



UNIVERSIDADE DE LISBOA



FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA

CONTEXTO PSICOSSOCIAL DA GESTÃO DE BAIRROS SOCIAIS: IDENTIFICAR PARA INTERVIR

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Ergonomia

Orientadora: Professora Doutora Catarina Maria Silva

Júri

Presidente: Doutora Maria Filomena Araújo Costa Cruz Carnide

Vogal: Doutora Sara Cristina Moura da Silva Ramos

Vogal: Doutora Catarina Maria Gomes Duarte da Silva

Ana Margarida da Silva Malaquias Dinis

2015

“Sonhei que estava andando na praia com o Senhor
e no céu passavam cenas de minha vida.
Para cada cena que passava, percebi que eram deixados dois pares
de pegadas na areia: um era meu e o outro do Senhor.
Quando a última cena da minha vida passou diante de nós, olhei para trás,
para as pegadas na areia, e notei que muitas vezes,
no caminho da minha vida, havia apenas um par de pegadas na areia.
Notei também que isso aconteceu nos momentos mais difíceis
e angustiantes da minha vida.
Isso aborreceu-me deveras e perguntei então ao meu Senhor:
- Senhor, tu não me disseste que, tendo eu resolvido te seguir,
tu andarias sempre comigo, em todo o caminho?
Contudo, notei que durante as maiores tribulações do meu viver,
havia apenas um par de pegadas na areia.
Não compreendo por que nas horas em que eu mais necessitava de ti,
tu me deixaste sozinho.
O Senhor me respondeu:
- Meu querido filho. Jamais te deixaria nas horas
de prova e de sofrimento.
Quando viste na areia, apenas um par de pegadas,
eram as minhas.
Foi exactamente aí, que te carreguei nos braços.”

Mary Stevenson, 1936

RESUMO

O estudo dos fatores psicossociais é recente e a sua importância tem vindo a aumentar devido a um conjunto de mudanças no mercado de trabalho que levaram à emergência destes fatores. Mudanças como o aumento dos serviços, a introdução de novas tecnologias e de novas formas de organização do trabalho, traduzem-se em transformações importantes no conteúdo do trabalho e acarretam diferentes exigências para os trabalhadores (produtividade, disponibilidade, entre outros).

Com este estudo pretende-se identificar os principais fatores psicossociais, através da autoavaliação das condições de trabalho de 245 trabalhadores envolvidos na atividade de gestão de bairros sociais. Para isso, foi aplicado o Inquérito INSAT e através de métodos de estatística descritiva, regressão logística e linear foi analisado o impacto na saúde e bem-estar da exposição aos constrangimentos laborais identificados.

Os resultados revelam a existência de fatores psicossociais de risco, nomeadamente, a falta de apoio dos colegas, as ameaças verbais, a agressão física, a ausência de possibilidade de autonomia e iniciativa e a insatisfação laboral, que promovem os problemas de saúde declarados. No entanto, também revelam a presença de fatores protetores do trabalho e/ou do trabalhador cuja interação com os de risco, promovem o equilíbrio e minimizam os danos na saúde.

Palavras-Chave: Condições de trabalho, Fatores psicossociais, Fatores de risco, Fatores protetores, Gestão de bairros sociais, Inquérito Saúde e Trabalho – INSAT, Perfil de Saúde de *Nottingham*, Perceção dos trabalhadores, Interação trabalho/saúde.

ABSTRACT

The study of psychosocial factors is recent and its importance is increasing due to a number of changes in the labor market that led to the emergence of these factors. Changes such as increased services, the introduction of new technologies and new forms of work organization, translate into significant changes in job content and entail different requirements for employees (productivity, availability, among others).

This study is intended to identify key psychosocial factors, through the self-assessment of working conditions of 245 workers involved in the social housing management activity. For this, the INSAT survey was administered and by methods of descriptive statistics, logistic and linear regression we looked at the impact of the exposure to identified labor constraints on health and well-being.

The results reveal the existence of psychosocial risk factors in particular the lack of support from colleagues, verbal threats, physical aggression, the impossibility of autonomy and initiative and labor dissatisfaction that promote the reported health problems. However, it also reveals the presence of protective factors from work and / or from workers which interaction with the risk factors, promotes balance and minimize health damage.

Keywords: Working conditions, Psychosocial factors, Risk factors, Protective factors, Social housing management, Survey Health and Work - INSAT, *Nottingham* Health Profile, Workers' perception, Work / health interaction.

AGRADECIMENTOS

A realização deste projeto contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não se teria tornado uma realidade e aos quais estarei eternamente grata.

À Professora Catarina Silva, por todo o seu apoio, paciência e orientação ao longo deste projeto, não só em termos de conhecimento, mas também de aconselhamento, acompanhamento e encorajamento.

