quanto tempo trabalha nesse outro local? 21 - Quantas horas por semana trabalha efetivamente, incluindo horas extra e em outros	ou outra actividade? *	
18. 19. 20. 21.	18 - Quantac horas trabalha actualmente por semana (incluindo horas extraordinárias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. 0lim Não 18 - Se sim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Além deste emprego, tem maic algum trabalh Marcar apenas uma oval. Não 0lim, em outro hospital ou clinica 0lim, outro trabalho. 20 - Há quanto tempo trabalha necse outro local? 21 - Quantac horas por semana trabalha	ou outra actividade? *	
18. 19. 20. 21.	18 - Quantas horas trabalha actualmente por semana (incluindo horas extraordinárias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. 18 - Se sim, durante quanto tempo (anos)? 18 - Se sim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Além deste emprego, tem mais algum trabalh Marcar apenas uma oval. Não Sim, em outro hospital ou clínica Sim. Outro trabalho. 20 - Há quanto tempo trabalha nesse outro local? 21 - Quantas horas por semana trabalha efetivamente, incluindo horas extra e em outros	ou outra aotividade? *	
18.	18 - Quantac horas trabalha actualmente por cemana (incluindo horas extraordinarias)? * 17 - Ja trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. Dim Não 18 - Se sim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Além decte emprego, tem mais algum trabalh Marcar apenas uma oval. Não Dim, em outro hospital ou clínica Dim, outro trabalho. 20 - Ha quanto tempo trabalha nesse outro local? 21 - Quantas horas por cemana trabalha efetivamente, incluindo horas extra e em outros trabalhos?	ou outra actividade? *	
18. 19. 20. 21.	18 - Quantac horas trabalha actualmente por semana (incluindo horas extraordinárias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. 30m Não 18 - Se sim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Além deste emprego, tem mais algum trabalh Marcar apenas uma oval. Não 30m, em outro hospital ou clínica 31m. Outro trabalho. 20 - Há quanto tempo trabalha nesse outro local? 21 - Quantac horas por semana trabalha efetivamente, incluindo horas extra e em outros trabalhos?	ou outra actividade? *	
18. 19. 20. 21.	18 - Quantac horas trabalha actualmente por cemana (incluindo horas extraordinarias)? * 17 - Ja trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. Dim Não 18 - Se sim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Além decte emprego, tem mais algum trabalh Marcar apenas uma oval. Não Dim, em outro hospital ou clínica Dim, outro trabalho. 20 - Ha quanto tempo trabalha nesse outro local? 21 - Quantas horas por cemana trabalha efetivamente, incluindo horas extra e em outros trabalhos?	ou outra aotividade? *	
18. 19. 20. 21.	18 - Quantac horas trabalha actualmente por semana (incluindo horas extraordinárias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. 30m Não 18 - Se sim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Além deste emprego, tem mais algum trabalh Marcar apenas uma oval. Não 30m, em outro hospital ou clínica 31m. Outro trabalho. 20 - Há quanto tempo trabalha nesse outro local? 21 - Quantac horas por semana trabalha efetivamente, incluindo horas extra e em outros trabalhos?	ou outra actividade? *	
20. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22.	18 - Quantac horas trabalha actualmente por cemana (Incluindo horas extraordinárias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. 18 - Se clim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Além deste emprego, tem mais algum trabalh Marcar apenas uma oval. Não 0 lim, em outro hospital ou clínica 0 lim, outro trabalho. 20 - Há quanto tempo trabalha nesse outro local? 21 - Quantas horas por cemana trabalha efetivamente, incluindo horas extra e em outros trabalhos? 22 - Quanto tempo demora no percurso casa-trabalho, num dia normal? *	ou outra actividade? *	
20. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22.	18 - Quantac horas trabalha actualmente por semana (incluindo horas extraordinárias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. 30 m Não 18 - Se sim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Além deste emprego, tem mais algum trabalh Marcar apenas uma oval. Não 30 m, em outro hospital ou clinica 30 m. Outro trabalho. 20 - Há quanto tempo trabalha nesse outro local? 21 - Quantas horas por semana trabalha efetivamente, incluindo horas extra e em outros trabalhos? 22 - Quanto tempo demora no percurso casa - trabalho, num dia normal? *	ou outra actividade? *	
20. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22.	18 - Quantac horas trabalha actualmente por cemana (Incluindo horas extraordinárias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. 18 - Se clim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Além deste emprego, tem mais algum trabalh Marcar apenas uma oval. Não 0 lim, em outro hospital ou clínica 0 lim, outro trabalho. 20 - Há quanto tempo trabalha nesse outro local? 21 - Quantas horas por cemana trabalha efetivamente, incluindo horas extra e em outros trabalhos? 22 - Quanto tempo demora no percurso casa-trabalho, num dia normal? *	ou outra actividade? *	
20. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22.	18 - Quantac horas trabalha actualmente por semana (incluindo horas extraordinárias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. 30 m Não 18 - Se sim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Além deste emprego, tem mais algum trabalh Marcar apenas uma oval. Não 30 m, em outro hospital ou clinica 30 m. Outro trabalho. 20 - Há quanto tempo trabalha nesse outro local? 21 - Quantas horas por semana trabalha efetivamente, incluindo horas extra e em outros trabalhos? 22 - Quanto tempo demora no percurso casa - trabalho, num dia normal? *	ou outra actividade? *	
20. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22.	18 - Quantac horas trabalha actualmente por semana (incluindo horas extraordinárias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. 18 - Além decte emprego, tem mais algum trabalh Marcar apenas uma oval. 19 - Além decte emprego, tem mais algum trabalh Marcar apenas uma oval. 10 - Não 11 - Dim, em outro hospital ou clínica 12 - Bim, outro trabalho. 20 - Há quanto tempo trabalha nesse outro local? 21 - Quantas horas por semana trabalha efetivamente, incluindo horas extra e em outros trabalhos? 22 - Quanto tempo demora no percurso casa - trabalho, num dia normal? * 23 - Que meio de transporte utilitza? * Marcar apenas uma oval.	ou outra actividade? *	
20. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22.	18 - Quantac horas trabalha actualmente por cemana (Incluindo horas extraordinarias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma oval. 18 - Se clim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Além deste emprego, tem mais algum trabalh Marcar apenas uma oval. Não 30m, em outro hospital ou clínica 30m. Outro trabalho. 20 - Há quanto tempo trabalha nesse outro local? 21 - Quantas horas por cemana trabalha efetivamente, incluindo horas extra e em outros trabalhos? 22 - Quanto tempo demora no percurso casa-trabalho, num dia normal? * 23 - Que meio de transporte utilitza? * Marcar apenas uma oval. Autocamo	ou outra actividade? *	
20. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22.	18 - Quantac horas trabalha actualmente por semana (incluindo horas extraordinarias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma ovaí. Sim Não 18 - Se sim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Além deste emprego, tem mais algum trabalh Marcar apenas uma ovaí. Não Sim, em outro hospital ou clinica Sim. Outro trabalho. 20 - Há quanto tempo trabalha nesse outro local? 21 - Quantac horas por semana trabalha efetivamente, incluindo horas extra e em outros trabalho? 22 - Quanto tempo demora no percurso casa - trabalho, num dia normal? * 23 - Que meio de transporte utiliza? * Marcar apenas uma ovaí. Automóvel Automóvel Automóvel Automóvel Moto	ou outra actividade?*	
20. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22.	18 - Quantac horas trabalha actualmente por semana (incluindo horas extraordinárias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Alarcar apenas uma oval. 18 - Be sim, durante quanto tempo (anos)? 18 - Be sim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Além deste emprego, tem mais algum trabalh Marcar apenas uma oval. Não Dim, em outro hospital ou clínica Sim. Outro trabalho. 20 - Há quanto tempo trabalha nesse outro local? 21 - Quantas horas por semana trabalha efetivamente, incluindo horas extra e em outros trabalhos? 22 - Quanto tempo demora no percurso oasa - trabalho, num dia normal? * 23 - Que meio de transporte utiliza? * Marcar apenas uma oval. Autocamo Moto Combolo	ou outra actividade? *	
20. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22. 22.	18 - Quantac horas trabalha actualmente por semana (incluindo horas extraordinarias)? * 17 - Já trabalhou por turnos? * Marcar apenas uma ovaí. Sim Não 18 - Se sim, durante quanto tempo (anos)? 19 - Além deste emprego, tem mais algum trabalh Marcar apenas uma ovaí. Não Sim, em outro hospital ou clinica Sim. Outro trabalho. 20 - Há quanto tempo trabalha nesse outro local? 21 - Quantac horas por semana trabalha efetivamente, incluindo horas extra e em outros trabalho? 22 - Quanto tempo demora no percurso casa - trabalho, num dia normal? * 23 - Que meio de transporte utiliza? * Marcar apenas uma ovaí. Automóvel Automóvel Automóvel Automóvel Moto	ou outra actividade? *	

