

RISCOS PSICOSSOCIAIS: REALIDADE DE UM HOSPITAL PERIFÉRICO **PORTUGUÊS**

PSYCHOSOCIAL RISKS: THE REALITY OF A PORTUGUESE PERIPHERAL HOSPITAL

TIPO DE ARTIGO: Artigo Original

Autores: Peixoto J¹, Macedo G², Silva B³, Costa F⁴, Lage G⁵, Salgado M⁶, Oliveira S⁷

RESUMO

Introdução

Os fatores de risco psicossociais têm-se tornado uma preocupação crescente na área da saúde levantando desafios nos Serviços de Saúde e Segurança Ocupacional.

Objetivos

Este estudo propõe-se a identificar os riscos psicossociais mais prevalentes entre profissionais de saúde de um hospital periférico, visando implementar medidas.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo observacional transversal com abordagem qualitativa. A recolha de dados foi realizada através do Questionário *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ II) complementada por um questionário de dados sociodemográficos e profissionais. A análise estatística foi através do SPSS® versão 26.

Resultados

A amostra final contou com 18% de adesão. Os resultados revelaram que as dimensões com maior perceção de risco elevado para a saúde foram as exigências emocionais, exigências cognitivas e ritmo de trabalho.

¹ **Joana Peixoto**

Médica Interna de Medicina do Trabalho na Unidade Local de Saúde do Alto Ave. Mestrado Integrado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. MORADA COMPLETA: Serviço de Saúde Ocupacional, Rua dos Cutileiros 114, Creixomil, 4835-044 Guimarães. E-MAIL: joana.ff.peixoto@ulsaave.min-saude.pt. ORCID: 0000-0003-1032-6090.

- CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Autor principal do artigo, aquisição de dados, revisão bibliográfica, conceção e redação do manuscrito.

² **Gerly Macedo**

Psicóloga especialista em clínica e saúde. Pós-graduada em psicologia saúde ocupacional. Coordenadora da Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde na Unidade Local de Saúde do Alto Ave. 4835-044 Guimarães. E-MAIL: gerlymacedo@ulsaave.min-saude.pt. ORCID: 0000-0002-6988-0822.

- CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Escolha do Tema, desenho do estudo.

³ **Bárbara Silva**

Médica Interna de Medicina do Trabalho na Unidade Local de Saúde do Alto Ave. Mestrado Integrado em Medicina pela Escola de Medicina da Universidade do Minho. 4835-044 Guimarães. E-MAIL: barbarasofiasilva@ulsaave.min-saude.pt.

- CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Revisão crítica do manuscrito

⁴ **Filipa Costa**

Médica Interna de Medicina do Trabalho na Unidade Local de Saúde do Alto Ave. Mestrado Integrado em Medicina pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. 4835-044 Guimarães. E-MAIL: filipamariacosta@ulsaave.min-saude.pt.

- CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Revisão crítica do manuscrito.

⁵ **Gracinda Lage**

Enfermeira do Serviço de Saúde Ocupacional na Unidade Local de Saúde do Alto Ave. Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem do Trabalho. 4835-044 Guimarães. E-MAIL: gracindalage@ulsaave.min-saude.pt.

- CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Aquisição de dados, revisão crítica do manuscrito.

⁶ **Micaela Salgado**

Psicóloga na Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde na Unidade Local de Saúde do Alto Ave. 4835-044 Guimarães. E-MAIL: micaela.salgado@outlook.pt.

- CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Aquisição de dados, revisão crítica do manuscrito.

⁷ **Sílvia Oliveira**

Diretora do Serviço de Saúde Ocupacional da Unidade Local de Saúde do Alto Ave. Médica Especialista em Medicina do Trabalho. Mestrado Integrado em Medicina pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. 4835-044 Guimarães. E-MAIL: silviasousaoliveira@ulsaave.min-saude.pt.

- CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Escolha do tema, desenho do estudo, revisão crítica do manuscrito.



Observou-se uma variação significativa na percepção dos riscos psicossociais com base em características sociodemográficas e socioprofissionais, como gênero, antiguidade, idade, escolaridade e categoria profissional.

Discussão/Conclusão

Este estudo destaca-se pela sua abrangência e por explorar os efeitos combinados e interativos de múltiplos riscos psicossociais. Os resultados revelam a urgência de uma abordagem integrada na gestão dos riscos psicossociais, implementando políticas e práticas eficazes que promovam um ambiente de trabalho saudável. A continuidade deste tipo de avaliações é essencial para o desenvolvimento da saúde ocupacional e, conseqüentemente, para a sustentabilidade das empresas.

PALAVRAS-CHAVE: Riscos Psicossociais, Saúde Ocupacional, Medicina do Trabalho, Segurança no Trabalho, Psicologia do Trabalho, Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

Introduction

Psychosocial risk factors have become a growing concern in the field of health, posing challenges for Occupational Health and Safety Services.

Objectives

This study aims to identify the most prevalent psychosocial risks among healthcare professionals in a peripheral hospital, with the goal of implementing preventive measures.

Materials and Methods

This is a cross-sectional observational study with a qualitative approach. Data collection was carried out using the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II), complemented by a sociodemographic and professional data questionnaire. Statistical analysis was performed using SPSS® version 26.

Results

The final sample had an 18% response rate. The results revealed that the dimensions with the highest perception of health-related risk were emotional demands, cognitive demands, and work pace. A significant variation in the perception of psychosocial risks was observed based on sociodemographic and professional characteristics such as gender, tenure, age, education level, and professional category.

Discussion/Conclusion

This study stands out for its comprehensiveness and for exploring the combined and interactive effects of multiple psychosocial risks. The results highlight the urgency of an integrated approach to managing psychosocial risks, through the implementation of effective policies and practices that promote a healthy work environment.

KEYWORDS: Psychosocial Risks, Occupational Health, Occupational Medicine, Workplace Safety, Work Psychology, Healthcare Professionals.

INTRODUÇÃO

Os fatores de risco de natureza psicossocial têm ganhado crescente importância e centralidade nas últimas décadas e são hoje uma grande preocupação de Saúde Pública (1) (2) e um desafio maior para os Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho. O interesse no seu estudo é relativamente recente e deve-se essencialmente às mudanças sociopolíticas, tecnológicas, de organização e mercado de trabalho que se traduzem num conjunto de novos riscos para o trabalhador (3).

A Organização mundial de Saúde (OMS), em 1981, define-os como fatores que influenciam a saúde e bem-estar do indivíduo e do grupo e que advêm da psicologia do indivíduo, da estrutura e da função da organização de trabalho. Já em 1986, a Organização Internacional do Trabalho expandiu essa definição para incluir interações entre o contexto, conteúdo e condições de trabalho com as competências, cultura, valores e necessidades pessoais dos trabalhadores, influenciando a sua saúde física e mental, produtividade e satisfação profissional (4).

Eles têm origem multifatorial e são subjetivos à experiência do trabalhador. Relacionam-se com a organização do trabalho, cultura organizacional, gestão e condições físicas no local de trabalho (5). A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2007) relaciona-os com os contextos sociais e ambientais. Estudos mostram que os mais comuns estão mais associados às especificidades das tarefas e

menos com a violência no local de trabalho, apesar de esta última ter consequências mais graves. Estatisticamente, cerca de 28% dos trabalhadores europeus relataram que o seu bem-estar mental foi afetado pela exposição a riscos psicossociais entre 1999 e 2007, equivalente a quase 55,6 milhões de trabalhadores (6).

A partir destas categorizações é possível perceber que não existe uma teoria ou expressão universal que defina o conceito de riscos psicossociais. O que é amplamente reconhecido é que a exposição a estes fatores acarreta consequências negativas significativas para os colaboradores, para os locais de trabalho e para a sociedade (7). Em Portugal, cerca de 1 em cada 5 pessoas tem algum problema de saúde psicológica (8).

Os profissionais de saúde, por determinadas condições de trabalho, parecem estar particularmente sujeitos a problemas de saúde mental. Este setor, que emprega 11% dos trabalhadores na Europa, enfrenta desafios como o envelhecimento da população, exigências cognitivas e emocionais, aumento da necessidade de mão-de-obra e predominância feminina, o que acarreta desafios específicos devido à dupla carga de trabalho familiar e laboral (9) (10) (11) (12).

De acordo com o Terceiro Questionário Europeu de Riscos Novos e Emergentes (13), a pressão por falta de tempo é um dos fatores mais comuns no setor da saúde, afetando 58% dos trabalhadores. A exposição a esses riscos está associada a consequências como *burnout*, depressão e doenças cardiovasculares e até possíveis correlações com o cancro, segundo a Agência Internacional de Pesquisa em Cancro (IARC) (14) (15) (16).