	Qual das seguintes descrições retratam melhor a sua situação?
	Marcar apenas uma oval.
	A maioria da actividade física é passiva ou inferior a 2 horas por semana.(ex. Leitura, televisão, filmes)
	nimes) Actividade física leve, de 2 a 4 horas por semana.(ex. caminhar, trabalhos leves de jardinagem,
	exercicio fisico leve) Actividade fisica leve, mais de 4 horas por semana ou uma atividade fisica mais extenuante de 2 a
	4 horas por semana (ex. caminhar/andar de bicicleta num ritmo mais rápido, trabalhos pesados de
	Jardinagem, exercicio que o deixa falta de ar ou transpirado) Actividade física mais extenuante por mais de 4 horas ou exercicio físico regular de caráter
	rigido/competição, várias vezes por semanas
27.	25 - Concome álocol? *
	Marcar apenas uma oval.
	Sim Não
	28 - Quai a quantidade de álocol que ingere? a) Cerveja: nº de garrafas por semana (equivalentes
	a 33 dl)
	b) Vinho: nº de garrafas por semana (equivalentes a 75 dl)
30	c) Aicool: nº de "copos" de outras bebidas que ingere
	por semana (com 2 ci cada)
	27 - Fuma?
	Marcar apenas uma oval.
	Sim Não, nunca fumei
	Não, mas já fumei
32.	28 - 3e cim, quantoc?
	a) Cigarros por dia
33.	b) Cigarrihas por dia
34.	c) Charutos por día
,	
Ínc	c) Chandos por dia dice de Capacidade para o Trabalho 0 - A(s) principal(als) exigências da sua actividade de trabalho cão: * Marcar apenas uma oval.
Ínc	dice de Capacidade para o Trabalho 0 - A(s) principal(ais) exigências da sua actividade de trabalho são: * Marcar apenas uma oval. Mentals
Ínc	dice de Capacidade para o Trabalho 0 - A(s) principal(als) exigências da sua actividade de trabalho são: * Marcar apenas uma oval. Mentals Fisicas
Índ	dice de Capacidade para o Trabalho 0 - A(s) principal(als) exigências da sua actividade de trabalho são: * Marcar apenas uma oval. Mentals Fisicas Ambas
Índ 35.	dice de Capacidade para o Trabalho 0 - A(s) principal(als) exigências da sua actividade de trabalho são: * Marcar apenas uma ova. Mentais Fisicas Ambas 1 - Capacidade de trabalho actual comparada com o seu melhor. * 1.1 - Que pontuação da à sua actual capacidade para o trabalho?
Ínc 35.	dice de Capacidade para o Trabalho 0 - A(c) principal(alc) exigências da sua actividade de trabalho são: * Marcar apenas uma oval. Mentals Fisicas Ambas 1 - Capacidade de trabalho actual comparada com o seu melhor. *
Ínc 35.	dice de Capacidade para o Trabalho 0 - A(s) principal(als) exigências da sua actividade de trabalho são: * Marcar apenas uma ova. Mentais Fisicas Ambas 1 - Capacidade de trabalho actual comparada com o seu melhor. * 1.1 - Que pontuação da à sua actual capacidade para o trabalho?
Ínc 35.	dice de Capacidade para o Trabalho 0 - A(c) principal(aic) exigências da sua actividade de trabalho cão: * Marcar apenas uma oval. Mentals Fisicas Ambas 1 - Capacidade de trabalho actual comparada com o seu melhor. * 1.1 - Que pontuação dá a sua actual capacidade para o trabalho? Marcar apenas uma oval.
Ínc 35.	dice de Capacidade para o Trabalho 1 - A(c) principal(aic) exigênolas da sua actividade de trabalho cão: * Marcar apenas uma oval. Mentals Fisicas Ambas 1 - Capacidade de trabalho actual comparada com o seu melhor. * 1.1 - Que pontuação dá a sua actual capacidade para o trabalho? Marcar apenas uma oval. D
Ínc 35. 36.	dice de Capacidade para o Trabalho 0 - A(c) principal(alc) exigências da cua actividade de trabalho cão: * Marcar apenas uma oval. Mentals Fisicas Ambas 1 - Capacidade de trabalho actual comparada com o ceu melhor. * 1.1 - Que pontuação da a sua actual capacidade para o trabalho? Marcar apenas uma oval. D 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ínc 35. 36.	dice de Capacidade para o Trabalho 0 - A(s) principal(als) exigências da sua actividade de trabalho são: * Marcar apenas uma oval. 1 - Capacidade de trabalho actual comparada com o seu melhor. * 1.1 - Que pontuação da à sua actual capacidade para o trabalho? Marcar apenas uma oval. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapacidade Total Capacidade Capacidade Total Capacidade de trabalho em relação as exigências da actividade: *
Ínc 35. 36.	dice de Capacidade para o Trabalho - A(c) principal(alc) exigências da sua actividade de trabalho são: * Marcar apenas uma oval. Mentals Fisicas Ambas 1 - Capacidade de trabalho actual comparada com o seu melhor. * 1.1 - Que pontuação da a sua actual capacidade para o trabalho? Marcar apenas uma oval. D
Ínc. 35. 35.	dice de Capacidade para o Trabalho 0 - A(s) principal(als) exigências da sua actividade de trabalho são: * Marcar apenas uma oval. Mentals Fisicas Ambas 1 - Capacidade de trabalho actual comparada com o seu melhor. * 1.1 - Que pontuação da a sua actual capacidade para o trabalho? Marcar apenas uma oval. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapacidade Total Capacidade Total Capacidade Máxima 2 - Capacidade de trabalho em relação as exigências da actividade: * 2.1 - Como avalla a sua actual capacidade para o trabalho, relativamente as exigências físicas? Marcar apenas uma oval.
Ínc 35.	dice de Capacidade para o Trabalho 1 - A(c) principal(aic) exigênolas da sua actividade de trabalho cão: * Marcar apenas uma oval. Mentals Fisicas Ambas - Capacidade de trabalho actual comparada com o seu melhor. *
Ínc 35. 36.	dice de Capacidade para o Trabalho 1 - A(c) principal(aic) exigências da cua actividade de trabalho cão: * Marcar apenas uma oval. 1 - Capacidade de trabalho actual comparada com o ceu melhor. * 1.1 - Que pontuação da a sua actual capacidade para o trabalho? Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapacidade Total 2 - Capacidade de trabalho em relação as exigências da actividade: * 2.1 - Como avalla a sua actual capacidade para o trabalho, relativamente às exigências físicas? Multo Fraca Multo Boo 4 2.2 - Como avalla a sua actual capacidade para o trabalho, relativamente às exigências mentals?
Ínc 35. 36.	dice de Capacidade para o Trabalho 0 - A(s) principal(als) exigências da sua actividade de trabalho são: * Marcar apenas uma oval. Mentals Fisicas Ambas 1 - Capacidade de trabalho actual comparada com o seu melhor. * 1.1 - Que pontuação da a sua actual capacidade para o trabalho? Marcar apenas uma oval. D
Ínc 35. 36.	dice de Capacidade para o Trabalho 1 - A(c) principal(aic) exigências da cua actividade de trabalho cão: * Marcar apenas uma oval. 1 - Capacidade de trabalho actual comparada com o ceu melhor. * 1.1 - Que pontuação da a sua actual capacidade para o trabalho? Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapacidade Total 2 - Capacidade de trabalho em relação as exigências da actividade: * 2.1 - Como avalla a sua actual capacidade para o trabalho, relativamente às exigências físicas? Multo Fraca Multo Boo 4 2.2 - Como avalla a sua actual capacidade para o trabalho, relativamente às exigências mentals?
Ínc 35. 36.	dice de Capacidade para o Trabalho 0 - A(s) principal(als) exigências da sua actividade de trabalho são: * Marcar apenas uma oval. Mentals Fisicas Ambas 1 - Capacidade de trabalho actual comparada com o seu melhor. * 1.1 - Que pontuação da a sua actual capacidade para o trabalho? Marcar apenas uma oval. D
Ínc 35. 36.	dice de Capacidade para o Trabalho 0 - A(s) principal(als) exigências da sua actividade de trabalho são: * Marcar apenas uma oval. Mentals Fisicas Ambas 1 - Capacidade de trabalho actual comparada com o seu melhor. * 1.1 - Que pontuação da si sua actual capacidade para o trabalho? Marcar apenas uma oval. D
Ínc. 35. 36. 37.	dice de Capacidade para o Trabalho 0 - A(s) principal(als) exigências da sua actividade de trabalho são: * Marcar apenas uma oval. Mentals Fisicas Ambas 1 - Capacidade de trabalho actual comparada com o seu melhor. * 1.1 - Que pontuação da sua actual capacidade para o trabalho? Marcar apenas uma oval. D
Ínc 35. 36.	dice de Capacidade para o Trabalho 0 - A(c) principal(aic) exigênolas da sua actividade de trabalho cão: * Marcar apenas uma oval. Mentals Fisicas Ambas 1 - Capacidade de trabalho actual comparada com o seu melhor. * 1.1 - Que pontuação dá à sua actual capacidade para o trabalho? Marcar apenas uma oval. D
Ínc 35. 36.	dice de Capacidade para o Trabalho 0 - A(c) principal(aic) exigênolas da cua actividade de trabalho cão: * Marcar apenas uma oval. Mentals
Ínc 35. 36.	dice de Capacidade para o Trabalho 0 - A(s) principal(als) exigências da sua actividade de trabalho são: * Marcar apenas uma oval. Mentals Fisicas Ambas 1 - Capacidade de trabalho actual comparada com o seu melhor. * 1.1 - Que pontuação da a sua actual capacidade para o trabalho? Marcar apenas uma oval. D
Ínc 35. 36.	dice de Capacidade para o Trabalho 0 - A(c) principal(aic) exigênolas da sua actividade de trabalho são: * Marcar apenas uma oval. Mentals Fisicas Ambas 1 - Capacidade de trabalho actual comparada com o seu melhor. * 1.1 - Que pontuação dá a sua actual capacidade para o trabalho? Marcar apenas uma oval. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapacidade 1 - Capacidade Máxima 2 - Capacidade de trabalho em relação às exigênolas da actividade: * 2.1 - Como avalla a sua actual capacidade para o trabalho, relativamente às exigências físicas? Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Multo Fraca Multo Bos * 2.1 - Como avalla a sua actual capacidade para o trabalho, relativamente às exigências mentals? Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Multo Fraca Multo Bos 3 - Doengas actuals - Na lista seguinte, ascinale as suas doengas ou tecões. Indique, também, se foram diagnosticodas ou tratadas por um médico. Para cada doenga, e em caso afirmativo, pode accinatar 2 (opinibo propria) ou 1 (diagnostico médico), ou na ausênola de doenga. 3.1 - Lesão resultante de acidente Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opinião propria) 1 (diagnostico médico), ou na ausência de doenga. 1 (diagnostico médico)
Ínc 35. 36.	dice de Capacidade para o Trabalho 0 - A(c) principal(aic) exigênolas da cua actividade de trabalho cão: * Marcar apenas uma oval. Mentals

	2 (opinião própria)	1 (diagnóstico médico)	0 (Ausência de doença)
05 - Perturbação na parte superior das costas / pescoço,			0
com dor frequente 06 Perturbação na parte inferior			
das costas / coluna lombar, com dor frequente 07 Clática, dor das costas para a			
perna 08 Perturbação dos membros			
superiores ou inferiores (mãos / pês), com dor frequente 09 Reumatismo, dor das	0	0	
articulações 10 Outra perturbação (músculo			
/esquelética) 42. 3.2.1 - Qual?			
43. •			
 3.3 - Doença no Aparelho Circulatório Marcar apenas uma oval por linha. 	2 (opinišo	1 (diagnóstico	0 (Auséncia de
At Unantered Street, admin	própria)	nédico)	doença)
11 Hipertensão (tensão arterial alta) 12 Doença coronária, fadiga, dor			
no pelto (angina de pelto) 13 Trombose coronária, enfarte	0		
do miocárdio 14 insuficiência cardiaca	0	0	- 6
15 Outra doença cardiovascular			0
44. 3.3.1 - Qual?			
3.4 - Doença Respiratoria Marcar apenas uma oval por linha. 16 Infecções repetidas nas vias respiratorias (amigdalle, sinuste aguda, bronquite aguda) 17 Bronquite crónica(angina de pello) 18 sinusite / Rinite crónica 19 Asma 20 Enfisema pulmonar 21 Tuberculose pulmonar 22 Outra doença respiratória 45. 3.4.1 - Qual?	2 (opinišo própria)	1 (disgnóstico médico)	0 (Austricia de doença)
Marcar apenas uma oval por linha. 16 infecções repetidas nas vias respiratórias (amigdaile, sinusite aguda) no ronquite aguda) no reconquite cronica(anglina de pelto) 18 sinusite / Rinite crónica 19 Asma 20 Enfisema pulmonar 21 Tuberculose pulmonar	propria)	médico)	doença)
3.4 - Doença Respiratoria Marcar apenas uma oval por linha. 16 infecções repetidas nas vias respiratorias (smigdalle, sinuste aguda, bronquite aguda) 17 Bronquite crónica(angina de pelto) 18 sinuste / Rinite crónica 19 Aama 20 Enfisema pulmonar 21 Tuberculose pulmonar 22 Outra doença respiratória 45. 3.4.1 - Qual?	própria)	médico)	doença)
3.4 - Doença Respiratoria Marcar apenas uma oval por linha. 16 infecções repetidas nas vias respiratorias (amigdalle, sinuste aguda, bronquite aguda) 17 Bronquite crônica(angina de pelto) 18 sinusite / Rinite crônica 19 Aama 20 Enfisema pulmonar 21 Tuberculose pulmonar 22 Outra doença respiratória 45. 3.4.1 - Quali? 47. * 3.5 - Perturbação Mental Marcar apenas uma oval por linha.	propria)	médico)	doença)
3.4 - Doença Respiratoria Marcar apenas uma oval por linha. 16 infecções repetidas nas vias respiratórias (amigdalle, sinuste aguda, bronquite aguda) 17 Bronquite crónica(angina de pelto) 18 sinusite / Rinite crónica 19 Asma 20 Enfisema pulmonar 21 Tuberculose pulmonar 22 Outra doença respiratória 45. 3.4.1 - Qual? 47. * 3.5 - Perturbação Mental Marcar apenas uma oval por linha. 23 Problema de saúde mental grave (por exemplo, depressão grave) 24 Perturbação mental ligeira (por exemplo, depressão ligeira, nevositamo, ansiedade)	2 (opinišo propria)	1 (diagnostico médico)	I (Austricia de doença)
3.4 - Doença Respiratoria Marcar apenas uma oval por linha. 16 infecções repetidas nas vias respiratórias (amigdalle, sinuste aguda, bronquite aguda) 17 Bronquite crónica (angina de petito) 18 sinusite / Rinite crónica 19 Asma 20 Enfacema pulmonar 21 Tuberculose pulmonar 22 Outra doença respiratória 45. 3.4.1 - Qual? 47. * 3.5 - Perturbação Mental Marcar apenas uma oval por linha. 23 Problema de saúde mental grave (por exemplo, depressão grave) 24 Perturbação mental ligeira (por exemplo, depressão ligeira, nevolatomo, ansiedade problemas de sono) 48. * 3.6 - Doença Neurológica e Sensorial Marcar apenas uma oval por linha.	propria)	médico)	doença)
3.4 - Doença Respiratoria Marcar apenas uma oval por linha. 16 infecções repetidas nas vias respiratórias (amigdalle, sinuste aguda, bronquite aguda) 17 Bronquite crónica (angina de petto) 18 sinusite / Rinite crónica 19 Asma 20 Enferema pulmonar 21 Tuberculose pulmonar 22 Outra doença respiratória 45. 3.4.1 - Qual? 47. * 3.5 - Perturbação Mental Marcar apenas uma oval por linha. 23 Problema de saúde mental grave (por exemplo, depressão grave) 24 Perturbação mental ligeira (por exemplo, depressão grave) 24 Perturbação mental ligeira (por exemplo, depressão ligeira, nevolatimo, ansiedade problemas de sono) 48. * 3.6 - Doença Neurológica e Sensorial Marcar apenas uma oval por linha.	2 (opinišo própria)	1 (diagnóstico médico)	(Auséncia de dicença)
3.4 - Doença Respiratoria Marcar apenas uma oval por linha. 16 infecções repetidas nas vias respiratórias (amigdalle, sinuste aguda, pronquite aguda) 17 Bronquite pronicia (angina de pelto) 18 sinusite / Rinite crónica 19 Aama 20 Enfisema pulmonar 21 Tuberculose pulmonar 22 Outra doença respiratória 45. 3.4.1 - Guali? 47. * 3.5 - Perturbação Mental Marcar apenas uma oval por linha. 23 Problema de saúde mental grave (por exemplo, depressão grave) 24 Perturbação mental ligeira (por exemplo, depressão grave) 24 Perturbação mental ligeira (por exemplo, depressão ligeira, nervositamo, ansiedade problemas de sono) 48. * 3.6 - Doença Neurológica e Gensorial Marcar apenas uma oval por linha. 25 Doença ou lesão auditiva 26 Doença ou lesão dos olhos (não considere a miopla, astigmatismo)	2 (opinišo própria)	1 (diagnóstico médico)	(Auséncia de dicença)
3.4 - Doença Respiratoria Marcar apenas uma oval por linha. 16 infecções repetidas nas vias respiratorias (amigdalle, sinuste aguda, bronquite aguda) 17 Bronquite crónica (angina de petito) 18 sinusite / Rinite crónica 19 Asma 20 Enfisema pulmonar 21 Tuberculose pulmonar 22 Outra doença respiratoria 46. 3.4.1 - Qual? 47. * 3.5 - Perturbação Mental Marcar apenas uma oval por linha. 23 Problema de saúde mental grave (por exemplo, depressão grave) 24 Perturbação mental ligeira (por exemplo, depressão ligeira, nervolatmo, ansiedade problemas de sono) 48. * 3.5 - Doença Neurológica e Sensorial Marcar apenas uma oval por linha. 25 Doença ou lesão auditiva 26 Doença ou lesão auditiva 26 Doença ou lesão dos onhos (não considere a miopla, astigmatismo) 27 Doença do sistema nervoso (por exemplo, AVC ou trombose, nervalga, enxaquecas, pellepsia).	2 (opinišo própria)	1 (diagnóstico médico)	(Auséncia de dicença)
3.4 - Doença Respiratoria Marcar apenas uma oval por linha. 16 infecções repetidas nas vias respiratorias (amigdalle, sinuste aguda, pronquite aguda) 17 Bronquite crionica(angina de peito) 18 sinusite / Rinite crionica 19 Auma 20 Enfisema pulmonar 21 Tuberculose pulmonar 22 Outra doença respiratoria 45. 3.4.1 - Guali? 47. * 3.5 - Perturbação Mental Marcar apenas uma oval por linha. 23 Problema de saúde mental grave (por exemplo, depressão grave) 24 Perturbação mental ligeira (por exemplo, depressão ligeira, nervositumo, ansiedade 48. * 3.5 - Doença Neurológica e Sensorial Marcar apenas uma oval por linha. 25 Doença ou lesão dos oños (não considere a miopla, astigmatismo) 27 Doença do sistema nervoso (por exemplo, AVC ou trombose,	2 (opinišo própria)	1 (diagnóstico médico)	(Auséncia de dicença)