Para as instituições de saúde, a exposição dos trabalhadores a riscos psicossociais tem um impacto significativo na produtividade, níveis de absentismo e de *turnover* (9) (17). Particularmente, estima-se que cerca de 50 a 60% do total de dias de absentismo laboral estejam relacionados com o *stress* induzido pelo trabalho (18). A nível social, a pressão sobre os serviços nacionais de saúde tem um impacto negativo no Produto Interno Bruto (PIB) dos países, com estimativas de custos anuais de aproximadamente 20 mil milhões de euros (ESENER, 2019).

Muitos países têm estruturas legais e regulatórias em vigor que exigem que os empregadores abordem estes riscos e forneçam um ambiente de trabalho saudável. Portugal possui legislação específica sobre a sua avaliação e gestão, baseada na Lei n.º 102/2009 e no Decreto-Lei n.º 91/2017 (19) (20). Estes regulamentos obrigam os empregadores a realizar avaliações abrangentes de riscos, incluindo os psicossociais, e a informar e formar os trabalhadores sobre os mesmos. A legislação também exige a consulta e participação dos trabalhadores ou dos seus representantes nos processos de tomada de decisão relacionados com a segurança e saúde no trabalho.

Assim, o papel do Médico do Trabalho assume-se como elo fundamental na avaliação do estado de saúde dos colaboradores, na avaliação das aptidões cognitivo-comportamentais, fisiológicas e anatomofuncionais do trabalhador que condicionem a sua funcionalidade (21) e na implementação de medidas preventivas. No Hospital de Guimarães, há uma colaboração estreita entre o serviço de Medicina do Trabalho e de Psicologia Ocupacional, em relação ao acompanhamento psicológico dos profissionais. Contudo, até então existia um défice na auscultação, pilar basal nesta temática (1).

Dada a importância clínica, legal, social, empresarial e científica do tema, foi feita a avaliação dos fatores de risco psicossociais do Hospital Senhora da Oliveira Guimarães, um hospital distrital português.

OBJETIVO

Com este estudo pretende-se, primariamente, ter uma perspetiva dos riscos psicossociais mais prevalentes em profissionais de um hospital periférico, com o objetivo de contribuir para a definição e implementação de medidas dirigidas aos riscos identificados. De acordo com os resultados obtidos, tendo por base o guia técnico n.º 3 da DGS e as diretrizes do selo da Ordem dos Psicólogos Portugueses para um local de trabalho saudável, pretende-se a adoção de políticas e medidas internas de saúde ocupacional, através da promoção da saúde– física e psicológica– e bem-estar dos/as profissionais de forma a minorar/mitigar os fatores de risco identificados.

Secundariamente, pretende-se:

- Identificar os aspetos positivos no ambiente de trabalho que devem ser promovidos e reforçados;
- Analisar a perceção dos fatores de risco psicossocial, por subescala;
- Verificar se existe diferença na perceção dos riscos profissionais em função das características sociodemográficas (idade, género, habilitações académicas) e socioprofissionais dos participantes (categoria profissional, serviço, tempo de serviço, vínculo laboral, horário de trabalho);
- Verificar se existe diferença na perceção dos riscos profissionais entre os colaboradores dos serviços clínicos e não clínicos.

Por último, almeja-se dar a conhecer os riscos específicos a cada serviço ou trabalhador.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo de estudo

Dado o desafio da investigação e o objetivo, considera-se este estudo como observacional de natureza transversal. É utilizada uma abordagem qualitativa que visa, essencialmente, avaliar a perceção dos fatores psicossociais em profissionais de saúde.

Participantes

Do total de 239 elementos, definiu-se que a amostra abrangida seriam todos os profissionais do Hospital Senhora da Oliveira Guimarães que participem voluntariamente.

Variáveis

Para a elaboração deste estudo definimos as seguintes variáveis:

- Variáveis independentes
 - Sociodemográficas:
 - Género: feminino, masculino;
 - Grupo etário: <35, 36-55, >56 anos;
 - Habilitações académicas: até ensino secundário, ensino superior.
 - Socioprofissionais:
 - Categoria Profissional: Enfermeiros, Médicos, Assistentes Operacionais e Outros;
 - Local de Trabalho:
 - Urgência, Cirurgia Geral, Medicina Interna.
 - Clínico (Medicina Interna, Pediatria, Unidade Cuidados Intensivos, Cardiologia, Psiquiatria, Neurologia, Neonatologia, Medicina Física e de Reabilitação, Pneumologia, Internamento Geral, Gastroenterologia, Oncologia, Cuidados Paliativos, Unidade Móvel de Apoio Domiciliário, Imunoalergologia, Cirurgia Geral, Bloco operatório, Urologia, Cirurgia

Vascular, Unidade de Cirurgia de Ambulatório, Ortopedia) *versus* não clínico (Esterilização, Instalações e Equipamentos, Farmácia, Contabilidade/Faturação, Arquivo, Recursos Humanos, Informática, Apoio Clínico).

- Tempo de serviço: <10, 11-20, >20 anos.
- Horário de Trabalho: com trabalho noturno, sem trabalho noturno.
- Variáveis dependentes: riscos profissionais em profissionais de saúde hospitalares.

Destaca-se que, para a análise estatística, as subcategorias dentro da categoria profissional e dos serviços foram selecionadas com base no maior número absoluto de respostas obtidas.

Tempo de Estudo

O questionário foi aplicado no período decorrente entre 3 de julho e 31 de agosto de 2023.

Método de Avaliação

O contacto com os profissionais foi realizado através do e-mail profissional, com uma nota introdutória explicando o objetivo do questionário, o instrumento de recolha e análise de dados, garantindo anonimidade e confidencialidade. A aceitação da participação era dada ao responder ao questionário.

Para garantir o sucesso da investigação, foi crucial envolver todos os profissionais. A enfermagem do trabalho desempenhou um papel importante na sensibilização dos mesmos, através dos diretores de serviço e gestores. Como facilitador, foram distribuídos cartazes em locais específicos com um código QR de acesso.

Instrumento de Colheita de Dados

Utilizou-se o site “Observatório Português de Fatores Psicossociais Ocupacionais” – POPsy@Work®, que permitiu agregar dois questionários: Questionário de Dados Demográficos e *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ II) – Versão Média Portuguesa.

O Questionário de Dados Demográficos incluiu variáveis sociodemográficas e socioprofissionais previamente referidas. As variáveis independentes foram formatadas como perguntas fechadas com múltiplas categorias, e a idade e a antiguidade foram categorizadas por intervalos.

Para avaliar os riscos psicossociais, utilizou-se o COPSOQ II– Versão Média Portuguesa, validado para a população portuguesa por Carlos Fernandes Silva e a sua equipa (22). Trata-se de um questionário de autopreenchimento com 76 itens, respondidos numa escala de Likert de 5 pontos, onde 1 indica “nunca/quase, nunca” e 5 indica “sempre” ou “extremamente”. A versão média inclui dois itens invertidos (42 e 45), onde as respostas são ajustadas conforme a inversão.

O COPSOQ II mede a exposição aos fatores de risco psicossociais e os seus impactos na saúde. É amplamente reconhecido como um dos questionários mais aceites globalmente para avaliação de riscos psicossociais no trabalho, abrangendo uma vasta gama de dimensões psicossociais suportadas pelas teorias mais aceites no campo. As características psicométricas do COPSOQ II foram analisadas em vários estudos, apontando para uma boa fiabilidade e consistência interna das escalas, diferenciando bem entre grupos como género, profissão e nível socioeconómico.

O questionário está dividido em oito escalas de fatores psicossociais de risco, cada uma com subescalas detalhadas. A tabela 1 descreve estes grupos de questões. Os fatores numerados de 1 a 9 são considerados “fatores de risco”, do 10 ao 24 são “fatores protetores” e os restantes são “fatores de saúde”.

Este questionário avaliou a perceção dos participantes sobre a sua exposição a cada dimensão dos fatores psicossociais e o seu impacto na saúde. Os resultados são apresentados num formato de “semáforo”, categorizando a média de cada dimensão conforme a distribuição possível: verde (0 a 2,33) para baixo ou

sem risco, amarelo (2,34 a 3,66) para risco normal e vermelho (3,67 a 5) para risco elevado (22).

Tratamento de Dados

A recolha de dados foi realizada através da plataforma POPsy@Work®, que integra uma equipa multidisciplinar de investigadores de várias universidades portuguesas.

Esta plataforma permite que os responsáveis pela saúde ocupacional e segurança e saúde no trabalho das empresas possam criar uma conta e avaliar o perfil psicossocial no trabalho dos seus colaboradores, comparando-os anonimamente com os dados de todos os participantes da plataforma. Para maior flexibilidade no tratamento de dados, estes foram extraídos da plataforma em formato Excel e importados para o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 26, onde foi realizada a análise estatística.

Foram utilizados testes de qui-quadrado para analisar a associação entre variáveis qualitativas. Quando a percentagem de células com contagem esperada inferior a 5 foi superior a 20%, utilizou-se o Teste Exato de Fisher-Freeman-Halton, uma extensão do teste de Fisher apropriada para tabelas de contingência com dimensões superiores a 2x2 (superior a duas categorias para cada variável). Para identificar diferenças estatisticamente significativas, aplicaram-se testes z de comparação de proporções com correção Bonferroni. O V de Cramer (ϕ_c) foi utilizado como medida da dimensão do efeito. Os testes estatísticos foram realizados considerando um nível de significância de 5%.

Procedimentos Formais e Éticos

A avaliação foi realizada pelo serviço de Medicina do Trabalho do Hospital de Guimarães, após autorização formal da Comissão de Ética. Foi também obtida autorização dos responsáveis pelo COPSQ II, nomeadamente do Professor Carlos Fernandes da Silva e do Dr. Pedro Bem-Haja, que formaram e apoiaram a investigadora principal quanto ao funcionamento da plataforma utilizada.

O acesso à plataforma foi protegido por senha, conhecida apenas pelos autores do estudo. Os dados pessoais foram obtidos e tratados conforme a legislação europeia e portuguesa em matéria de proteção de dados (Regulamento 2016/679/UE). Após aprovação ética, o questionário foi aplicado, garantindo a confidencialidade, anonimato e proteção de dados dos participantes, que podiam interromper a participação a qualquer momento.

RESULTADOS

Caraterização da amostra

O questionário COPSQ II teve uma adesão da população-alvo de 18%.

A amostra deste estudo é composta por 446 participantes, cujas caraterísticas sociodemográficas e socioprofissionais são apresentadas na Tabela 2. A maioria dos participantes são do sexo feminino ($n= 364$, 81,6%), e mais de metade têm idades compreendidas entre os 36 e os 55 anos ($n= 265$, 59,4%). No que diz respeito ao nível de escolaridade, a maioria tem o ensino superior ($n= 337$, 76,4%). No que se refere a caraterísticas socioprofissionais, verifica-se que quase metade da amostra é composta por enfermeiros ($n= 214$, 48,0%) e em termos de local onde exercem funções destacam-se a Urgência ($n= 40$, 38,1%), Cirurgia Geral ($n= 33$, 31,4%) e Medicina Interna ($n= 32$, 30,5%); de referir ainda que a maioria dos profissionais pertence a serviços clínicos ($n= 322$, 90,2%). Relativamente ao vínculo laboral, considera-se estável (contrato a tempo indeterminado ou funções públicas) na maioria dos casos ($n= 340$, 81,3%). Observa-se ainda que 35,4% dos participantes ($n= 158$) exerce funções há mais de 20 anos e mais de metade faz turnos noturnos ($n= 260$, 58,3%).

Avaliação do COPSOQ

A análise dos resultados do COPSOQ pressupõe a interpretação fator a fator de acordo com o descrito no manual técnico do COPSOQ II (Silva *et al*).

O Gráfico 1 apresenta as medidas descritivas relativas às dimensões da percepção dos fatores de risco psicossocial. Salientam-se como dimensões em relação às quais há mais profissionais com percepção de risco elevado para a saúde as “exigências emocionais” (n= 344, 77,1%), “exigências cognitivas” (n= 344, 77,1%) e o “ritmo de trabalho” (n= 255, 57,2%). Por outro lado, as dimensões “comportamentos ofensivos” (n= 413, 92,6%) e a “transparência do papel laboral” (n= 382, 85,7%) destacam-se como aquelas em que há mais profissionais com percepção de situação favorável para a saúde.

Diferenças na percepção dos riscos profissionais em função das características sociodemográficas e socioprofissionais

Nesta secção, analisa-se a percepção de riscos psicossociais apresenta variações com base nas características sociodemográficas (idade, género, habilitações literárias) (tabela 3) e socioprofissionais (categoria profissional, serviço, experiência profissional, tipo de vínculo e horário de trabalho) (tabela 4) dos participantes. As tabelas mencionadas apresentam os resultados das análises de diferenças entre participantes ao nível dos domínios da percepção dos riscos profissionais, sendo apresentados apenas aqueles em que se registaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

Este estudo cumpriu os seus objetivos: avaliar os riscos psicossociais mais prevalentes entre os profissionais de um hospital periférico em Portugal.

Assim como em outras investigações, os grupos profissionais mais representativos foram o pessoal de enfermagem, médico e assistentes operacionais. Embora os Enfermeiros e Assistentes Operacionais tenham fornecido mais respostas em termos absolutos, os Técnicos Superiores de Saúde tiveram a maior taxa de adesão, destacando a importância da comunicação eficaz entre grupos.

A análise evidencia dimensões críticas que são concordantes com as conclusões de outros estudos nacionais e internacionais (23) (24) (25). Estas são apontadas, transversalmente, como tendo uma relação positiva com problemas de saúde mental independentemente da categoria profissional (26) (27).

Globalmente, a categoria dos fatores de saúde encontra-se como risco moderado. Segundo Gray e Bridgeman (28) (29), os profissionais de saúde enfrentam elevadas taxas de problemas de saúde mental, como *burnout*, transtorno de *stress* pós-traumático, ansiedade e depressão devido às condições psicossociais no local de trabalho. Pela sua gravidade, seria de extrema importância a abordagem de mitigação precoce, já realçada por Cotrim (25), que associam estas dimensões à capacidade para o trabalho.

Os resultados também sublinham a influência das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais na percepção dos riscos. O género feminino demonstrou uma maior percepção de risco em várias dimensões. Estudos indicam que as trabalhadoras experienciam maior exposição a riscos psicossociais, embora tenham mais recursos no trabalho para enfrentar essas exigências (30).

Dado o envelhecimento crescente da população trabalhadora, as diferenças relativas ao grupo etário também são dignas de nota. Para efeitos de análise dos resultados, e dada a sua intrínseca relação, optou-se por agregar as variáveis de grupo etário e tempo de serviço na análise dos riscos psicossociais em profissionais. Profissionais com mais idade/mais tempo de serviço apresentam resultados mais positivos nas dimensões

relacionadas com a insegurança, influência, significado e transparência no trabalho, dada a sua maior experiência profissional. Contudo, a necessidade contínua de atualização científica de elevada complexidade pode constituir um fator de desgaste ao longo dos anos, dadas as alterações da capacidade de adaptação e aprendizagem destes profissionais. Grupos etários mais jovens encontram mais recursos no trabalho e menos exigências (30), justificando a observação de que os trabalhadores mais velhos parecem encontrar maiores efeitos negativos nos fatores de saúde (31) (32). Profissionais com menos de dez anos de serviço apresentam maior insegurança laboral, mas uma percepção geral positiva da sua saúde.

Este estudo sugere que profissionais de saúde com níveis de escolaridade mais altos possuem melhor capacidade de gestão de *stress*, maior acesso a recursos e autonomia (de decisão, gestão, entre outros), influenciando a sua percepção dos riscos psicossociais. No entanto, também têm maiores expectativas em relação ao ambiente de trabalho e progressão de carreira (33). A escolaridade desempenha um papel relevante. Trabalhadores com menor escolaridade percecionam maiores riscos psicossociais, sublinhando a importância de programas de educação contínua e formação em saúde ocupacional.

Na sequência dos fatores enumerados previamente, os médicos e enfermeiros parecem estar sujeitos a altos níveis de exigências cognitivas e emocionais devido à natureza complexa e elevada responsabilidade do seu trabalho, que desafiam a sua capacidade de gerir os conflitos entre vida profissional e pessoal, implicam longas horas de trabalho e pressão para manter altos padrões de desempenho. Pelo contrário, a percepção de riscos psicossociais entre os assistentes operacionais pode explicar-se pela natureza muitas vezes invisível e subvalorizada do seu trabalho e falta de oportunidades de progressão na carreira (34).

A literatura evidencia que profissionais que trabalham em serviços de urgência reportam frequentemente altos níveis de *stress* devido ao volume e à natureza imprevisível de trabalho. No entanto, também permite desenvolver níveis elevados de autoeficácia e compromisso com o trabalho, possivelmente devido à natureza crítica das suas funções e ao impacto direto que percebem no atendimento ao paciente. A satisfação no trabalho, frequentemente relacionada com a realização pessoal e profissional, também é reportada como elevada (35). Na área da Medicina Interna, onde decisões médicas complexas são frequentes e podem afetar significativamente os resultados dos pacientes, a literatura aponta para uma alta percepção de risco associada às exigências cognitivas e à influência no trabalho (36). Profissionais de Cirurgia Geral enfrentam desafios relacionados ao ritmo de trabalho e à pressão constante para manter a precisão sob condições de *stress*, mas percecionam positivamente a qualidade e suporte da liderança, que são fundamentais para o desempenho da equipa (37) e enfatiza a importância da coordenação e da comunicação eficaz em equipa em contextos de alta pressão.