Marcar apenas uma oval por linha.	3 feeter*	4.00	Diameteria :
	2 (opinião própria)	1 (diagnóstico médico)	0 (Ausência de doença)
29 Litiase (pedra) ou doença da vesicula			
30 Doença do figado ou páncreas			
31 Úlcera gástrica ou duodenal		0	0
32 Desconforto / Imitação gástrica ou duodenal			
33 imitação do cólon ou colite 34 Outra doença digestiva	-8		8
51. 3.7.1 - Qual?			
 * 3.8 - Doença Uro-Genital Marcar apenas uma oval por linha. 			
	2 (opinião própria)	1 (diagnóstico médico)	0 (Ausência de doença)
35 Infecção urinária	9	9	0
36 Doença renal 37 Doença do aparelho			
reprodutor (por exemplo, infecção da próstata nos homens e dos			
ovários ou útero nas mulheres			
38 Outra doença uro-genital			
53. 3.8.1 - Qual?			
54. * 3.9 - Doença Dermatológica			
3.9 - Doença Dermatologica Marcar apenas uma oval por linha.			
	2 (opinião própria)	1 (diagnóstico médico)	0 (Ausência de doença)
39 Alergia / eczema 40 Outro tipo de imitacijo da	0	0	0
40 Outro tipo de irritação da pele			
55. 3.9.1 - Qual?			
56. • Marcar apenas uma oval por linha.			
57. 3.8.2 - Qual?			
58. * 3.10 - Tumor Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opinil	Šo própria) 1 (di	agnóstico médico) 0 (Aux	sância de doença)
58. * 3.10 - Tumor Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opinil 42 Tumor benigno	Šo própria) 1 (di	agnóstico médico) II (Au	sência de doença)
58. * 3.10 - Tumor Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opinil 42 Tumor benigno 43 Tumor maligno (cancro)	Šo propris) 1 (di	agnéstico médico) G (Au	sência de doença)
58. * 3.10 - Tumor Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opinil 42 Tumor benigno 43 Tumor maligno (cancro)	So propria) 1 (di	agnóstico médico) II (Au	zência de doença)
58. * 3.10 - Tumor Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opinil 42 Tumor benigno 43 Tumor maligno (cancro) 59. 3.10.1 - Em que zona do eorpo? 60. * 3.11 - Doença Endócrina e Metabólica	3	agnóstico médico) I (Au	sência de doença)
58. * 3.10 - Tumor Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opinil 42 Tumor benigno 43 Tumor maligno (cancro) 59. 3.10.1 - Em que zona do sorpo?	3	8	8
58. * 3.10 - Tumor Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opinil 42 Tumor benigno 43 Tumor maligno (cancro) 59. 3.10.1 - Em que zona do eorpo? 60. * 3.11 - Doença Endócrina e Metabólica	2 (opínišo	agnóstico médico) (I) (Au 1 (diagnóstico médico)	II (Ausência de
58. * 3.10 - Tumor Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opini) 42 Tumor benigno 43 Tumor maligno (cancro) 59. \$1.10.1 - Em que zona do corpo? 60. * 3.11 - Doença Endócrina e Metabólica Marcar apenas uma oval por linha.	3	1 (diagnóstico	8
58. * 3.10 - Tumor Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opinil 42 Tumor benigno 43 Tumor miligno (cancro) 59. 3.10.1 - Em que zona do eorpo? 50. * 3.11 - Doença Endocrina e Metabolica Marcar apenas uma oval por linha. 44 Obesidade 45 Diabetes	2 (opínišo	1 (diagnóstico	II (Ausência de
58. * 3.10 - Tumor Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opinil 42 Tumor benigno 43 Tumor miligno (cancro) 59. 3.10.1 - Em que zona do eorpo? 50. * 3.11 - Doença Endocrina e Metabolica Marcar apenas uma oval por linha. 44 Obesidade 45 Diabetes 46 Bocio ou outra doença da troide	2 (opínišo	1 (diagnóstico	II (Ausência de
58. * 3.10 - Tumor Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opinii 42 Tumor benigno 43 Tumor maligno (cancro) 59. 3.10.1 - Em que zona do corpo? 60. * 2.11 - Doença Endocrina e Metabolica Marcar apenas uma oval por linha. 44 Obesidade 45 Disbetes 46 Boto u outra doença da	2 (opínišo	1 (diagnóstico	II (Ausência de
58. * 3.10 - Tumor Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opinii 42 Tumor benigno 43 Tumor maligno (cancro) 59. 3.10.1 - Em que zona do eorpo? 60. * 2.11 - Doença Endocrina e Metabolica Marcar apenas uma oval por linha. 44 Obesidade 45 Diabetes 46 Bocto ou outra doença da troide 47 Outra doença hormonal ou metabolica	2 (opínišo	1 (diagnóstico	II (Ausência de
Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opinil 42 Tumor benigno 43 Tumor maligno (cancro) 55. 3.10.1 - Em que zona do eorpo? 50. * 3.11 - Doença Endocrina e Metabolica Marcar apenas uma oval por linha. 44 Obesidade 45 Diabetes 46 Bocio ou outra doença da troide 47 Outra doença hormonal ou metabolica 51. 3.11.1 - Gual? 52. *	2 (opínišo	1 (diagnóstico	II (Ausência de
58. * 3.10 - Tumor Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opinil 42 Tumor benigno 43 Tumor maligno (cancro) 59. 3.10.1 - Em que zona do eorpo? 50. * 3.11 - Doença Endocrina e Metabolica Marcar apenas uma oval por linha. 44 Obesidade 45 Diabetes 46 Bocio ou outra doença da troide 47 Outra doença hormonal ou metabolica 51. 3.11.1 - Gual? 52. * 3.12 - Doença no Sangue Marcar apenas uma oval por linha.	2 (opinišlo propria)	1 (diagnóstico	D (Ausfincia de doença)
58. * 3.10 - Tumor Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opinil 42 Tumor benigno 43 Tumor maligno (cancro) 59. 3.10.1 - Em que zona do eorpo? 50. * 3.11 - Doença Endocrina e Metabolica Marcar apenas uma oval por linha. 44 Obesidade 45 Diabetes 46 Bocio ou outra doença da troide 47 Outra doença hormonal ou metabolica 51. 3.11.1 - Gual? 52. * 3.12 - Doença no Sangue Marcar apenas uma oval por linha.	2 (opinišlo propria)	1 (diagnostico medico)	D (Ausfincia de doença)
58. * 3.10 - Tumor Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opinil 42 Tumor benigno 43 Tumor maligno (cancro) 59. 3.10.1 - Em que zona do eorpo? 60. * 3.11 - Doença Endocrina e Metabólica Marcar apenas uma oval por linha. 44 Obesidade 45 Diabetes 46 Bocio ou otra doença da troide 47 Outra doença hormonal ou metabólica 17 Outra doença hormonal ou metabólica 61. 3.11.1 - Qual? 62. * 3.12 - Doença no Sanque Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opin	2 (opinišlo propria)	1 (diagnostico medico)	D (Ausfincia de doença)
58. * 3.10 - Tumor Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opinil 42 Tumor benigno 43 Tumor maligno (cancro) 59. 3.10.1 - Em que zona do eorpo? 60. * 3.11 - Doença Endocrina e Metabólica Marcar apenas uma oval por linha. 44 Obesidade 45 Diabetes 46 Bocio ou outra doença da troide 47 Outra doença hormonal ou metabólica 61. 3.11.1 - Gual? 52. * 3.12 - Doença no Sangue Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opin 48 Anemia 49 Outra doença no sangue	2 (opinišlo propria)	1 (diagnostico medico)	D (Ausfincia de doença)
58. * 3.10 - Tumor Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opinil 42 Tumor benigno 43 Tumor maligno (cancro) 59. 3.10.1 - Em que zona do eorpo? 60. * 3.11 - Doença Endócrina e Metabólica Marcar apenas uma oval por linha. 44 Obesidade 45 Diabetes 46 Bocio ou outra doença da trolos 47 Outra doença hormonal ou metabólica 61. 3.11.1 - Gual? 62. * 3.12 - Doença no Sangue Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opin 48 Anemia 49 Outra doença no sangue 63. 3.12.1 - Gual?	2 (opinišlo propria)	1 (diagnostico medico)	D (Ausfincia de doença)
58. * 3.10 - Tumor Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opinil 42 Tumor benigno 43 Tumor maligno (cancro) 59. 3.10.1 - Em que zona do eorpo? 60. * 3.11 - Doença Endocrina e Metabólica Marcar apenas uma oval por linha. 44 Obesidade 45 Diabetes 45 Bobcio su outra doença da troide 47 Outra doença hormonal ou metabólica 51. 3.11.1 - Qual? 52. * 3.12 - Doença no Sangue Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opin 48 Anemia 49 Outra doença no sangue 63. 3.12.1 - Qual? 54. * 3.13 - Deficiência Congenita Marcar apenas uma oval por linha.	2 (opinillo propria)	1 (diagnostico medico)	0 (Ausância de deença)
58. * 3.10 - Tumor Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opinil 42 Tumor benigno 43 Tumor maligno (cancro) 59. 3.10.1 - Em que zona do eorpo? 60. * 3.11 - Doença Endocrina e Metabólica Marcar apenas uma oval por linha. 44 Obesidade 45 Obsetes 45 Obsetes 45 Obsetes 46 Bocto o untra doença da troide 47 Outra doença hormonal ou metabólica 61. 3.11.1 - Qual? 62. * 3.12 - Doença no Sangue Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opin 48 Anemia 49 Outra doença no sangue 63. 3.12.1 - Qual? 54. * 3.13 - Deficiência Congénita Marcar apenas uma oval por linha.	2 (opinillo propria)	1 (diagnóstico médico) Ilagnóstico médico) 0 (A	0 (Ausância de deença)
58. * 3.10 - Tumor Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opinil 42 Tumor benigno 43 Tumor maligno (cancro) 59. 3.10.1 - Em que zona do ocrpo? 60. * 3.11 - Doença Endocrina e Metabólica Marcar apenas uma oval por linha. 44 Obesidade 45 Diabetea 48 Bocio ou outra doença da troide 47 Outra doença hormonal ou metabólica 61. 3.11.1 - Gual? 52. * 3.12 - Doença no Sanque Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opin 48 Anemia 49 Outra doença no sanque 63. 3.12.1 - Gual? 64. * 3.13 - Deficiência Congénita Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opinião	2 (opinillo propria)	1 (diagnóstico médico) Ilagnóstico médico) 0 (A	0 (Ausância de deença)