Existe uma percepção generalizada que nos serviços não clínicos, muitas vezes caracterizados por funções administrativas ou de suporte, existem menos exigências emocionais, mas a falta de flexibilidade e autonomia no trabalho, bem como a escassa interação com colegas, pode levar a conflitos de funções e a sentimentos de injustiça ou subvalorização, que são associados a sintomas depressivos e problemas de bem-estar (35) (38).

O impacto dos turnos de trabalho, especialmente os noturnos, está associado a maiores riscos de conflitos trabalho-família e problemas de saúde, como os problemas músculo-esqueléticos, exigindo uma atenção particular em políticas de gestão de horários e suporte ocupacional (39) (40).

O presente estudo destaca-se pela inclusão de diversas categorias profissionais dentro do ambiente hospitalar, oferecendo uma perspetiva mais holística dos riscos psicossociais enfrentados em diferentes níveis de atuação profissional. Além disso, a investigação, ao fazer uso das subescalas do

COPSOQ, proporcionou uma análise detalhada da interação entre diversas variáveis, contribuindo para uma compreensão mais profunda de como diferentes fatores se inter-relacionam e impactam o bem-estar dos profissionais de saúde, um aspeto muitas vezes negligenciado pela literatura existente.

A taxa de adesão superior à de muitos estudos semelhantes revela que as medidas de sensibilização foram eficazes. A utilização de uma plataforma de recolha de dados prática facilitou a obtenção e análise dos resultados. Contudo, para efeitos do presente estudo, a avaliação estatística fornecida pela plataforma mostrou-se insuficiente.

Apesar das conquistas, o estudo enfrenta desafios comuns na pesquisa de riscos psicossociais, como a escassez de estudos longitudinais e a variação nas metodologias de avaliação. A padronização das medidas e o uso de instrumentos validados internacionalmente são essenciais para melhorar a qualidade e a comparabilidade dos dados coletados. Além disso, o método de avaliação utilizado, apesar de abrangente, revelou-se extenso e as questões apresentadas foram percebidas como subjetivas ou de difícil interpretação por alguns participantes, o que pode influenciar a precisão das respostas e constituir um fator de desistência de muitos profissionais. O viés de participação também é uma preocupação, pois os profissionais que responderam podem estar sujeitos a níveis mais altos de *stress* psicológico, distorcendo a representação dos riscos psicossociais no ambiente hospitalar.

CONCLUSÃO

Este estudo revelou dados importantes sobre a percepção de riscos psicossociais entre profissionais de saúde num hospital periférico à luz do conhecimento atual, destacando-se pela sua abrangência e por explorar os efeitos combinados e interativos de múltiplos riscos psicossociais. Entre os achados mais significativos, salientam-se as altas taxas de percepção de risco elevado nas dimensões de exigências cognitivas e emocionais e no ritmo de trabalho.

Surpreendentemente, a taxa de adesão ao estudo foi superior ao observado na maioria dos estudos semelhantes.

Em termos de variáveis sociodemográficas, notou-se que o género feminino vivencia um risco mais elevado em dimensões como *burnout* e problemas em dormir.

Neste estudo, observou-se que os profissionais de saúde com mais idade, bem como aqueles com mais anos de serviço, tendem a ter uma percepção mais favorável em várias dimensões psicossociais importantes, como influência no trabalho, justiça e respeito, possibilidade de desenvolvimento, reconhecimento e transparência. Em contraste, a mesma população apresenta uma percepção elevada de risco em áreas como *burnout*, saúde geral e *stress*. Profissionais com menos de dez anos de serviço apresentam maior insegurança laboral, mas uma percepção geral positiva da sua saúde.

A escolaridade mostrou um peso significativo na percepção de risco, com profissionais de ensino superior a reportarem uma percepção mais favorável em variáveis como comunidade social no trabalho, possibilidade de desenvolvimento, entre outras. Inversamente, aqueles com escolaridade até ao ensino secundário tiveram uma percepção mais negativa destas mesmas variáveis, bem como de outras dimensões, como a saúde geral. Os resultados por local de trabalho foram particularmente curiosos. Os trabalhadores da Urgência destacaram-se positivamente quanto à autoeficácia, satisfação laboral e compromisso com o local de trabalho, enquanto o suporte e a qualidade da liderança também foram altamente valorizados pelo serviço de Cirurgia Geral. Nos serviços não clínicos, houve uma percepção de risco elevado em fatores de saúde, como sintomas depressivos, enquanto nos clínicos destacam-se as exigências emocionais.

O trabalho por turnos revelou contrastes marcantes. Os profissionais que realizam turnos noturnos reportaram uma perceção de risco elevado em muitas dimensões, tais como: conflito trabalho-família, sintomas depressivos, justiça e respeito, entre outros. Por outro lado, aqueles sem turnos noturnos perceberam as mesmas dimensões de forma mais favorável, destacando o impacto significativo dos horários de trabalho sobre a saúde psicossocial.

Este estudo permitiu, assim, contribuir para a implementação de uma metodologia de gestão dos riscos psicossociais do trabalho no Hospital Senhora Oliveira, identificando situações que requerem intervenção urgente pelo serviço de Medicina do Trabalho e estabelecendo protocolos para a intervenção do Psicólogo da Saúde Ocupacional em emergências, catástrofes e casos de violência interpessoal. Como resultado, foram feitas alterações organizacionais, incluindo a reorganização de equipas e horários, melhoria da relação colaborador-doente/tarefa e promoção da colaboração inter-equipas. Atualmente, em parceria com o serviço de Psicologia, já se realizam *focus groups* em alguns serviços do hospital, permitindo adaptar as estratégias de intervenção às necessidades específicas de cada serviço. Além disso, foi disponibilizada uma formação *online* para todos os profissionais, visando aumentar a consciencialização sobre os riscos psicossociais identificados e facilitar os ajustamentos necessários.

Este será, potencialmente, o primeiro passo na gestão dos riscos psicossociais. No futuro, é crucial que a avaliação dos riscos psicossociais seja contínua e integrada no planeamento estratégico do hospital. Por fim, um diálogo permanente entre investigadores, profissionais de saúde e gestores hospitalares é essencial para garantir que as intervenções sejam baseadas em evidências e adequadas às realidades do ambiente de trabalho, promovendo um ambiente mais saudável e produtivo.

REFERÊNCIAS

1. Moreira S, Nunes C, Rocha Nogueira J, coordenação. Guia técnico n.º 3: Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no local de trabalho. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2021. Disponível em: <https://www.sgeconomia.gov.pt/destaques/dgs-guia-tecnico-vigilancia-da-saude-dos-trabalhadores-expostos-a-fatores-de-risco-psicossocial-no-local-de-trabalho.aspx>.
2. Leka S, Jain A. Health impact of psychosocial hazards at work: An overview. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/44428>.
3. Kortum E, Leka S, Cox T. Psychosocial risks and work-related stress in developing countries: Health impact, priorities, barriers and solutions. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. 2010; 23(3): 225-38. DOI: 10.2478/v10001-010-0024-5. PMID: 20934955.
4. International Labour Organization. Psychosocial factors at work: Recognition and control. Report of the Joint International Labour Office and World Health Organization on Occupational Health, Ninth Session, Geneva. Geneva: International Labour Organization; 1986. Disponível em: https://ilo.primo.exlibrisgroup.com/permalink/41ILO_INST/1jaulmn/alma992480113402676.
5. World Health Organization. Healthy workplaces: A model for action. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599313>.
6. European Agency for Safety and Health at Work. Factsheet 74/PT – Previsão dos perigos sobre os riscos psicossociais emergentes relacionados com a Segurança e Saúde no Trabalho (SST). European Agency for Safety and Health at Work; 2007. ISSN 1681-2166.
7. European Agency for Safety and Health at Work. Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks. European Risk Observatory Report. European Agency for Safety and Health at Work; 2014. ISBN: 978-92-9240-420-8. DOI: 10.2802/20493.
8. Gabinete de Estudos da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Enquadramento legal da saúde ocupacional em Portugal: comentário técnico. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses; 2018.
9. Russo S, Ronchetti M, Di Tecco C, Valenti A, Jain A, Mennini F et al. Developing a cost-estimation model for work-related stress: An absence-based estimation using data from two Italian case studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2021; 47(4): 318-327. DOI: 10.5271/sjweh.3948.
10. Yu F, Raphael D, Mackay L, Smith M, King A. Personal and work-related factors associated with nurse resilience: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2019; 93: 129-140. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.02.014.
11. Crawford J, Davis A, Cowie H, Dixon K. Women and the ageing workforce: Implications for occupational safety and health – A research review. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016. ISBN: 978-92-9240-985-2. DOI: 10.2802/082637.
12. European Agency for Safety and Health at Work. Work-life balance – Managing the interface between family and working life. European Agency for Safety and Health at Work; 2012. Disponível em: <https://oshwiki.osha.europa.eu/en/themes/work-life-balance-managing-interface-between-family-and-working-life>.
13. Broughton A, Georgallis M, Gregulska J, Owdziej A, Wester M, Howard A. Managing psychosocial risks in European micro and small enterprises: Qualitative evidence from the Third European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER 2019). European Agency for Safety and Health at Work. 2022. ISBN: 978-92-9479-667-7. DOI:

- 10.2802/956032.
14. Niedhammer I, Bertrais S, Witt K. Psychosocial work exposures and health outcomes: A meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2021; 47(7): 489-508. DOI: 10.5271/sjweh.3968.
 15. Bernal D, Campos-Serna J, Tobias A, Vargas-Prada S, Benavides F, Serra C, et al. Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2015; 52(2): 635-648. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.003.
 16. International Agency for Research on Cancer. Night shift work. IARC Monographs on the Identification of Carcinogenic Hazards to Humans. Volume 124. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020.
 17. Verhaeghe R, Mak R, Van Maele G, Kornitzer M, De Backer G. Job stress among middle-aged health care workers and its relation to sickness absence. *Stress and Health*. 2003; 19(5): 265-274. DOI: 10.1002/smi.985.
 18. Cox T, Griffiths A, Rial-González E. Work-related stress. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2000. ISBN: 92-828-9255-7.
 19. Portugal. Assembleia da República. Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro: Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. *Diário da República*. 2009; 1.ª série(176).
 20. Portugal. Assembleia da República. Decreto-Lei n.º 91/2017, de 28 de julho: Transpõe a Diretiva (UE) 2015/652. *Diário da República*. 2017; 1.ª série(144).
 21. Mendes R, Dias E. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*. 1991;25(5):341-349.
 22. Silva C, Amaral V, Pereira A, Bem-haja P, Pereira A, Rodrigues V, et al. Copenhagen Psychosocial Questionnaire II: Portugal e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. 2011: 1-48.
 23. Rodrigues C. Riscos psicossociais dos profissionais de saúde em contexto de trabalho hospitalar [dissertação de mestrado]. Évora: Universidade de Évora; 2018: 1-115.
 24. Claudino M, Pinote S, Manzano M. Avaliação dos Fatores de Risco Psicossociais em Profissionais de Saúde num Centro Hospitalar Central. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online*. 2024, 17: esub0429. DOI: 10.31252/RPSO.10.02.2024
 25. Cotrim T, Silva C, Amaral V, Bem-haja P, Pereira A. Work ability and psychosocial factors in healthcare settings: Results from a national study. *Proceedings of the 5th International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics*; 2014;19-23. Krakow, Poland. 2014. DOI: 10.54941/ahfe100477.
 26. Freimann T, Merisalu E. Work-related psychosocial risk factors and mental health problems amongst nurses at a university hospital in Estonia: A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2015; 43(5): 447-452. DOI: 10.1177/1403494815579477.
 27. Aust B, Rugulies R, Skakon J, Scherzer T, Jensen C. Psychosocial work environment of hospital workers: Validation of a comprehensive assessment scale. *International Journal of Nursing Studies*. 2007; 44(5): 814-825. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2006.01.008.
 28. Gray P, Senabe S, Naicker N, Kgalamono S, Yassi A, Spiegel J. Workplace-based organizational interventions promoting mental health and happiness among healthcare workers: A realist review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(22):4396. DOI: 10.3390/ijerph16224396.
 29. Bridgeman P, Bridgeman M, Barone J. Burnout syndrome among healthcare professionals. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2018; 75(3): 147-152. DOI: 10.2146/ajhp170460.
 30. Cañavate G, Meneghel I, Salanova M. The influence of psychosocial factors according to gender and age in hospital care workers. *Spanish Journal of Psychology*. 2023; 26: e1. DOI: 10.1017/SJP.2023.1.
 31. Rauschenbach C, Hertel G. Age differences in strain and emotional reactivity to stressors in professional careers. *Stress and Health*. 2011; 27(2): e48-e60. DOI: 10.1002/smi.1335.
 32. Baltes P, Baltes M. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Baltes P, Baltes M, editores. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press; 1990: 1-34. DOI: 10.1017/CBO978051166568.
 33. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1996; 1(1): 27-41. DOI: 10.1037//1076-8998.1.1.27.
 34. Dyrbye L, Shanafelt T, Sinsky C, Cipriano P, Bhatt J, Ommaya A, et al. Burnout among health care professionals: A call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. *NAM Perspectives. Discussion Paper*. Washington, DC: National Academy of Medicine; 2017. DOI: 10.31478/201707b.
 35. Demerouti, Evangelia & Nachreiner, Friedhelm & Schaufeli, Wilmar. The Job Demands–Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*. 2001; 86: 499-512. 10.1037/0021-9010.86.3.499.
 36. West C, Dyrbye L, Shanafelt T. Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*. 2018; 283(6): 516-529. DOI: 10.1111/joim.12752.
 37. Rosen M, DiazGranados D, Dietz A, Benishek L, Thompson D, Pronovost P, et al. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*. 2018; 73(4): 433-450. DOI: 10.1037/amp0000298.
 38. Wrzesniewski A, Dutton J, Debebe G. Interpersonal sensemaking and the meaning of work. *Research in Organizational Behavior*. 2003; 25: 93-135. DOI: 10.1016/S0191-3085(03)25003-6.
 39. Assunção A, Pimenta A. Job satisfaction of nursing staff in the public health network in a Brazilian capital city. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25: 169-180. DOI: 10.1590/1413-81232020251.28492019.
 40. Ilić I, Arandjelović M, Jovanović J, Nešić M. Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout: Questionnaire survey among emergency physicians and nurses. *Medycyna Pracy*. 2017; 68(2): 167-178. DOI: 10.13075/mp.5893.00516.

Tabela1– Subescalas do questionário COPSO II, versão média.

Categorias	Subcategorias
Exigências Laborais	Exigências quantitativas – Itens 1, 2, 3 Ritmo de trabalho – Item 4 Exigências cognitivas – Itens 5, 6, 7 Exigências emocionais – Item 8

Organização do Trabalho e Conteúdo	Influência no trabalho – Itens 9, 10, 11, 12 Possibilidade de desenvolvimento – Itens 13, 14, 15 Significado do trabalho – Itens 51, 52, 53 Compromisso com o local de trabalho – Itens 54, 55
Relações Sociais e Liderança	Previsibilidade – Itens 16, 17 Transparência do papel laboral – Itens 18, 19, 20 Recompensas – Itens 21, 22, 23 Conflitos laborais – Itens 24, 25, 26 Apoio social de colegas – Itens 27, 28, 29 Apoio social de superiores – Itens 30, 31, 32 Comunidade social no trabalho – Itens 33, 34, 35 Qualidade na liderança – Itens 36, 37, 38, 39
Valores no Local de Trabalho	Confiança horizontal – Itens 40, 41, 42 Confiança vertical – Itens 43, 44, 45 Justiça e respeito – Itens 46, 47, 48
Personalidade	Autoeficácia – Itens 49, 50
Interface Trabalho-Indivíduo	Satisfação no trabalho – Itens 56, 57, 58, 59 Insegurança laboral – Item 60 Conflito trabalho-família – Itens 62, 63, 64
Saúde e Bem-Estar	Saúde geral – Item 61 Problemas em dormir – Itens 65, 66 <i>Burnout</i> – Itens 67, 68 <i>Stress</i> – Itens 69, 70 Sintomas depressivos – Itens 71, 72
Comportamentos Ofensivos	<i>Bullying</i> – Itens 73, 74, 75, 76

Tabela 2 – Medidas descritivas relativas a características sociodemográficas e socioprofissionais da amostra.