	3.14 - Outro Problema ou Doença Marcar apenas uma oval por linha. 2 (opiniŝo propria) 1 (diagnostico médico) 0 (Ausância de doença)
67.	51- Outro problema ou doença 3.14.1 - Gual?
68.	Estimativa do grau de incapacidade para o trabalho devido a doenga (e) * Considera a sus doença ou lesão uma limitação para o seu trabalho actuar? Marcar apenas uma oval.
	Não tenho limitações / Não tenho nenhuma doença
	Sou capaz de realizar o meu trabalho mas provoca-me alguns sintomas
	Algumas vezes tenho que abrandar o ritmo do meu trabalho ou alterar o modo de trabalhar
	Frequentemente tenho que abrandar o ritmo do meu trabalho ou alterar o modo de trabalhar
	Devido à minha doença, sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial
	Na minha opinião, estou completamente incapaz para trabalhar
69.	Absentismo durante o último ano * Quantos días compietos, faitou ao trabalho devido a problemas de saúde (doença ou exames) durante o último ano (12 mesea)? Marcar apenas uma oval.
	Nenhum dia
	No máximo 9 dias
	De 10 - 24 dias
	De 25 - 99 dias
	De 100 - 365 dias
	Prognóstico da capacidade de trabalho para daqui a dois anos * Considerando o seu presente estado de saúde, será capaz de realizar a sua actividade de trabalho actual, dagui a dois anos?
	Marcar apenas uma oval.
	Improvável Talvez
	Quase de certeza
	_ wast of contact
71.	7 - Recursos Polociógicos 7.1 - Nos últimos tempos, tem conseguido apreciar as suas actividades habituals do dia-a-dia? * Marcar apenas uma oval.
	Sempre
	Frequentemente Algumas vezes
	Agumas vezes Raramente
	Nunca
_	
72.	7.2 - Nos últimos tempos, tem-se sentido activo (a)?
	Marcar apenas uma oval.
	Sempre
	Frequentemente
	Algumas vezes
	Raramente
	☐ Nunca
_	
73.	7.3 - Nos últimos tempos, tem-se sentido optimista em relação ao futuro?
73.	
73.	7.3 - Nos últimos tempos, tem-se sentido optimista em relação ao futuro?
73.	7.3 - Nos últimos tempos, tem-se sentido optimista em relação ao futuro? Marcar apenas uma oval.
73.	7.3 - Nos últimos tempos, tem-se sentido optimista em relação ao futuro? Alarcar apenas uma oval. Gempre Frequentemente Algumas vezes
73.	7.3 - Nos últimos tempos, tem-se sentido optimista em relação ao futuro? Afarcar apenas uma oval. Sempre Frequentemente Algumas vezes Raramente
73.	7.3 - Nos últimos tempos, tem-se sentido optimista em relação ao futuro? Alarcar apenas uma oval. Gempre Frequentemente Algumas vezes
73.	7.3 - Nos últimos tempos, tem-se sentido optimista em relação ao futuro? Afarcar apenas uma oval. Sempre Frequentemente Algumas vezes Raramente
	7.3 - Nos últimos tempos, tem-se sentido optimista em relação ao futuro? Alarcar apenas uma oval. Sempre Frequentemente Algumas vezes Raramente
CC	7.3 - Nos últimos tempos, tem-se sentido optimista em relação ao futuro? Marcar apenas uma oval. Sempre Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca PSOQ II - Avaliação dos Factores de Risco Psicossociais seguintes afirmações, assinale a que mais se adequa a sua resposta de acordo com as alternativas:
CCC Dass 1 - 8	7.3 - Nos últimos tempos, tem-se sentido optimista em relação ao futuro? Alarcar apenas uma oval. Gempre Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca PSOQ II - Avaliação dos Factores de Risco Psicossociais
CCC Dass 1 - 8	7.3 - Nos últimos tempos, tem-se sentido optimista em relação ao futuro? Marcar apenas uma oval. Sempre Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca PSOQ II - Avaliação dos Factores de Risco Psicossociais pequintes afirmações, assinale a que mais se adequa á sua resposta de acordo com as alternativas: serguntes afirmações, assinale a - As vezes 4 - Raramente 5 - Nuncalquase nunca 1. A sua oarga de trabalho aoumula-se por ser mai distribuida? * Alarcar apenas uma oval.
CCC Dass 1 - 8 74.	7.3 - Nos últimos tempos, tem-se sentido optimista em relação ao futuro? Marcar apenas uma oval. Sempre Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca PSOQ II - Avaliação dos Factores de Risco Psicossociais PSOQ II - Avaliação dos Factores de Risco Psicossociais seguintes afirmações, assinale a que mais se adequa á sua resposta de acordo com as alternativas: sempre 2 - Frequentemente 3 - As vezes 4 - Raramente 5 - Nuncalquase nunca 1. A sua oarga de trabalho acumula-se por ser mai dictribuida? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5
CCC Dass 1 - 8 74.	7.3 - Nos últimos tempos, tem-se sentido optimista em relação ao futuro? Marcar apenas uma oval. Sempre Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca PSOQ II - Avaliação dos Factores de Risco Psicossociais OPSOQ II - Avaliação dos Factores de Risco Psicossociais seguintes afirmações, assinale a que mais se adequa á sua resposta de acordo com as alternativas: sempre 2 - Frequentemente 3 - As vezes 4 - Raramente 5 - Nuncalquase nunca 1. A sua oarga de trabalho aoumula-se por ser mai distribuida? * Alarcar apenas uma oval.
CCC Dass 1 - 8 74.	7.3 - Nos últimos tempos, tem-se sentido optimista em relação ao futuro? Alarcar apenas uma oval. Sempre Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca PSOQ II - Avaliação dos Factores de Risco Psicossociais seguintes afirmações, assinale a que mais se adequa a sua resposta de acordo com as alternativas: tempre 2 - Frequentemente 3 - As vezes 4 - Raramente 5 - Nuncalquase nunca 1. A sua carga de trabalho asumula-se por ser mai distribuida? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca
CCC Dass 1 - 8 74.	7.3 - Nos últimos tempos, tem-se sentido optimista em relação ao futuro? Marcar apenas uma oval. Sempre Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca PSOQ II - Avaliação dos Factores de Risco Psicossociais PSOQ II - Avaliação dos Factores de Risco Psicossociais seguintes afirmações, assinale a que mais se adequa á sua resposta de acordo com as alternativas: sempre 2 - Frequentemente 3 - As vezes 4 - Raramente 5 - Nuncalquase nunca 1. A sua oarga de trabalho acumula-se por ser mai dictribuida? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5
CCC Dass 1 - 8 74.	7.3 - Nos últimos tempos, tem-se sentido optimista em relação ao futuro? Alarcar apenas uma oval. Sempre Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca PSOQ II - Avaliação dos Factores de Risco Psicossociais seguintes afirmações, assinale a que mais se adequa à sua resposta de acordo com as alternativas: sempre 2 - Frequentemente 3 - As vezes 4 - Raramente 5 - Nuncaíquase nunca 1. A sua oarga de trabalho aoumula-se por ser mai distribuida? * Afarcar apenas uma oval. 1. 2. 3. 4. 5. Sempre
CCC Dass 1 - 8 74.	7.3 - Nos últimos tempos, tem-se sentido optimista em relação ao futuro? Alarcar apenas uma oval. Sempre Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca PSOQ II - Avaliação dos Factores de Risco Psicossociais seguintes afirmações, assinale a que mais se adequa a sua resposta de acordo com as alternativas: Sempre 2 - Frequentemente 3 - As vezes 4 - Raramente 5 - Nuncalquase nunca 1. A sua oarga de trabalho aoumula-se por ser mai distribuida? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre
CC Dass 1 - 8 74.	7.3 - Nos últimos tempos, tem-se sentido optimista em relação ao futuro? Alarcar apenas uma oval. Sempre Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca PSOQ II - Avaliação dos Factores de Risco Psicossociais seguintes afirmações, assinale a que mais se adequa à sua resposta de acordo com as alternativas: sempre 2 - Frequentemente 3 - As vezes 4 - Raramente 5 - Nuncaíquase nunca 1. A sua oarga de trabalho aoumula-se por ser mai distribuida? * Afarcar apenas uma oval. 1. 2. 3. 4. 5. Sempre
CC Dass 1 - 8 74.	7.3 - Nos últimos tempos, tem-se sentido optimista em relação ao futuro? Alarcar apenas uma oval. Sempre Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca PSOQ II - Avaliação dos Factores de Risco Psicossociais seguintes afirmações, assinale a que mais se adequa à sua resposta de acordo com as alternativas: sempre 2 - Frequentemente 3 - As vezes 4 - Raramente 5 - Nuncaíquase nunca 1. A sua oarga de trabalho aoumula-se por ser mai distribuída? * Alarcar apenas uma oval. 1. 2. 3. 4. 5. Sempre
CC Dass 1 - 8 74.	7.3 - Nos últimos tempos, tem-se sentido optimista em relação ao futuro? Alarcar apenas uma oval. Sempre Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca PSOQ II - Avaliação dos Factores de Risco Psicossociais seguintes afirmações, assinale a que mais se adequa a sua resposta de acordo com as alternativas: serpre 2 - Frequentemente 3 - As vezes 4 - Raramente 5 - Nuncalquase nunca 1. A sua oarga de trabalho aoumula-se por ser mai distribuida? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca/ quase nunca 2. Com que frequência não tem tempo para oompletar todas as tarefas do seu trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca/ quase nunca 3. Preolos fazer horas-extra? *
CC Dass 1 - 8 74.	7.3 - Nos últimos tempos, tem-se sentido optimista em relação ao futuro? Marcar apenas uma oval. Sempre Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca PSOQ II - Avaliação dos Factores de Risco Psicossociais PSOQ II - Avaliação dos Factores de Risco Psicossociais seguintes afirmações, assinale a que mais se adequa à sua resposta de acordo com as alternativas: tempre 2 - Frequentemente 3 - As vezes 4 - Raramente 5 - Nuncalquase nunca 1. A sua oarga de trabalho acumula-se por ser mai distribuida? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 2. Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca
CC Dass 1 - 8 74.	7.3 - Nos últimos tempos, tem-se sentido optimista em relação ao futuro? Alarcar apenas uma oval. Sempre Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca PSOQ II - Avaliação dos Factores de Risco Psicossociais seguintes afirmações, assinale a que mais se adequa a sua resposta de acordo com as alternativas: serpre 2 - Frequentemente 3 - As vezes 4 - Raramente 5 - Nuncalquase nunca 1. A sua oarga de trabalho aoumula-se por cer mai distribuida? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre
C(C) Dass 1 - 8 74.	7.3 - Nos últimos tempos, tem-se sentido optimista em relação ao futuro? Alarcar apenas uma oval. Gempre Frequentemente Algumas vezes Raramente Nunca PSOQ II - Avaliação dos Factores de Risco Psicossociais seguintes afirmações, assinale a que mais se adequa à sua resposta de acordo com as alternativas: serrore 2 - Frequentemente 3 - As vezes 4 - Raramente 5 - Nuncalquase nunca 1. A sua carga de trabalho acumula-se por cer mai distribuida? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca/ quase nunca 2. Com que frequência não tem tempo para completar todas ac tarefas do seu trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca/ quase nunca 3. Precica fazer horas-extra? * Marcar apenas uma oval.

77.	Marcar a						
	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		2			_	
	Semore						Nunca/ quase nunca
_	6. O seu						
	Marcar a				nenyao	oonstar	ine ? -
		1	2	3	4	5	
	Sempre		\bigcirc	\bigcirc	\bigcirc	\bigcirc	Nunca/ quase nunca
79.					eja bom	a prop	or novas Idelas? *
	Marcar a		ma ovai. 2				
	Samora						Nunca/ quase nunca
	7. O seu						
80.	Marcar a				me deci	soes all	uoeic y -
		1	2	3	4	5	
	1. Sempr	• (Nunca/ quase nunca
	8. O ceu				nalmer	nte de cl	19 *
	Marcar a						
	Campea		2				Nunca/ quase nunca
							trabalho? *
82.	Marcar a				uenoia	no seu t	uabaino? •
		1	2	3	4	5	
	Sempre	0	\bigcirc	\bigcirc	\circ	\bigcirc	Nunca/ quase nunca
83					966036 (oom que	em trabalha?*
		penas u	ma ovai.				
	marcar a		_	_		_	
			2				Nuncal nuase nunca
	Sempre	0	0	0	0	0	Nunca/ quase nunca que lhe compete a ci? *
84.	Sempre 11. Pode Marcar a	Influence penas ur	olar a qu ma oval. 2	uantida 3	de de tr	rabalho 5	que lhe compete a ci? *
84.	Sempre 11. Pode Marcar a	Influence of the second of the	olar a qu ma oval.	uantida	de de tr	rabalho s	que lhe sompete a ci? * Nunca/ quase nunca
84.	Sempre 11. Pode Marcar a	Influen- penas ut 1	olar a qu ma oval. 2	uantida 3	de de tr	rabalho s	que lhe compete a ci? *
84.	Sempre 11. Pode Marcar a Sempre	Influence penas un	olar a qu ma oval. 2	uantida 3	de de tr	rabalho 5	que lhe sompete a ci? * Nunca/ quase nunca
84.	Sempre 11. Pode Marcar a Sempre 12. Tem : Marcar a	Influence penas ur 1 alguma penas ur 1	olar a qu ma oval. 2 Influênce ma oval. 2	uantida 3 ula sobo	de de tr	s o de tare	que lhe sompete a ci? * Nunca/ quase nunca
84. 85.	Sempre 11. Pode Marcar a Sempre 12. Tem : Marcar a Sempre 13. O see	Influence penas ur 1 alguma penas ur 1	olar a que ma oval. 2 Influênce ma oval. 2 Influênce ma oval.	3 3 3 ouantida	de de tr	sabalho s	que lihe compete a ct? * Nunca/ quase nunca efac que faz? * Nunca/ quase nunca
84. 85.	Sempre 11. Pode Marcar a Sempre 12. Tem: Marcar a	Influence penas un 1 alguma penas un 1 u traballi penas un penas un 1 u traballi penas u	olar a que ma oval. 2 Influêno ma oval. 2 ho exige	3 3 3 que te	4 4 4 4 4 4 A A A A A A A A A A A A A A	rabalho s s o de tare s s olativa?	que lihe compete a ct? * Nunca/ quase nunca efac que faz? * Nunca/ quase nunca
84. 85.	Sempre 11. Pode Marcar a) Sempre 12. Tem Marcar a) Sempre 13. O cet Marcar a)	influent 1 alguma 1 u trabali	olar a qu 2 influênce 2 cho exige	auantida 3 aia cobe 3 que te	4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	s o de tare	que lihe compete a ct? * Nunca/ quase nunca efac que faz? * Nunca/ quase nunca *
84.	Sempre 11. Pode Marcar a Sempre 12. Tem Marcar a Sempre 13. O see Marcar a Sempre	Influence of the state of the s	colar a qui ma oval. 2 influênce oval. 2 2 2 2 2 2 2 2	avantida 3 3 alia sobi	dide de tr	sabalho s o de tare s s olimitativa?	que lhe compete a st? * Nunca/ quase nunca efac que faz? * Nunca/ quase nunca Nunca/ quase nunca
84. 85.	Sempre 11. Pode Marcar a Sempre 12. Tem Marcar a Sempre 13. O see Marcar a Sempre	influence uniform influence un	olar a qualification oval. 2 influênce 2 2 control oval.	auantida 3 3 ila sobre 3 que te	dide de tr	sabalho s o de tare s s olimitativa?	que lihe compete a ct? * Nunca/ quase nunca efac que faz? * Nunca/ quase nunca *
84. 85.	Sempre 11. Pode Marcar a Sempre 12. Tem Marcar a Sempre 13. O coc Marcar a Sempre	Influence 1 1 alguma 1 1 trabalit 1 u trabalit penas ur 1 u trabalit penas ur 1	olar a qualification oval. 2 influênce 2 2 control oval.	auantida 3 3 que te 3 tte-ihe	4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	5 o de tare 5 S S S S S S S S S S S S S S S S S S	que lhe compete a st? * Nunca/ quase nunca efac que faz? * Nunca/ quase nunca Nunca/ quase nunca
84. 85.	Sempre 11. Pode Marcar a Sempre 12. Tem Marcar a Sempre 13. O see Marcar a Afarcar a	Influences ut	olar a qui ma oval. 2 influénce aval. 2 2 2 2 4 bo perma oval. 2	3 3 que te 3 tte-lhe	4 4 4 apprendix	5 o de tare 5 S S S S S S S S S S S S S S S S S S	que lhe compete a st? * Nunca/ quase nunca efac que faz? * Nunca/ quase nunca Nunca/ quase nunca
84. 85.	Sempre 11. Pode Sempre 12. Tem Marcar a Sempre 13. O cet Marcar a Sempre	Influence under the second of	colar a quanti de constante de	auantida 3 3 que te 3 que te-lhe	4 apprendix	s o de tare	que lhe compete a st? * Nunca/ quase nunca efas que faz? * Nunca/ quase nunca * Nunca/ quase nunca
84. 85.	11. Pode Marcar a Sempre 12. Tem Sempre 13. O set Marcar a Sempre 14. O set Marcar a Sempre	Influence Influe	olar a qui oval. 2 influênce oval. 2 influênce oval. 2 2 influênce oval. 2 influênce oval. 2 influênce oval.	antida 3 3 ila sobre 3 que te 3 ite-lihe	4 4 apprendix 4 user ac	s s solutiva?	que lihe compete a si? * Nunca/ quase nunca efac que faz? * Nunca/ quase nunca Nunca/ quase nunca Nunca/ quase nunca
84. 85. 87.	Sempre 11. Pode Marcar a, Sempre 12. Tem Marcar a, Sempre 13. O set Marcar a, Sempre 14. O set Marcar a, Marcar a, Marcar a, Marcar a,	Influence penas ur 1 aliquma penas ur 1 trabalir penas ur 1 trabalir penas ur 1 trabalir ur trabalir ur trabalir 1 trabal	olar a qualification of the control	antida 3 3 ila sobr 3 que te 3 tte-lhe 3	4 4 aprenda Inicia	s s s s s s s s s s s s s s s s s s s	que lihe compete a si? * Nunca/ quase nunca se novae? *
94. 95.	11. Pode Marcar a Sempre 12. Tem Marcar a Sempre 13. O set Marcar a Sempre 14. O set Marcar a Sempre	Influence of the control of the cont	olar a qui ma oval. 2 influênce oval. 2 cho perma oval. 2 cho perma oval. 2 cho perma oval. 2 cho perma oval. 2	auantida 3 auantida 3 auantida 3 auantida auantid	4 aprende user as	s o de tare	que lihe compete a st? * Nunca/ quase nunca efas que faz? * Nunca/ quase nunca Nunca/ quase nunca Nunca/ quase nunca abilidades ou periolas? * Nunca/ quase nunca
84. 85. 87.	11. Pode Marcar a Sempre 12. Tem Marcar a Sempre 13. O set Marcar a Sempre 14. O set Marcar a Sempre	Influence under the company of the c	olar a qui ma oval. 2 influêncima oval. 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	3 3 que te 3 3 tte-ihe 3 aliho, é a fura o fur	re o tipo 4 aprende 4 usar ac 4 informaturo?*	s o de tare s s o coloativa? s s s s s s s s s s s s s s s s s s s	que lihe compete a si? * Nunca/ quase nunca se novae? *
84. 85. 86.	Sempre 11. Pode Marcar a Sempre 12. Tem Marcar a Sempre 13. O cei Marcar a Sempre 14. O cei Marcar a Sempre 15. O cei Marcar a Sempre	Influence under the second of	olar a que ma oval. 2 influêncima oval. 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	uantida 3 3 ia sobi 3 que te 3 ite-lhe 3 aliho, é ara o ful	aprende user ac uniforma informa 4	s o de tare s s o colcativa? S s s cuas hi	que lhe compete a si? * Nunca/ quase nunca stas que faz? * Nunca/ quase nunca Nunca/ quase nunca se novas? * Nunca/ quase nunca abilidades ou periolas? * Nunca/ quase nunca a antecedência cobre decisões importantes,
84. 85. 87.	Sempre 11. Pode Marcar a Sempre 12. Tem Marcar a Sempre 13. O ceta Marcar a Sempre 14. O ceta Marcar a Sempre 16. No ceta Marcar a Sempre	Influence aliquima penas ur 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	olar a qui ma oval. 2 influênce oval. 2 cho perma oval. 2	auantida 3 que te 3 que te-lhe 3 itte-lhe 3 3 3 4 4 4 5 6 7 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	aprendid user as turors • 4	s o de tare s s o o o de tare s s o o o o o o o o o o o o o o o o o	que lihe compete a si? * Nunca/ quase nunca efac que faz? * Nunca/ quase nunca Nunca/ quase nunca se novas? * Nunca/ quase nunca abilidades ou periolas? * Nunca/ quase nunca a antecedência cobre decisões importantes,
84. 85. 87.	Sempre 11. Pode Marcar a Sempre 12. Tem Marcar a Sempre 13. O ceta Marcar a Sempre 14. O ceta Marcar a Sempre 16. No ceta Marcar a Sempre	Influence under the control of the c	olar a qui ma oval. 2 influênce ma oval. 2	auantida 3 que te 3 que te-lhe 3 alino, é ra o fut	ande de fu 4 4 aprendict 4 ucar ac 4 de que r	s o de tare s s o o de tare s o o de tare s s o o de tare s o o o o de tare s o o o o de tare s o o o o o o o o o o o o o o o o o o	que lhe compete a si? * Nunca/ quase nunca stas que faz? * Nunca/ quase nunca Nunca/ quase nunca se novas? * Nunca/ quase nunca abilidades ou periolas? * Nunca/ quase nunca a antecedência cobre decisões importantes,
84. 85. 85. 86. 87. 89.	Sempre 11. Pode Marcar a Sempre 12. Tem i Marcar a Sempre 13. O ceta Marcar a Sempre 14. O ceta Marcar a Sempre 15. O ceta Marcar a Sempre 16. O ceta Marcar a Sempre 17. Rece	Influence under the second of	olar a qui ma oval. 2 influênce ma oval. 2 cho perma oval. 2 cho perma oval. 2 de trabance pa ama oval. 2 a informa oval. 2	auto de la cobe auto d	ande de fu 4 4 aprende 4 informaturo?* 4 de que r 4	s o de tare s s o o de tare s o o de tare s s o o de tare s o o o o o o o o o o o o o o o o o o	que lihe compete a si? * Nunca/ quase nunca efac que faz? * Nunca/ quase nunca Nunca/ quase nunca se novas? * Nunca/ quase nunca abilidades ou periolas? * Nunca/ quase nunca a antecedência cobre decisões importantes,