	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	364	81,6
Masculino	82	18,4
Idade		
Até 35 anos	125	28,0
36-55 anos	265	59,4

≥ 56 anos	56	12,6
Habilitações		
Até ensino secundário	104	23,6
Ensino superior	337	76,4
Categoria profissional		
Enfermeiros	214	48,0
Médicos	44	9,9
Assistentes operacionais	91	20,4
Outros	97	21,7
Local		
Urgência	40	38,1
Cirurgia Geral	33	31,4
Medicina Interna	32	30,5
Clínico	322	90,2
Não clínico	35	9,8
Vínculo laboral		
Instável	78	18,7
Estável	340	81,3
Tempo serviço		
< 10 anos	138	30,9
11-20 anos	150	33,6
> 20 anos	158	35,4
Tipo de horário		
Sem noites	186	41,7
Com noites	260	58,3

Gráfico 1 – Gráfico de semáforo da perceção dos fatores de risco psicossocial dos profissionais do HSOG.

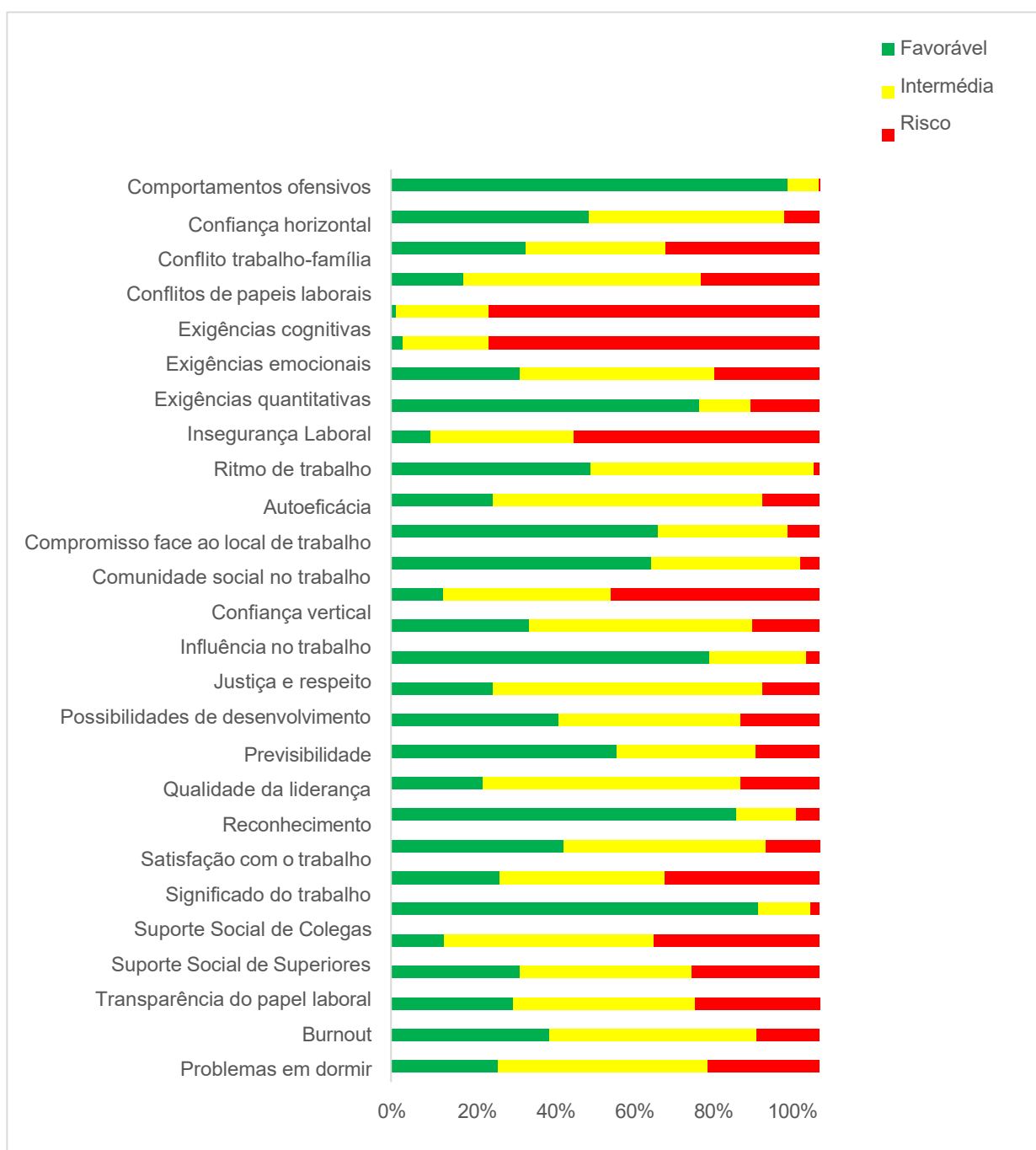


Tabela 3 – Diferenças na percepção dos riscos profissionais em função das variáveis sexo, idade e nível de escolaridade.

	Feminino (n = 364) n (%)	Masculino (n = 82) n (%)	X ² (2)	p	φ _c
Comportamentos ofensivos			Teste de Fisher ¹	0,003	0,17
Favorável	344 (94,5)	69 (84,1)			
Intermédia	20 (5,5)	12 (14,6)			

Risco elevado	0 (0,0)	1 (1,2)			
Exigências quantitativas			10,37	0,007	0,15
Favorável	108 (29,7)	26 (31,7)			
Intermédia	177 (48,6)	26 (31,7)			
Risco elevado	79 (21,7)	30 (36,6)			
Confiança vertical			9,90	0,011	0,15
Favorável	231 (63,5)	40 (48,8)			
Intermédia	121 (33,2)	34 (41,5)			
Risco elevado	12 (3,3)	8 (9,8)			
Influência no trabalho			9,30	0,013	0,14
Favorável	39 (10,)	15 (18,3)			
Intermédia	136 (37,4)	39 (47,6)			
Risco elevado	189 (51,9)	28 (34,1)			
Significado do trabalho			10,91	0,007	0,16
Favorável	294 (80,8)	65 (79,3)			
Intermédia	56 (15,4)	7 (8,5)			
Risco elevado	14 (3,8)	10 (12,2)			
Burnout			8,21	0,020	0,14
Favorável	39 (10,7)	16 (19,5)			
Intermédia	175 (48,1)	44 (53,7)			
Risco elevado	150 (41,2)	22 (26,8)			
Problemas em dormir			9,12	0,014	0,14
Favorável	101 (27,7)	33 (40,2)			
Intermédia	144 (39,6)	35 (42,7)			
Risco elevado	119 (32,7)	14 (17,1)			
Saúde Geral			12,05	0,004	0,16
Favorável	93 (25,5)	34 (41,5)			
Intermédia	154 (42,3)	35 (42,7)			
Risco elevado	117 (32,1)	13 (15,9)			
			≤ 35	36-55	≥ 56
			(n = 125)	(n = 265)	(n = 56)
			n (%)	n (%)	n (%)
Conflito trabalho				11,21	0,024
Família					0,11
Favorável	38 (30,4)	83 (31,3)	19 (33,9)		
Intermédia	30 (24,0)	92 (34,7)	24 (42,9)		
Risco elevado	57 (45,6)	90 (34,0)	13 (23,2)		
Insegurança laboral				16,48	0,002
Favorável	76 (60,8)	195 (73,6)	50 (89,3)		
Intermédia	21 (16,8)	29 (10,9)	3 (5,4)		
Risco elevado	28 (22,4)	41 (15,5)	3 (5,4)		
Ritmo de trabalho				10,70	0,028
					0,11

Favorável	13 (10,4)	20 (7,5)	8 (14,3)			
Intermédia	32 (25,6)	93 (35,1)	25 (44,6)			
Risco elevado	80 (64,0)	152 (57,4)	23 (41,1)			
Comunidade social no trabalho				12,73	0,011	0,12
Favorável	68 (54,4)	165 (62,3)	45 (80,4)			
Intermédia	43 (34,4)	82 (30,9)	10 (17,9)			
Risco elevado	14 (11,2)	18 (6,8)	1 (1,8)			
Influência no trabalho				21,42	0,001	0,16
Favorável	10 (8,0)	28 (10,6)	16 (28,6)			
Intermédia	45 (36,0)	106 (40,0)	24 (42,9)			
Risco elevado	70 (56,0)	131 (49,4)	16 (28,6)			
Justiça e respeito				13,28	0,008	0,12
Favorável	32 (25,6)	83 (31,3)	29 (51,8)			
Intermédia	71 (56,8)	138 (52,1)	23 (41,1)			
Risco elevado	22 (17,6)	44 (16,6)	4 (7,1)			
Significado do trabalho				12,01	0,017	0,12
Favorável	89 (71,2)	221 (83,4)	49 (87,5)			
Intermédia	28 (22,4)	29 (10,9)	6 (10,7)			
Risco elevado	8 (6,4)	15 (5,7)	1 (1,8)			
Transparência						
Favorável	99 (79,2)	230 (86,8)	53 (94,6)	Teste Fisher ¹	0,025	0,11
Intermédia	21 (16,8)	32 (12,1)	2 (3,6)			
Risco elevado	5 (4,0)	3 (1,1)	1 (1,8)			
Burnout				13,92	0,007	0,13
Favorável	20 (16,0)	28 (10,6)	7 (12,5)			
Intermédia	51 (40,8)	130 (49,1)	38 (67,9)			
Risco elevado	54 (43,2)	107 (40,4)	11 (19,6)			
Saúde geral				17,61	0,001	0,14
Favorável	49 (39,2)	69 (26,0)	9 (16,1)			
Intermédia	47 (37,6)	121 (45,7)	21 (37,5)			
Risco elevado	29 (23,2)	75 (28,3)	26 (46,4)			
Stress				15,83	0,002	0,13
Favorável	30 (24,0)	65 (24,5)	16 (28,6)			
Intermédia	50 (40,0)	134 (50,6)	35 (62,5)			
Risco elevado	45 (36,0)	66 (24,9)	5 (8,9)			
	Até ensino secundário (n = 104) n (%)	Ensino superior (n = 337) n (%)	X² (2)	p	φ_c	

Confiança horizontal			11,79	0,003	0,16
Favorável	53 (51,0)	150 (44,5)			
Intermédia	36 (34,6)	167 (49,6)			
Risco elevado	15 (14,4)	20 (5,9)			
Exigências cognitivas			Teste de Fisher ¹	0,002	0,18
Favorável	4 (3,8)	1 (0,3)			
Intermédia	30 (28,8)	66 (19,6)			
Risco elevado	70 (67,3)	270 (80,1)			
Insegurança laboral			10,97	0,004	0,16
Favorável	66 (63,5)	253 (75,1)			
Intermédia	11 (10,6)	42 (12,5)			
Risco elevado	27 (26,0)	42 (12,5)			
Comunidade social no trabalho			24,75	< 0,001	0,24
Favorável	52 (50,0)	224 (66,5)			
Intermédia	33 (31,7)	99 (29,4)			
Risco elevado	19 (8,3)	14(4,2)			
Possibilidades de desenvolvimento			20,18	< 0,001	0,21
Favorável	63 (60,6)	264 (78,3)			
Intermédia	32 (30,8)	68 (20,2)			
Risco elevado	9 (8,7)	5 (1,5)			
Suporte social de colegas			16,69	< 0,001	0,20
Favorável	37 (35,6)	142 (42,1)			
Intermédia	42 (40,4)	165 (49,0)			
Risco elevado	25 (24,0)	30 (8,9)			
Problemas em dormir			22,85	< 0,001	0,23
Favorável	13 (12,5)	117 (34,7)			
Intermédia	45 (43,3)	134 (39,8)			
Risco elevado	46 (44,2)	86 (25,5)			
Saúde geral			9,26	0,010	0,15
Favorável	24 (23,1)	102 (30,3)			
Intermédia	37 (35,6)	148 (43,9)			
Risco elevado	43 (41,3)	87 (25,8)			

1- O 'teste de Fisher' refere-se ao Teste Exato de Fisher-Freeman-Halton.

Tabela 4 – Diferenças na perceção dos riscos profissionais em função da categoria profissional, local de exercício das funções, clínico versus não clínico, em função do tempo de serviço e do tipo de horário.

	Enfermeiros	Médicos	Assistentes	Outros	X ² (6)	p	φ _c
--	-------------	---------	-------------	--------	--------------------	---	----------------

		operacionais						
		(n = 214)	(n = 44)	(n = 91)	(n = 97)			
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
Confiança horizontal						24,54	< 0,001	0,17
Favorável		91 (42,5)	23 (52,3)	33 (36,3)	59 (60,8)			
Intermédia		109 (50,9)	19 (43,2)	42 (46,2)	34 (35,1)			
Risco elevado		14 (6,5)	2 (4,5)	16 (17,6)	4 (4,1)			
Conflito trabalho-família						31,52	< 0,001	0,19
Favorável		55 (25,7)	10 (22,7)	26 (28,6)	49 (50,5)			
Intermédia		80 (37,4)	8 (18,2)	33 (36,3)	25 (25,8)			
Risco elevado		79 (36,9)	26 (59,1)	32 (35,2)	23 (23,7)			
Exigências cognitivas						Teste de Fisher ¹	< 0,001	0,18
Favorável		0 (0,0)	1 (2,3)	3 (3,3)	1 (1,0)			
Intermédia		34 (15,9)	3 (6,8)	29 (31,9)	31 (32,0)			
Risco elevado		180 (84,1)	40 (90,9)	59 (64,8)	65 (67,0)			
Exigências emocionais						Teste de Fisher ¹	< 0,001	0,20
Favorável		0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,2)	10 (10,3)			
Intermédia		38 (17,8)	5 (11,4)	24 (26,4)	23 (23,7)			
Risco elevado		176 (82,2)	39 (88,6)	65 (71,4)	64 (66,0)			
Exigências quantitativas						27,37	<0,001	0,18
Favorável		52 (24,3)	8 (18,2)	25 (27,5)	49 (50,5)			
Intermédia		103 (48,1)	23 (52,3)	47 (51,6)	30 (30,9)			
Risco elevado		59 (27,6)	13 (29,5)	19 (20,9)	18 (18,6)			
Comunidade social no trabalho						45,96	<0,001	0,23
Favorável		138 (64,5)	30 (68,2)	39 (42,9)	71 (73,2)			
Intermédia		72 (33,6)	12 (27,3)	33 (36,3)	18 (18,6)			
Risco elevado		4 (1,9)	2 (4,5)	19 (20,9)	8 (8,2)			
Justiça e respeito						15,87	0,012	0,13
Favorável		62 (29,0)	9 (20,5)	27 (29,7)	46 (47,4)			
Intermédia		120 (56,1)	26 (59,1)	46 (50,5)	40 (41,2)			
Risco elevado		32 (15,0)	9 (20,5)	19 (19,8)	11 (11,3)			
Possibilidades de desenvolvimento						Teste de Fisher ¹	<0,001	0,21
Favorável		173 (80,8)	38 (86,4)	51 (56,0)	69 (71,1)			
Intermédia		40 (18,7)	6 (13,6)	30 (33,0)	25 (25,8)			
Risco elevado		1 (0,5)	0 (0,0)	10 (11,0)	3 (3,1)			

Suporte social de colegas							
Favorável	81 (37,9)	21 (47,7)	25 (27,5)	53 (54,6)	29,82	<0,001	0,18
Intermédia	116 (54,2)	18 (40,9)	44 (48,4)	32 (33,0)			
Risco elevado	17 (7,9)	5(11,4)	22 (24,2)	12 (12,4)			
Problemas em dormir					21,31	0,002	0,16
Favorável	72 (33,6)	18 (40,9)	14 (15,4)	30 (30,9)			
Intermédia	84 (39,3)	15 (34,1)	35 (38,5)	45 (46,4)			
Risco elevado	58 (27,1)	11 (25,0)	42 (46,2)	22 (22,7)			
Saúde geral					16,66	0,009	0,14
Favorável	58 (27,1)	21 (47,7)	18 (19,8)	30 (30,9)			
Intermédia	99 (46,3)	15 (34,1)	36 (39,6)	39 (40,2)			
Risco elevado	57 (26,6)	8 (18,2)	37 (40,7)	28 (28,9)			
	Urgência	Cirurgia geral	Medicina interna				
	(n = 40)	(n = 33)	(n = 32)	X ² (4)	p	φ _c	
	n (%)	n (%)	n (%)				
Comportamentos ofensivos				22,91	<0,001	0,47	
Favorável	22 (55,0)	30 (90,9)	31 (96,9)				
Intermédia	18 (45,0)	3 (9,1)	1 (3,1)				
Risco elevado	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)				
Confiança horizontal				Teste de Fisher ¹	0,028	0,22	
Favorável	18 (45,0)	11 (33,3)	21 (65,6)				
Intermédia	18 (45,0)	21 (63,6)	8 (25,0)				
Risco elevado	4 (10,0)	1 (3,0)	3 (9,4)				
Exigências cognitivas				Teste de Fisher ¹	0,031	0,20	
Favorável	1 (2,5)	0 (0,0)	1 (3,1)				
Intermédia	2 (5,0)	5 (15,2)	9 (28,1)				
Risco elevado	37 (92,5)	28 (84,8)	22 (68,8)				
Ritmo de trabalho				Teste de Fisher ¹	0,041	0,22	
Favorável	3 (7,5)	0 (0,0)	6 (18,8)				
Intermédia	10 (25,0)	5 (15,2)	8 (25,0)				
Risco elevado	27 (67,5)	28 (84,8)	18 (56,3)				
Autoeficácia				Teste de Fisher ¹	0,007	0,25	
Favorável	21 (52,5)	10 (30,3)	6 (18,8)				
Intermédia	19 (47,5)	23 (69,7)	24 (75,0)				