1 2 3 4 5 Sempre	91.	18. O seu trabalho apresenta objectivos ciaros? *
1. Stempre Nuncal quase nunca 22. 18. Bable exactamente quals as suas responsabilidades? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 23. 20. Sable exactamente o que e esperado de est? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 24. 21. O seu trabalho e reconheado e aprecidado pela direcylao? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 25. 21. A direcyla dos esu local de trabalho respetta-o? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 26. 29. É trabado de forma justa no ceu local de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 27. 24. Faz colcas no seu trabalho que una concordam mas outros não? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 28. S. Por vezes tem que fazer colsas que deventam ser felfas de outra manetra? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 29. 29. Por vezes tem que fazer colsas que deventam ser felfas de outra manetra? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 20. 27. Com que frequência tem ajuda e apolo dos esus colegas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 20. 27. Com que frequência tem ajuda e apolo dos esus colegas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 20. 27. Com que frequência tem ajuda e apolo dos esus colegas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 20. 28. Com que frequência co ceus colegas estão dispostos a oval-la(a) sobre os seus problemas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 20. Com que frequência co ceus colegas estão dispostos a oval-la(a) sobre os seus problemas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 20. Com que frequência co ceus colegas estão dispostos a oval-la(a) sobre os seus problemas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nun		Marcar apenas uma oval.
1 2 3 4 5 Sempre		1 2 3 4 5
Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre		1. Sempre Nunca/ quase nunca
Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre	97	19. Sabe evantamente qualc as quas reconneabilidader**
Sempre Nunca' quase nunca 93. 20. Babe exactamente o que e esperado de si? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca' quase nunca 94. 21. O seu trabalho e recombedo e apreciado pela direcição? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca' quase nunca 95. 22. A direcigão do seu local de trabalho respetta-o? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca' quase nunca 95. 23. É tratado de forma jueta no seu local de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca' quase nunca 97. 24. Faz acidas no seu trabalho que una sonorordam mas outros não? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca' quase nunca 97. 24. Faz acidas no seu trabalho que una sonorordam mas outros não? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca' quase nunca 98. 26. Por vezes tem que fazer ooisas que devertam ser felfas de outra maneira? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca' quase nunca 99. 28. Por vezes tem que fazer ooisas que considera desnecessárias? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca' quase nunca 90. 27. Com que frequência tem ajuda e apolo dos seus solegas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca' quase nunca 1 2 3 4 5 Sempre Nunca' quase nunca 1 2 3 4 5 Sempre Nunca' quase nunca 1 2 3 4 5 Sempre Nunca' quase nunca 1 2 3 4 5 Sempre Nunca' quase nunca 1 2 3 4 5 Sempre Nunca' quase nunca 1 2 3 4 5 Sempre Nunca' quase nunca 1 2 3 4 5 Sempre Nunca' quase nunca 1 2 3 4 5 Sempre Nunca' quase nunca 20. 20. Com que frequência os seus solegas falam consigo acerca do seu desempenho laborat? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca' quase nunca 20. 20. Com que frequência ce seus solegas falam consigo acerca do seu desempenho laborat? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca' quase nunca 21 5. Sempre Nunca' quase nunca 22 10. Com que frequência ce seus solegas falam consigo acerca do seu desempenho laborat? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre N		
93. 20. Bable exactaments o que e esperado de ci? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre		1 2 3 4 5
93. 20. Bable exactaments o que e esperado de ci? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre		Sempre Nunca/ quase nunca
Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre		
Sempre Nuncal quase nunca 94. 21. 0 seu trabalho è reconhecido e apreciado pela direogão? * Alarcar openas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 95. 22. A direogão do seu local de trabalho recpeita-o? * Alarcar openas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 95. 23. É trafado de forma justa no seu local de trabalho? * Alarcar openas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 97. 24. Faz colicas no seu trabalho que une consordam mas outros não? * Alarcar openas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 98. 26. Por vezes tem que fazer colicas que deveriam ser feitas de outra maneira? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 99. 28. Por vezes tem que fazer colicas que considera desnecessárias? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 90. 27. Com que frequência tem ajuda e apolo dos seus colegas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 20. 20. Com que frequência os seus colegas trilam consigo acerca do seu desempenho laboral? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 20. 20. Com que frequência os seus susperior imediato fala consigo sobre como esta a decorrer o seu trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 21. 21. Com que frequência se seus superior imediato fala consigo sobre como esta a decorrer o seu trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca		
94. 21. O seu trabalho è reconhecido e apreciado pela direogão? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre		1 2 3 4 5
94. 21. O seu trabalho è reconhecido e apreciado pela direogão? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre		Semore Nunca/ guase nunca
Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre		
Sempre Nuncal quase nunca 95. 22. A direoglo do seu local de trabalho respetia-o? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 95. 20. È tratado de forma justa no seu local de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 97. 24. Faz colicas no seu trabalho que une concordam mas outros não? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 98. 26. Por vezes tem que fazer colicas que deveriam ser feitas de outra maneira? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 99. 29. Por vezes tem que fazer colicas que considera desnecessárias? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 20. 27. Com que frequência fam ajuda e apolo dos seus colegas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 20. 27. Com que frequência so seus colegas estão dispoctos a ouvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 20. 28. Com que frequência so seus colegas estão dispoctos a ouvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 22. 28. Com que frequência so seus colegas talam consigo acerca do seu desempenho laboral? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 23. 30. Com que frequência so seu superior imediato fais consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nuncal quase nunca 23. 30. Com que frequência o seu superior imediato fais consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nuncal quase nunca 24. 21. Com que frequência em ajuda e apolo do seu superior imediato? * Marcar apenas uma oval.	34.	
Sempre Nuncal quase nunca 95. 22. A direoglo do seu local de trabalho respetia-o? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 95. 20. È tratado de forma justa no seu local de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 97. 24. Faz colicas no seu trabalho que une concordam mas outros não? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 98. 26. Por vezes tem que fazer colicas que deveriam ser feitas de outra maneira? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 99. 29. Por vezes tem que fazer colicas que considera desnecessárias? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 20. 27. Com que frequência fam ajuda e apolo dos seus colegas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 20. 27. Com que frequência so seus colegas estão dispoctos a ouvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 20. 28. Com que frequência so seus colegas estão dispoctos a ouvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 22. 28. Com que frequência so seus colegas talam consigo acerca do seu desempenho laboral? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 23. 30. Com que frequência so seu superior imediato fais consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nuncal quase nunca 23. 30. Com que frequência o seu superior imediato fais consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nuncal quase nunca 24. 21. Com que frequência em ajuda e apolo do seu superior imediato? * Marcar apenas uma oval.		1 2 3 4 5
95. 22. A direogão do seu local de trabalho respeita-o?* Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre		
Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre	_	
Sempre Nuncai quase nunca 95. 28. É tratado de forma justa no seu looal de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncai quase nunca 97. 24. Faz colisas no seu trabalho que uns concordam mas cutros não? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncai quase nunca 98. 26. Por vezes tem que fazer colisas que deveriam ser feitas de outra maneira? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncai quase nunca 99. 28. Por vezes tem que fazer colisas que considera desnecessárias? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncai quase nunca 90. 27. Com que frequência tem ajuda e apolo dos seus colegas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncai quase nunca 90. 28. Com que frequência co seus colegas estão dispostos a cuvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncai quase nunca 90. 29. Com que frequência co seus colegas falam concigo acerca do seu desempenho laborat? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncai quase nunca 90. 20. Com que frequência co seus colegas falam concigo acerca do seu desempenho laborat? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncai quase nunca 90. 20. Com que frequência co seus colegas falam concigo acerca do seu desempenho laborat? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Nuncai quase nunca 90. 20. Com que frequência ce seus colegas falam concigo acerca do seu desempenho laborat? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Nuncai quase nunca 90. 20. Com que frequência tem ajuda e apolo do seu superior imediato? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Nuncai quase nunca	95.	
Sempre Nuncai quase nunca 95. 28. É tratado de forma justa no seu looal de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncai quase nunca 97. 24. Faz colisas no seu trabalho que uns concordam mas cutros não? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncai quase nunca 98. 26. Por vezes tem que fazer colisas que deveriam ser feitas de outra maneira? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncai quase nunca 99. 28. Por vezes tem que fazer colisas que considera desnecessárias? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncai quase nunca 90. 27. Com que frequência tem ajuda e apolo dos seus colegas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncai quase nunca 90. 28. Com que frequência co seus colegas estão dispostos a cuvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncai quase nunca 90. 29. Com que frequência co seus colegas falam concigo acerca do seu desempenho laborat? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncai quase nunca 90. 20. Com que frequência co seus colegas falam concigo acerca do seu desempenho laborat? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncai quase nunca 90. 20. Com que frequência co seus colegas falam concigo acerca do seu desempenho laborat? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Nuncai quase nunca 90. 20. Com que frequência ce seus colegas falam concigo acerca do seu desempenho laborat? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Nuncai quase nunca 90. 20. Com que frequência tem ajuda e apolo do seu superior imediato? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Nuncai quase nunca		1 2 3 4 5
95. 29. É tratado de forma justa no seu local de trabalho?* Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre		
Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre		
Sempre Nuncal quase nunca 97. 24. Faz colcas no seu trabalho que una concordam mas outros não? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 98. 25. Por vezes tem que fazer colcas que deveriam ser feitas de outra maneira? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 99. 26. Por vezes tem que fazer colcas que deveriam ser feitas de outra maneira? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 90. 27. Com que trequência tem ajuda e apolo dos seus colegas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 91. 25. Com que trequência tem ajuda e apolo dos seus colegas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 92. 28. Com que trequência os seus colegas estão dispostos a ouvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 92. 28. Com que trequência os seus colegas talam consigo acerca do seu desempenho laboral? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 93. 30. Com que trequência o seus superior imediato fala consigo sobre como esta a decorrer o seu trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Nuncal quase nunca 93. 30. Com que frequência o seus superior imediato fala consigo sobre como esta a decorrer o seu trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Nuncal quase nunca	36.	
Sempre Nuncal quase nunca 97. 24. Faz colcas no seu trabalho que una concordam mas outros não? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 98. 25. Por vezes tem que fazer colcas que deveriam ser feitas de outra maneira? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 99. 26. Por vezes tem que fazer colcas que deveriam ser feitas de outra maneira? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 90. 27. Com que trequência tem ajuda e apolo dos seus colegas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 91. 25. Com que trequência tem ajuda e apolo dos seus colegas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 92. 28. Com que trequência os seus colegas estão dispostos a ouvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 92. 28. Com que trequência os seus colegas talam consigo acerca do seu desempenho laboral? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncal quase nunca 93. 30. Com que trequência o seus superior imediato fala consigo sobre como esta a decorrer o seu trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Nuncal quase nunca 93. 30. Com que frequência o seus superior imediato fala consigo sobre como esta a decorrer o seu trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Nuncal quase nunca		1 2 3 4 5
97. 24. Faz colicas no seu trabalho que uns concordam mas cuéros não? * **********************************		Sempre Nunca/quase nunca
Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre	_	
Sempre Nunca/ quase nunca 38. 26. Por vezes tem que fazer colcas que deveriam ser feitas de outra maneira?* Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca/ quase nunca 99. 28. Por vezes tem que fazer colcas que concidera decnecescárias?* Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca/ quase nunca 10. 27. Com que frequência tem ajuda e apolo dos seus colegas de trabalho?* Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca/ quase nunca 10. 28. Com que frequência co seus colegas estão dispostos a cuvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho?* Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca/ quase nunca 20. 28. Com que frequência os seus colegas falam concigo acerca do seu decempenho laboral?* Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca/ quase nunca 20. 29. Com que frequência os seus colegas falam concigo acerca do seu decempenho laboral? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 20. 30. Com que frequência o seu superior imediato fala concigo sobre como está a decorrer o seu trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 20. 31. Com que frequência cem ajuda e apolo do seu superior imediato? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca	97.	
26. 26. Por vezes tem que fazer coltas que devertam ser feitas de outra maneira? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre		1 2 3 4 5
26. 26. Por vezes tem que fazer coltas que devertam ser feitas de outra maneira? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre		Sempre Nunca/quase nunca
Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre		
Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre		
Sempre Nunca/ quase nunca 99. 26. Por vezes tem que fazer colcas que considera decnecescárias? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca/ quase nunca 10. 27. Com que frequéncia tem ajuda e apolo dos seus colegas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca/ quase nunca 1 2 3 4 5 Sempre Nunca/ quase nunca 1 2 3 4 5 Sempre Nunca/ quase nunca 1 2 3 4 5 Sempre Nunca/ quase nunca 20. 28. Com que frequência os seus colegas estão dispostos a cuvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca/ quase nunca 20. 28. Com que frequência os seus colegas falam consigo acerca do seu desempenho laborat? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 30. Com que frequência o seu superior imediato fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 31. Sempre Nunca/ quase nunca 32. 31. Com que frequência e a qua de apolo do seu superior imediato? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca		
99. 28. Por vezes tem que fazer colcas que considera desnecesarias? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre		1 2 3 4 5
Alarcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre		Sempre Nunca/ quase nunca
Alarcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre	99	28. Por vezes fem que fazer poisas que considera desnecestárias? *
Sempre Nunca/ quase nunca 27. Com que frequência tem ajuda e apolo dos seus colegas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca/ quase nunca 21. 28. Com que frequência os seus colegas estão dispostos a cuvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca/ quase nunca 22. 28. Com que frequência os seus colegas estão dispostos a cuvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 33. 30. Com que frequência o seu superior imediato faia concigo sobre como está a decorrer o seu trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 34. 31. Com que frequência o seu superior imediato faia concigo sobre como está a decorrer o seu trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 34. 31. Com que frequência tem ajuda e apolo do seu superior imediato? * Marcar apenas uma oval.		
27. Com que frequência tem ajuda e apoio dos seus colegas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre		1 2 3 4 5
Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre		Sempre Nunca/ quase nunca
Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre	100.	27. Com que frequência tem ajuda e apojo dos seus colegas de frabalho?
Sempre Nunca/ quase nunca 10.1.28. Com que frequência os seus ociegas ectão dispostos a ouvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca/ quase nunca 22. 28. Com que frequência os seus ociegas falam concigo acerca do seu desempenho laboral? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 33. 30. Com que frequência o seu superior imediato fala concigo sobre como está a decorrer o seu trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 34. 31. Com que frequência tem ajuda e apolo do seu superior imediato? * Marcar apenas uma oval. 1 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 35. 31. Com que frequência tem ajuda e apolo do seu superior imediato? * Marcar apenas uma oval.		
20. 28. Com que frequência os seus ociegas estão dispostos a ouvi-lo(a) cobre os seus problemas de trabelho?* Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca/ quase nunca 22. 28. Com que frequência os seus ociegas falam consigo acerca do seu desempenho laboral? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 33. 30. Com que frequência o seu superior imediato fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabelho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 34. 31. Com que frequência tem ajuda e apoto do seu superior imediato? * Marcar apenas uma oval.		1 2 3 4 5
20. 28. Com que frequência os seus ociegas estão dispostos a ouvi-lo(a) cobre os seus problemas de trabelho?* Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nunca/ quase nunca 22. 28. Com que frequência os seus ociegas falam consigo acerca do seu desempenho laboral? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 33. 30. Com que frequência o seu superior imediato fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabelho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 34. 31. Com que frequência tem ajuda e apoto do seu superior imediato? * Marcar apenas uma oval.		Sempre Nunca/ quase nunca
trabalihor * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre		
1 2 3 4 5 Sempre Nunca/ quase nunca 22. 28. Com que frequéncia os ceus colegas falam concigo acerca do seu decempenho laboral? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 33. 30. Com que frequéncia o seu superior imediato fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 34. 31. Com que frequéncia tem ajuda e apolo do seu superior imediato? * Marcar apenas uma oval.	1	trabalho? *
Nunca/ quase nunca 22. 28. Com que frequência os seus colegas falam consigo aceroa do seu decempenho laboral? * Alarcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 33. Com que frequência o seu superior imediato fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 4 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 34. 31. Com que frequência tem ajuda e apoto do seu superior imediato? * Marcar apenas uma oval.		
22. 28. Com que frequência os seus colegas falam concigo acerca do seu desempenho laboral? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 23. 30. Com que frequência o seu superior imediato fala concigo sobre como está a decorrer o seu trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 34. 31. Com que frequência tem ajuda e apolo do seu superior imediato? * Marcar apenas uma oval.		
Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre		Sempre Nunca/ quase nunca
1 2 3 4 5 1. Sempre Nuncaí quase nunca 33. Com que frequência o ceu superior imediato fala concigo sobre como está a decorrer o seu trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nuncaí quase nunca 34. 31. Com que frequência tem ajuda e apoio do seu superior imediato? * Marcar apenas uma oval.		
1. Sempre Nunca/ quase nunca 23. 30. Com que frequência o seu superior imediato fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho? * Alarcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 24. 31. Com que frequência tem ajuda e apolo do seu superior imediato? * Alarcar apenas uma oval.		Marcar apenas uma oval.
D3. 30. Com que frequência o seu superior imediato fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 24. 31. Com que frequência tem ajuda e apolo do seu superior imediato? * Marcar apenas uma oval.		1 2 3 4 5
trabalho?* Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nuncar quase nunca 34. 31. Com que frequência tem ajuda e apolo do seu superior imediato? * Marcar apenas uma oval.		1. Sempre Nunca/ quase nunca
trabalho?* Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nuncar quase nunca 34. 31. Com que frequência tem ajuda e apolo do seu superior imediato? * Marcar apenas uma oval.	03.	30. Com que frequência o seu superior imediato faia consigo sobre como está a decorrer o seu
1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 24. 31. Com que frequénola tem ajuda e apolo do seu superior imediato? * Marcar apenas uma oval.	1	trabalho?*
Nunca/ quase nunca 31. Com que frequência tem ajuda e apolo do seu superior imediato? * Marcar apenas uma oval.		
D4. 31. Com que frequência tem ajuda e apolo do seu superior imediato? * Marcar apenas uma oval.		
Marcar apenas uma oval.		1. Sempre () () () Nunca/ quase nunca
1 2 3 4 5	104.	
	104.	

	32. Com que frequência é que o seu superior imediato fala consigo em relação ao seu desempenho
105.	
	laboral? * Marcar apenas uma oval.
	1 2 3 4 5
	1. Sempre Nunca/ quase nunca
106.	33. Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus collegas? *
	Marcar apenas uma oval.
	1 2 3 4 5
	1. Sempre Nunca/ quase nunca
107	34. Exicte uma boa ocoperação entre os colegas de trabalho? *
	Marcar apenas uma oval.
	1 2 3 4 5
	1. Sempre Nunca/ quase nunca
108.	36. No seu local de trabalho sente-se parte de uma comunidade? * Marcar apenas uma oval.
	1 2 3 4 5
	1. Sempre Nunca/ quase nunca
09.	Em relação à sua ohefia directa até que ponto concidera que * 36. Oferece aos individuos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento / formação?
	Marcar apenas uma oval.
	1 2 3 4 5
	1. Sempre Nunca/ quase nunca
110	37. Dá prioridade à caticfação no trabalho? *
-	Marcar apenas uma oval.
	1 2 3 4 5
	1. Sempre Nunca/ quase nunca
	38. É bom no planeamento do trabalho? *
111.	Marcar apenas uma oval.
111.	Marcar apenas uma oval.
111.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5
111.	Marcar apenas uma oval.
111.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5
	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre
	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5
	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre
	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nuncar quase nunca 39. É bom a recolver conflitoc? * Marcar apenas uma oval.
112.	1
112.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 39. É bom a recolver conflitoc? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca As questões seguintes referem-se ao seu local de trabalho no seu todo. * 40. Os trabalhadores ocultam informações uma dos outros?
112.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre
112.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca 39. É bom a recolver conflitoc? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nunca/ quase nunca As questões seguintes referem-se ao seu local de trabalho no seu todo. * 40. Os trabalhadores ocultam informações uma dos outros?
112.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nuncai quase nunca 98. É bom a resolver conflitoc? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nuncai quase nunca As questões seguintes referem-se ao seu local de trabalho no seu todo. * 40. Os rabalhadores ocultam informações una dos outros? Marcar apenas uma oval.
112.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nuncar quase nunca 98. É bom a resolver conflitoc? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nuncar quase nunca As questões seguintes referem-se ao seu losal de trabalho no seu todo. * 40. Os trabalhadores ocultam informações uns dos outros? Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5
112.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre
112.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nuncar quase nunca 38. É bom a resolver conflitoc? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nuncar quase nunca As questões seguintes referem-se ao seu losal de trabalho no seu todo. * 40. Os trabalhadores ocultam informações uns dos outros? Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncar quase nunca 41. Os trabalhadores ocultam informações de direogão? *
112.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nuncar quase nunca 38. É born a resolver conflitos? * Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre Nuncar quase nunca As questões seguintes referem-4e ao seu local de trabalho no seu todo. * 40. Os trabalhadores ocultam informações uns dos outros? Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre Nuncar quase nunca 41. Os trabalhadores coultam informações à direcção? * Marcar apenas uma oval.
112.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre
112.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre
112.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre
112.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre
112.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre
112.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre
112.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre
112.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre
112.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre
1112.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre
1112.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre
1112.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre
1112.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre
1113.	As questices seguinfec referem-se ao seu local de trabalho no seu todo.* 40. Os trabalhadores coultam informações uns dos outros? Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 Sempre
1112.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre
1113.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre
1112.	Marcar apenas uma oval. 1 2 3 4 5 1. Sempre

1. Sempre	1 2		5	•				
1. Sempre					_			
	0) () () (iuricar quase nurica		
120. 47. As suged			dores	680 tra	atadas d	e forma séria pela dire	980?*	
marcar apena								
	1 2							
1. Sempre	0) () () (lunca/ quase nunca		
121. 48. O trabalho			stribul	do pelo	os trabal	hadores? *		
Marcar apena								
	1 2							
1. Sempre) () (\supset (⊃ N	lunca/ quase nunca		
122. 49. Sou semp			ilver pr	oblema	ac, ce te	ntar o sufficiente. •		
Marcar apena	s uma ova	IL.						
	1 2							
1. Sempre	\circ) (\supset	○ N	lunca/ quase nunca		
123. 60. É-me fáol			planoc	e atin	gir os m	eus objectivos. •		
Marcar apena	s uma ova	IL.						
		2 :						
1. Sempre	0) () (\supset (⊃ N	lunca/ quase nunca		
124. 61. O seu tral			signifi	oado p	ara si? •			
Marcar apena								
		2						
Extremamente	. 0	\circ	\circ			Nada/ quase nada		
125. 62. Sente que			Impor	tante?				
Marcar apena								
		2						
Extremamente	• 🔾	\bigcirc				Nada/ quase nada		
126. 63. Sente-se m Marcar apenas	uma oval.					ho? *		
Marcar apenas	uma oval.	2	3	4	5			
Marcar apenas	1	2	3	4	5	Nada/ quase nada		
Marcar apenas	1 alar com c	2 Cos outro	3	4	5	Nada/ quase nada		
Marcar apenas Extremamente 127. 64. Gosta de fi	1 alar oom o	2 Os outro	3 Os sobr	4	5 u local d	Nada/ quase nada		
Marcar apenas Extremamente 127. 64. Gosta de fi Marcar apenas	1 alar oom o	2 Os outro	3 Os sobr	4	5 u local d	Nada/ quase nada le trabalho? *		
Marcar apenas Extremamente 127. 64. Gosta de fi Marcar apenas Extremamente	1 alar com o	2 os outro	3 0c cobr	4	5 u local d	Nada' quase nada le trabalho? * Nada' quase nada		
Marcar apenas Extremamente 127. 64. Gosta de fi Marcar apenas Extremamente	1 alar com c uma oval. 1 alar com c uma oval. 1 os problem	2 os outro	3 0c cobr	4	5 u local d	Nada/ quase nada le trabalho? *		
Marcar apenas Extremamente 127. 64. Gosta de fi Marcar apenas Extremamente 128. 66. Sente que	alar com o uma oval. 1 alar com o uma oval. 1 oc probles uma oval.	2 os outro	3 oc cobr	4 	s u local d	Nada' quase nada le trabalho? * Nada' quase nada		
Marcar apenas Extremamente 127. 64. Gosta de fi Marcar apenas Extremamente 128. 66. Sente que Marcar apenas	alar oom o uma oval. 1 alar oom o uma oval. 1 os probler uma oval. 1	2 os outro	3 oc cobr	4 	5 u local d 5 trabalho	Nada/ quase nada le trabalho? * Nada/ quase nada o são seus também? *		
Marcar apenas Extremamente 127. 64. Gosta de fi Marcar apenas Extremamente 128. 65. Sente que Marcar apenas	alar com caluma oval. 1 alar com caluma oval. 1 cos probleta uma oval. 1	2 os outro	3 3 cee cobi	4 4	5 u local d 5 trabalho	Nada/ quase nada le trabalho? * Nada/ quase nada cão seus também? * Nada/ quase nada		
Marcar apenas Extremamente 127. 64. Gosta de fi Marcar apenas Extremamente 128. 66. Sente que Marcar apenas	alar com caluma oval. 1 alar com caluma oval. 1 cos probleta uma oval. 1	2 os outro	3 3 cee cobi	4 4	5 u local d 5 trabalho	Nada/ quase nada le trabalho? * Nada/ quase nada cão seus também? * Nada/ quase nada		
Marcar apenas Extremamente 127. 64. Gosta de fi Marcar apenas Extremamente 128. 65. Sente que Marcar apenas	alar oom o uma oval. 1 os probler uma oval. 1 os probler uma oval. 1 os probler uma oval.	2 2 mas outro 2 2 shiho emide traba	3 3 cee cobi	4 4	5 u local d 5 trabalho	Nada/ quase nada le trabalho? * Nada/ quase nada cão seus também? * Nada/ quase nada		
Marcar apenas Extremamente 127. 64. Gosta de fi Marcar apenas Extremamente 128. 66. Sente que- Marcar apenas Extremamente 129. Em relação ao 56. As suas per	alar oom o uma oval. 1 os probler uma oval. 1 os probler uma oval. 1 os probler uma oval.	2 2 2 2 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	3 3 c seu lo 3 a geral,	4 4 4 cossi de	S S S S S S S S S S S S S S S S S S S	Nada/ quase nada le trabalho? * Nada/ quase nada cão seus também? * Nada/ quase nada		
Marcar apenas Extremamente 127. 64. Goota de fi Marcar apenas Extremamente 128. 65. Serfie que Marcar apenas Extremamente 129. Em relação ao 56. As suas per Marcar apenas	alar com o uma oval. 1 cos probles uma oval. 1 cos probles uma oval. 1 cos probles uma oval. 1	2 2 2 mas outro 2 2 2 aliho em de traba	3 3 ceu lo 3 ceu lo 3 peral,	4 4 4 Quão seal de	S U I local d S S Catterento	Nada/ quase nada le trabalho? * Nada/ quase nada cão seus também? * Nada/ quase nada		
Marcar apenas Extremamente 127. 64. Goota de fi Marcar apenas Extremamente 128. 65. Serfie que Marcar apenas Extremamente 129. Em relação ao 56. As suas per Marcar apenas	uma oval. 1 alsar oom o oo probletii oo o	2 2 mas do 2 milho em 2 2	3 3 ceu lo 3 geral, asino?	4 4 quão e	5 u local d 5 trabalho 5 5 5 5	Nada/ quase nada le trabalho? * Nada/ quase nada a do ceuc também? * Nada/ quase nada a está com *		
Extremamente 127. 64. Oosta de fi Marcar apenas Extremamente 128. 66. Senfe que Marcar apenas Extremamente 129. Em relação ao 56. As suas per Marcar apenas Extremamente	uma oval. 1 os probleita 1	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	3 3 ceu lo 3 geral, asino?	4 4 quão e	5 u local d 5 trabalho 5 5 5 5	Nada/ quase nada le trabalho? * Nada/ quase nada a do ceuc também? * Nada/ quase nada a está com *		
Extremamente 127. 64. Gosta de fi Marcar apenas Extremamente 128. 65. Sente que Marcar apenas Extremamente 129. Em reliação ao 55. As suas per Marcar apenas Extremamente 130. 67. As condigição 130. 67. As condigição	1 uma oval.	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	3 3 ceu lo 3 geral, 3 u peral, 1 u local	4 4 avail de 4 quito e 4 de trat	s u local d s s trabalho s s s balho?*	Nada/ quase nada le trabalho? * Nada/ quase nada a do ceuc também? * Nada/ quase nada a está com *		
Extremamente 127. 64. Oosta de fi Marcar apenas Extremamente 128. 65. Sertie que- Marcar apenas Extremamente 129. Em relação ao 56. As suas per Marcar apenas Extremamente 130. 67. As condige Marcar apenas	1 uma oval.	2 mas do 2 inho em 2 c s do sei	3 ceu lo 3 ceu lo 3 ceu lo 3 ceu lo 3 cu geral, 3 u u looal	4 ve o see 4 qualo e 4 qualo e 4	5 5 5 catisteto 5 5 5 5 5	Nada/ quase nada le trabalho? * Nada/ quase nada a do ceuc também? * Nada/ quase nada a está com *		
Extremamente 127. 64. Oosta de fi Marcar apenas Extremamente 128. 65. Sertie que- Marcar apenas Extremamente 129. Em relação ao 56. As suas per Marcar apenas Extremamente 130. 67. As condige Marcar apenas	uma oval. 1 ose problete 1 ose probl	2 2 2 2 2 2 3 3 3 3 5 5 6 6 6 7 7 8 7 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	3 3 cee loo 3 cee lo 4 cee lo	4 4 quiso se di tratta	s s s s s s s s s s s s s s s s s s s	Nada/ quase nada le trabalho? * Nada/ quase nada le cão seus também? * Nada/ quase nada le está com * Nada/ quase nada		
Marcar apenas Extremamente 127. 64. Gosta de fi Marcar apenas Extremamente 128. 65. Sente que Marcar apenas Extremamente 129. Em relação ao 56. As suas per Marcar apenas Extremamente 130. 67. As condigio Marcar apenas	uma oval. 1 os probletes uma oval. 1 os probletes uma oval. 1 os es utraba uma oval. 1 os es utraba uma oval. 1	2 2 2 mass do serio de trabo	3 3 cee loo 3 cee lo 4 cee lo	4 4 quiso se di tratta	s s s s s s s s s s s s s s s s s s s	Nada/ quase nada le trabalho? * Nada/ quase nada le cão seus também? * Nada/ quase nada le está com * Nada/ quase nada		
Extremamente 127. 64. Oosta de fi Marcar apenas Extremamente 128. 65. Senfe que Marcar apenas Extremamente 129. Em relação ao 56. As suas per Marcar apenas Extremamente 130. 67. As condigo Marcar apenas Extremamente 131. 68. A forma oc	uma oval. 1 os probletes uma oval. 1 os probletes uma oval. 1 os es utraba uma oval. 1 os es utraba uma oval. 1	2 2 2 2 2 2 2 2 3 3 4 5 5 6 6 7 7 7 8 7 8 7 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	3 3 ce cobre 3 ceu lo 6 ceu lo 6 ceu lo 7 ceu lo 8 ceu lo	4 4 Quado o 4 4 Quado o 4 4 Contractor 4 Contractor 4 Contractor 4 Contractor 4 Contractor 6 Contractor 6	5 u local d 5 trabalho 5 satisfetic 5 utilizada	Nada/ quase nada le trabalho? * Nada/ quase nada le cão seus também? * Nada/ quase nada le está com * Nada/ quase nada		
Extremamente 127. 64. Oosta de fi Marcar apenas Extremamente 128. 65. Senfe que Marcar apenas Extremamente 129. Em relação ao 56. As suas per Marcar apenas Extremamente 130. 67. As condigo Marcar apenas Extremamente 131. 68. A forma oo Marcar apenas	uma oval. 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	3 3 ce cobe 3 3 ce ceu lo 3 ceu lo 6 ceu lo 7 ceu lo 8 ce	4 voal de trat 4 de trat 4 de trat 4	s u local d s s s s s s s s s s s s s s s s s s	Nada/ quase nada le trabalho? * Nada/ quase nada le cão seus também? * Nada/ quase nada le está com * Nada/ quase nada		
Extremamente 127. 64. Oosta de fi Marcar apenas Extremamente 128. 65. Senfe que Marcar apenas Extremamente 129. Em relação ao 56. As suas per Marcar apenas Extremamente 130. 67. As condigo Marcar apenas Extremamente 131. 68. A forma oo Marcar apenas	uma oval. 1 osalar com o osal	2 2 2 as one outree 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	3 3 ceu lo 6 ceu lo 7 ceu lo 8	4 Quito 6 4 Quito 6 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 6 6	s u local d s s s s s s s s s s s s s s s s s s	Nada/ quase nada le trabalho? * Nada/ quase nada cao ceuc também? * Nada/ quase nada cetá com * Nada/ quase nada Nada/ quase nada		
Extremamente 127. 64. Gosta de fi Marcar apenas Extremamente 128. 65. Sente que Marcar apenas Extremamente 129. Em reliação ao 55. As suas per Marcar apenas Extremamente 130. 67. As oondigt Marcar apenas Extremamente 131. 68. A forma oo Marcar apenas Extremamente	uma oval. 1 ose traba uma oval. 1 seu traba uma oval. 1 aliho de uma oval. 1	2 2 mas do 2 as do sei 2 2 as do sei 2 as eapar	3 3 ceu lo 6 ceu lo 7 ceu lo 8	4 Quito 6 4 Quito 6 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 6 6	s u local d s s s s s s s s s s s s s s s s s s	Nada/ quase nada le trabalho? * Nada/ quase nada cao ceuc também? * Nada/ quase nada cetá com * Nada/ quase nada Nada/ quase nada		
Extremamente 127. 64. Oosta de fi Marcar apenas Extremamente 128. 66. Sente que Marcar apenas Extremamente 129. Em relação ao 56. As suas per Marcar apenas Extremamente 130. 67. As oondig Marcar apenas Extremamente 131. 68. A forma oo Marcar apenas Extremamente 132. 68. O seu trabi	uma oval. 1 oc probleti uma oval. 1 seu trabasi uma oval. 1 seu trabasi uma oval. 1 seu trabasi uma oval. 1 aliho de unua oval. 1 aliho de unua oval.	2 2 mas do 2 as do sei 2 2 as do sei 2 as eapar	3 a ceu local	4 de trat 4 de trat 4 de trat 4 de trat 4	s u u local d s trabalho s s catistetto s s utilizada	Nada/ quase nada le trabalho? * Nada/ quase nada cao ceuc também? * Nada/ quase nada cetá com * Nada/ quase nada Nada/ quase nada		
Marcar apenas Extremamente 127. 64. Goeta de fi Marcar apenas Extremamente 128. 66. Sente que Marcar apenas Extremamente 129. Em retagão ao 56. As suas per Marcar apenas Extremamente 130. 67. As condigo Marcar apenas Extremamente 131. 68. A forma oo Marcar apenas Extremamente 132. 68. O seu trabi Marcar apenas	uma oval. 1 oc probleta 1 seu trabas 1 seu trabas 1 seu trabas 1 seu trabas 1 aliho de unuma oval. 1	2 2 mas do 2 2 s do set	3 a ceu local 4 a ceu local 5 a ceu local 6 a ceu local 7 a ceu local 8	4 quiso e 4 quiso e 4 de trait 4 and excession 4	s u u local d s trabalho s s catistetto s s utilizada	Nada/ quase nada le trabalho? * Nada/ quase nada cao ceuc também? * Nada/ quase nada cetá com * Nada/ quase nada Nada/ quase nada		