Risco elevado	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,3)			
Compromisso face ao local de trabalho				Teste de Fisher ¹	0,012	0,23
Favorável	11 (27,5)	9 (27,3)	1 (3,1)			
Intermédia	25 (62,5)	19 (57,6)	29 (90,6)			
Risco elevado	4 (10,0)	5 (15,2)	2 (6,3)			
Influência no trabalho				Teste de Fisher ¹	0,023	0,23
Favorável	2 (5,0)	4 (12,1)	0 (0,0)			
Intermédia	22 (55,0)	12 (36,4)	9 (28,1)			
Risco elevado	16 (40,0)	17 (51,5)	23 (71,9)			
Qualidade da liderança						
Favorável	19 (47,5)	23 (69,7)	9 (28,1)	14,36	0,004	0,26
Intermédia	11 (27,5)	9 (27,3)	15 (46,9)			
Risco elevado	10 (25,0)	1 (3,0)	8 (25,0)			
Satisfação com o trabalho				18,05	0,001	0,29
Favorável	16 (40,0)	6 (18,2)	2 (6,3)			
Intermédia	11 (27,5)	21 (63,6)	22 (68,8)			
Risco elevado	13 (32,5)	6 (18,2)	8 (25,0)			
Suporte social de superiores				22,76	<0,001	0,33
Favorável	10 (25,0)	20 (60,6)	4 (12,5)			
Intermédia	15 (37,5)	10 (30,3)	11 (34,4)			
Risco elevado	15 (37,5)	3 (9,1)	17 (53,1)			
	Não Clínico	Clínico				
	(n = 35)	(n = 322)	X ² (2)	P	φ _c	
	n (%)	n (%)				
Conflitos de papéis laborais			10,16	0,010	0,17	
Favorável	12 (34,3)	44 (13,7)				
Intermédia	15 (42,9)	178 (55,3)				
Risco elevado	8 (22,9)	100 (31,1)				
Exigências emocionais			Teste de Fisher ¹	0,003	0,19	
Favorável	1 (2,9)	2 (0,6)				
Intermédia	13 (37,1)	49 (15,2)				
Risco elevado	21 (60,0)	271 (84,2)				
Comunidade social no trabalho			15,24	0,002	0,21	

Favorável	16 (45,7)	197 (61,2)				
Intermédia	11 (31,4)	108 (33,5)				
Risco elevado	8 (22,9)	17 (5,3)				
Sintomas depressivos			6,97	0,034	0,14	
Favorável	7 (20,0)	119 (37,0)				
Intermédia	18 (51,4)	158 (49,1)				
Risco elevado	10 (28,6)	45 (14,0)				
	< 10 anos (<i>n</i> = 138) <i>n</i> (%)	11-20 anos (<i>n</i> = 150) <i>n</i> (%)	> 20 anos (<i>n</i> = 158) <i>n</i> (%)	χ^2 (4)	<i>p</i>	φ_c
Insegurança laboral				37,42	< 0,001	0,21
Favorável	74 (53,6)	114 (76,0)	133 (84,2)			
Intermédia	24 (17,4)	17 (11,3)	12 (7,6)			
Risco elevado	40 (29,0)	19 (12,7)	13 (8,2)			
Influência no trabalho				19,32	0,001	0,15
Favorável	8 (5,8)	17 (11,3)	29 (18,4)			
Intermédia	50 (36,2)	54 (36,0)	71 (44,9)			
Risco elevado	80 (58,0)	79 (52,7)	58 (36,7)			
Justiça e respeito				11,76	0,018	0,12
Favorável	31 (22,5)	49 (32,7)	64 (40,5)			
Intermédia	82 (59,4)	75 (50,0)	75 (47,5)			
Risco elevado	25 (18,1)	26 (17,3)	19 (12,0)			
Possibilidades de desenvolvimento				Teste de Fisher ¹	0,001	0,15
Favorável	86 (62,3)	115 (76,7)	130 (82,3)			
Intermédia	43 (31,2)	31 (20,7)	27 (17,1)			
Risco elevado	9 (6,5)	4 (2,7)	1 (0,6)			
Reconhecimento				10,69	0,029	0,11
Favorável	58 (42,0)	84 (56,0)	93 (58,9)			
Intermédia	53 (38,4)	49 (32,7)	43 (27,2)			
Risco elevado	27 (19,6)	17 (11,3)	22 (13,9)			
Transparência				Teste de Fisher ¹	0,021	0,11
Favorável	111 (80,4)	125 (83,3)	146 (92,4)			
Intermédia	22 (15,9)	22 (14,7)	11 (7,0)			
Risco elevado	5 (3,6)	3 (2,0)	1 (0,6)			
Saúde geral				14,39	0,007	0,13
Favorável	55 (39,9)	36 (24,0)	36 (22,8)			

Intermédia	51 (37,0)	71 (47,3)	67 (42,4)		
Risco elevado	32 (23,2)	43 (28,7)	55 (34,8)		
	Sem noites (n = 186) n (%)	Com noites (n = 260) n (%)	χ^2 (2)	p	φ_c
Comportamentos ofensivos			Teste de Fisher ¹	0,001	0,17
Favorável	182 (97,8)	231 (88,8)			
Intermédia	4 (2,2)	28 (10,8)			
Risco elevado	0 (0,0)	1 (0,4)			
Conflito trabalho- família			18,09	<0,001	0,20
Favorável	78 (41,9)	62 (23,8)			
Intermédia	57 (30,6)	89 (34,2)			
Risco elevado	51 (27,4)	109 (41,9)			
Conflitos de papéis laborais			8,66	0,015	0,14
Favorável	37 (19,9)	38 (14,6)			
Intermédia	111 (59,7)	137 (52,7)			
Risco elevado	38 (20,4)	85 (32,7)			
Exigências emocionais			24,92	< 0,001	0,24
Favorável	9 (4,8)	3 (1,2)			
Intermédia	55 (29,6)	35 (13,5)			
Risco elevado	122 (65,6)	222 (85,4)			
Exigências quantitativas			13,37	0,002	0,17
Favorável	72 (38,7)	62 (23,8)			
Intermédia	80 (43,0)	123 (47,3)			
Risco elevado	34 (18,3)	75 (28,8)			
Ritmo de trabalho			7,40	0,027	0,13
Favorável	24 (12,9)	17 (6,5)			
Intermédia	67 (36,0)	83 (31,9)			
Risco elevado	95 (51,1)	160 (61,5)			
Compromisso face ao local de trabalho			12,51	0,003	0,17
Favorável	53 (28,5)	53 (20,4)			
Intermédia	120 (64,5)	161 (61,9)			
Risco elevado	13 (7,0)	46 (17,7)			
Comunidade social			6,71	0,037	0,12

no trabalho					
Favorável	129 (69,4)	149 (57,3)			
Intermédia	46 (24,7)	89 (34,2)			
Risco elevado	11 (5,9)	22 (8,5)			
Influência no trabalho			31,54	< 0,001	0,27
Favorável	38 (20,4)	16 (6,2)			
Intermédia	82 (44,1)	93 (35,8)			
Risco elevado	66 (35,5)	151 (58,1)			
Justiça e respeito			22,63	< 0,001	0,23
Favorável	81 (43,5)	63 (24,2)			
Intermédia	88 (47,3)	144 (55,4)			
Risco elevado	17 (9,1)	53 (20,4)			
Reconhecimento			8,66	0,014	0,14
Favorável	108 (58,1)	127 (48,8)			
Intermédia	61 (32,8)	84 (32,3)			
Risco elevado	17 (9,1)	49 (18,8)			
Satisfação com o trabalho			13,43	0,001	0,17
Favorável	48 (25,8)	48 (18,5)			
Intermédia	118 (63,4)	150 (57,7)			
Risco elevado	20 (10,8)	62 (23,8)			
Suporte social de colegas					
Favorável	89 (47,8)	91 (35,0)	7,45	0,025	0,13
Intermédia	76 (40,9)	134 (51,5)			
Risco elevado	21 (11,3)	35 (13,5)			
Problemas em dormir			6,85	0,033	0,12
Favorável	61 (32,8)	73 (28,1)			
Intermédia	82 (44,1)	97 (37,3)			
Risco elevado	43 (23,1)	90 (34,6)			

1 - O 'teste de Fisher' refere-se ao Teste Exato de Fisher-Freeman-Halton

Data de receção: 2024/11/28
Data de aceitação: 2024/12/06