	Marcar apenas uma oval.
	1 2 3 4 5
	Extremamente Nada/ quase nada
134.	81. Em geral, sente que a sua saúde é: *
	Marcar apenas uma oval.
	1 2 3 4 5
	Excelente Deficitária
	As próximas três questões referem-se ao modo oomo o seu trabalho afeota a sua vida privada: *
	62. Sente que o seu trabalho lhe exige muita energia que acaba por afectar a sua vida privada negativamente?
	Marcar apenas uma oval.
	1 2 3 4 5
	Extremamente Nada/ quase nada
136.	63. Sente que o seu trabalho lhe exige muito tempo que acaba por afectar a sua vida privada negativamente? *
	Marcar apenas uma oval.
	1 2 3 4 5
	Extremamente Nadar quase nada
137.	84. A sua familia e os seus amigos dizem-lhe que trabalha demais? * Marcar apenas uma oval.
	1 2 3 4 5 Extremamente
	Com que frequência durante as últimas 4 semanas sentiu * 65. Dificuldade a adomecer?
	Marcar apenas uma oval.
	1 2 3 4 5
	Sempre Nunca/ quase nunca
	88. Acordou várias vezes durante a notte e depois não conseguia adormecer novamente? * Marcar apenas uma oval.
	1 2 3 4 5
	Sempre Nunca/quase nunca
	ocupie C C C C Indica deac mino
140	. 97. Ficioamente exaucto? * Marcar apenas uma oval.
	1 2 3 4 5
	Sempre Nunca/ quase nunca
141	88. Emocionalmente exaucto? *
	Marcar apenas uma oval.
	1 2 3 4 5
	Sempre Nunca/ quase nunca
142	88. Intfado? *
	Marcar apenas uma oval.
	1 2 3 4 5
	Sempre Nunca/quase nunca
143	. Com que frequência durante as últimas 4 semanas sentiu*
	70. Ansioso? Marcar apenas uma oval.
	1 2 3 4 5
	Sempre Nunca/ quase nunca
444	. 71. Tricle? *
	. A. Inicey - Marcar apenas uma oval.
	1 2 3 4 5
	Sempre Nunca/ quase nunca
145	. 72. Falta de Interesse por colsas quotidianas? *
	Marcar apenas uma oval.
	1 2 3 4 5
	Sempre Nunca/ quase nunca
145	Nos últimos 12 meses, no seu local de frabalho: *
	73. Tem sido alvo de insultos ou provocações verbais? Marcar apenas uma oval.
	1 2 3 4 5

		1	2	3	4	5		
	Sempre	\bigcirc	\bigcirc	\bigcirc	\bigcirc	\bigcirc	Nunca/ quase nunca	
48.	76. Tem (Marcar a)				as de vi	loiénola1	•	
		1	2	3	4	5		
	Sempre	\bigcirc	\bigcirc	\bigcirc		\bigcirc	Nunca/ quase nunca	
49.	78. Tem (ia fisio	a?*		
		1	2	3	4	5		
	Sempre						Nunca/ quase nunca	

ANEXO 3

Entrevista Semiestruturada- Capacidade de Trabalho e Fatores de Risco Psicossociais em Profissionais de Saúde

Entrevista semiestruturada

CAPACIDADE DE TRABALHO E FATORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Entrevista nº_____

- 1. Gosta do que faz?
- Sente-se preparado para o que faz? Antes de iniciar a sua atividade, teve formação sobre a sua atividade?
- 3. O que mudava?
- 4. O que é mais positivo no trabalho que realiza?
- 5. O que é mais negativo no trabalha que realiza?
- Está satisfeito com as suas condições de trabalho?
- 7. Acha que existe uma boa organização do trabalho?
- 8. Acha que existem exigências contraditórias e falta de clareza na definição das funções?
- Acha que existe falta de participação na tomada de decisões?
- 10. Tem de fazer várias tarefas ao mesmo tempo?
- 11. Na sua opinião, acha que trabalha muitas horas?
- 12. Tem de trabalhar para além do seu horário de trabalho?
- 13. Sente-se satisfeito com o seu horário de trabalho?
- 14. Sente-se satisfeito com o seu vínculo de trabalho?
- 15. Como são as suas relações e contacto com utentes/doentes?
- 16. E com os colegas?
- 17. E com as chefias?
- 18. Existe espirito de grupo na organização em que trabalha?
- 19. Considera que existem situações no trabalho que o afetam emocionalmente?
- 20. Esconde emoções/sentimentos dos colegas?
- 21. Alguma foi vítima de assédio moral ou sexual, violência de terceiros?
- 22. Para as tarefas que desempenha, pensa que a sua remuneração é adequada?
- 23. Tem medo de ficar desempregado(a)?
- 24. Nas consultas médicas de medicina do trabalho é-lhe abordado estas questões?
- 25. Já precisou de ajuda médica? Dos serviços internos (medicina do trabalho) ou fora dos serviços?
- 26. Em alguma formação ouviu falar em riscos psicossociais e índice de capacidade de trabalho?
- 27. Como descreve o seu dia-a-dia?
- 28. Como se sente após um dia de trabalho?
- 29. O que considera desgastante e prejudicial para a sua saúde?
- 30. É fácil conciliar o trabalho e a família?
- 31. O presente e o futuro preocupam-no (a)?

ANEXO 4

Categorias e Subcategorias para Análise de Conteúdo das Entrevistas Semiestruturadas

	Positivo		
	Profissão	Nesta subcategoria codificam-se todos os trechos que refiram satisfação	1.Gosta do que faz?
		pela profissão exercida pelo trabalhador.	
	Tarefa	Nesta subcategoria codificam-se todos os trechos que refiram satisfação	4. O que é mais positivo no
		que decorra do trabalho/tarefa realizada pelo trabalhador.	trabalho que realiza?
	Horário	Nesta subcategoria codificam-se todos os trechos que refiram a	Sente-se satisfeito com o
		satisfação que decorra do horário de trabalho.	seu horário de trabalho?
	Vínculo	Nesta subcategoria codificam-se todos os trechos que refiram satisfação	14. Sente-se satisfeito com o seu
		que decorra do vínculo de trabalho.	vínculo de trabalho?
	Remuneração	Nesta subcategoria codificam-se todos os trechos que refiram satisfação	22. Para as tarefas que
		que decorra da remuneração do trabalho.	desempenha, pensa que a sua
Satisfaçã			remuneração é adequada?
com o	Negativo		
rabalho	Profissão	Nesta subcategoria codificam-se todos os trechos que refiram não	1.Gosta do que faz?
		satisfação pela profissão exercida pelo trabalhador.	
	Tarefa	Nesta subcategoria codificam-se todos os trechos que refiram não	5. O que é mais negativo no
		satisfação que decorra do trabalho/tarefa realizada pelo trabalhador.	trabalha que realiza?
	Horário	Nesta subcategoria codificam-se todos os trechos que refiram à não	13. Sente-se satisfeito com o
		satisfação que decorra do horário de trabalho.	seu horário de trabalho?
	Vínculo	Nesta subcategoria codificam-se todos os trechos que refiram não	14. Sente-se satisfeito com o seu
		satisfação que decorra do vínculo de trabalho.	vínculo de trabalho?
	Remuneração	Nesta subcategoria codificam-se todos os trechos que refiram não	22. Para as tarefas que
		satisfação que decorra da remuneração do trabalho.	desempenha, pensa que a sua
			remuneração é adequada?
	O que mudava	Nesta subcategoria codificam-se todos os trechos que refiram o que	3- O que mudava?
	,	trabalhador mudaya no trabalho.	

	Característica da Tarefa	Nesta subcategoria codificam-se todos os trechos que refiram a dificuldade que decorram das tarefas realizadas pelo trabalhador.	2. Sente-se preparado para o que faz?
Caracterí	Ritmo de trabalho	Nesta subcategoria codificam-se todos os trechos que se refiram a um elevado ritmo de trabalho ou falta de controlo sobre este; interrupções ao trabalho e discrepância de carga de trabalho consoante a altura do ano.	10. Tem de fazer várias tarefas ao mesmo tempo?
sticas de Trabalho	Poder de decisão	Nesta subcategoria codifica-se todos os trechos que se referem à falta de poder de tomada de decisão no seu trabalho.	
	Carga de Trabalho	Nesta subcategoria codifica-se todos os trechos que se referem a uma sobrecarga de tarefas sentidas pelo trabalhador.	11. Na sua opinião, acha que trabalha muitas horas?
		Nesta subcategoria codifica-se todos os trechos que se referem ao trabalhador ter que trabalhar para além do seu horário para terminar as tarefas.	12. Tem de trabalhar para além do seu horário de trabalho?

	Condições de	Nesta subcategoria codificam-se todos os trechos que refiram as	6. Está satisfeito com as suas
	trabalho	condições de trabalho.	condições de trabalho?
	Organização de	Nesta subcategoria codificam-se todos os trechos que refiram a	7- Acha que existe uma boa
	Trabalho	organização do trabalho no geral.	organização do trabalho?
	Responsabilidad	Nesta subcategoria codifica-se todos os trechos que se referem ao grau	Acha que existe falta de
	е	de responsabilidade inerente ao papel do trabalhador na organização.	participação na tomada de decisões?
	Espirito de	Nesta subcategoria codifica-se todos os trechos que se referem ao	18. Existe espirito de grupo na
	grupo	espirito de grupo na organização onde o trabalhador está inserido.	organização em que trabalha?
	Transparência	Nesta subcategoria codifica-se todos os trechos que se referem existir	8. Acha que existem exigências
	do papel laboral	exigências contraditórias e falta de clareza na definição das funções do	contraditórias e falta de clareza na
		trabalhador.	definição das funções?
	Reconheciment	Nesta subcategoria codifica-se todos os trechos que se referem ao	
	0	sentimento do trabalhador não ser reconhecido/valorizado pelos	
		superiores	
	Autonomia de	Nesta subcategoria codifica-se todos os trechos que se referem ao	
	funções	trabalhador ter autonomia nas funções que exerce.	
	Exigências	Nesta subcategoria codifica-se todos os trechos que se referem às	
	Emocionais	exigências emocionais que resultam da proximidade com as histórias	
		dos utentes/doentes.	
		Nesta subcategoria codifica-se todos os trechos que se referem às	19. Considera que existem
		situações no trabalho que afetam emocionalmente o trabalhador.	situações no trabalho que o
			afetam emocionalmente?
Organiza		Nesta subcategoria codifica-se todos os trechos que se referem às	20. Esconde
ção do		emoções e sentimentos escondidos pelo trabalhador aos colegas.	emoções/sentimentos dos
trabalho			colegas?
	Relações de	Nesta subcategoria codifica-se todos os trechos que se referem a	17. E com as chefias?
	Trabalho com as	problemas que surgem nas relações com as chefias	
	chefias		
	D-1~	Marka subarkasada andifirma kada an kasaba sur an afaran ba	1 1 C
	Relações de		-
	trabalho com os	relações do contacto com o utente/doente	contacto com utentes/doentes?
	utentes/doentes	Marka saka saka saka saka saka saka saka	24 Alexand Sei vibiere de
	Relações de	Nesta subcategoria codifica-se todos os trechos que se referem a relatos	

Relações trabalho com utentes/doent		15. Como são as suas relações e contacto com utentes/doentes?
Relações Trabalho/Com ortamentos ofensivos	Nesta subcategoria codifica-se todos os trechos que se referem a relatos de situações de vítima de assédio moral ou sexual, violência de terceiros por parte do trabalhador.	21. Alguma foi vítima de assédio moral ou sexual, violência de terceiros?
Formação	Nesta subcategoria codifica-se todos os trechos que se referem se o trabalhador teve formação antes de iniciar a sua atividade.	2- Antes de iniciar a sua atividade, teve formação sobre a sua atividade?
	Nesta subcategoria codifica-se todos os trechos que se referem se em alguma formação foi abordado a temática sobre riscos psicossociais e índice de capacidade de trabalho.	26. Em alguma formação ouviu falar em riscos psicossociais e índice de capacidade de trabalho?
Insegurança Laboral	Nesta subcategoria codifica-se todos os trechos que se referem à insegurança do trabalhador perante a situação laboral.	23. Tem medo de ficar desempregado(a)?
Conciliação trabalho-famíli Confiança	Nesta subcategoria codifica-se todos os trechos que se referem às dificuldades sentidas em conciliar a vida familiar (social) e o trabalho. Nesta subcategoria codifica-se todos os trechos que se referem aos	30. É fácil conciliar o trabalho e a família? 31. O presente e o futuro
Futuro	aspetos que o trabalhador menciona quanto à sua confiança no futuro.	preocupam-no (a)?

CAPACIDAD DE TRABAJO Y FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN PROFESIONALES DE LA SALUD

Saúde e Trabalho	Apoio medicina do trabalho	Nesta subcategoria codifica-se todos os trechos que se referem ao apoio dado pelos serviços de medicina do trabalho.	24. Nas consultas médicas de medicina do trabalho é-lhe abordado estas questões?
	Prejudicial para a saúde	Nesta subcategoria codifica-se todos os trechos que se referem desgastantes e prejudicial para a saúde do trabalhador.	29. O que considera desgastante e prejudicial para a sua saúde?
	Apoio dos serviços de saúde	Nesta subcategoria codifica-se todos os trechos que se referem se o trabalhador necessita ou já necessitou de apoio médico para lidar com os problemas que advêm do trabalho.	25. Já precisou de ajuda médica? Dos serviços internos (medicina do trabalho) ou fora dos serviços?
	Saúde	Nesta subcategoria codifica-se todos os trechos que se referem ao que sente o trabalhador após um dia de trabalho.	28. Como se sente após um dia de trabalho?
Resposta	Nesta categoria codificam-se todos os trechos que não mencionam qualquer fator de risco		
s não consider adas	psicossocial e não	devem ser considerados para análise.	