À minha mãe, o seu amor, orientação e o apoio incondicional foram fundamentais para chegar aqui e para me tornar a pessoa que sou hoje. Sempre batalhou para o meu sucesso académico, pessoal e profissional, nunca faltando com uma palavra e gestos amigos. É o maior exemplo que eu tenho.

Ao meu irmão e à Sofia pelo amor, pela ajuda e encorajamento que sempre me deram.

Aos meus grandes amigos Ana e Sérgio, pela amizade que nos une, pelo apoio e principalmente por se mostrarem prontamente disponíveis para ajudar e meter mãos à obra, em todos os momentos.

Aos responsáveis e trabalhadores das entidades que acederam ao meu pedido e permitiram que este estudo fosse concretizado. Sem eles nada disto seria possível.

E por fim, mas de maior importância, ao meu namorado Eurico pelo seu amor e apoio infinitos. Por ouvir os momentos mais difíceis, por celebrar comigo as conquistas, pelo que abdicou para que eu pudesse chegar ao fim deste percurso. Por estar comigo, para mim e por mim em todos os momentos da nossa vida em comum.

ÍNDICE GERAL

Resumo	ii
Abstract	iii
Agradecimentos.....	iv
Introdução.....	1
1. A emergência da Problemática Psicossocial.....	6
1.1. A interação trabalho/ saúde.....	6
1.2. A intervenção da segurança e saúde ocupacional.....	7
1.3. Análise dos fatores (de risco) profissionais.....	10
1.4. A emergência dos fatores psicossociais (de risco)	11
1.5. Análise e intervenção no âmbito dos fatores psicossociais	16
1.6. Gestão de Bairros Sociais	19
1.6.1 Stresse ocupacional.....	22
1.6.2. Síndrome do <i>burnout</i>	23
2. Metodologia	27
2.1. Objetivo Geral	27
2.2. Objetivos Específicos	27
2.3. Desenho do Estudo.....	27
2.4. População	27
2.5. Instrumento de recolha de dados	28
2.6. Procedimento	30
2.7. Tratamento dos dados.....	32
3. Gestão de bairros sociais: Resultados.....	34
3.1. Caracterização dos trabalhadores envolvidos na gestão de bairros sociais	34
3.2. Condições e características do trabalho de gestão de bairros sociais	36
3.3. O estado de saúde dos trabalhadores da gestão de bairros sociais.....	44
3.4. Associação entre os problemas de saúde e constrangimentos do trabalho de gestão de bairros sociais.....	46
3.5. Associação entre as dimensões do PSN e os constrangimentos do trabalho de gestão de bairros sociais.....	52
4. Análise e discussão dos resultados	58
5. Gestão de bairros sociais: Da identificação à intervenção	64
Referências Bibliográficas	67
Apêndice 1: Formulário de consentimento informado	72

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de relações trabalho/saúde da OMS (1973)	6
Figura 2: Distribuição da amostra por faixas etárias, em frequência relativa	35
Figura 3: Distribuição da amostra por antiguidade, em frequência relativa	35
Figura 4: Distribuição da amostra por nível de escolaridade, em frequência relativa ..	36

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Fatores de proteção da saúde mental	16
Tabela 2: Frequência relativa das respostas relacionadas com o ambiente físico e respetivo incómodo.....	37
Tabela 3: Frequência relativa das respostas relacionadas com os constrangimentos físicos e respetivo incómodo.....	38
Tabela 4: Frequência relativa das respostas relacionadas com os constrangimentos do ritmo de trabalho.....	39
Tabela 5: Frequência relativa das respostas relacionadas com os constrangimentos a autonomia e iniciativa e respetivo incómodo.....	40
Tabela 6: Frequência relativa das respostas relacionadas com as relações de trabalho e respetivo incómodo.....	41
Tabela 7: Frequência relativa das respostas relacionadas com com o contacto com o público e respetivo incómodo.....	42
Tabela 8: Frequência relativa das respostas relacionadas com características do trabalho e respetivo incómodo	43
Tabela 9: Frequência relativa das respostas relacionadas com os problemas de saúde e respetiva relação com o trabalho	45
Tabela 10: Frequência relativa de respostas, média e desvio padrão dos scores das dimensões do Perfil de Saúde de <i>Nottingham</i>	46
Tabela 11: Associação entre os constrangimentos do trabalho e as dores nas costas e problemas músculo-esqueléticos.....	47
Tabela 12a: Associação entre os constrangimentos do trabalho e os problemas nervosos e de sono	48
Tabela 12b: Associação entre os constrangimentos do trabalho e os problemas nervosos e de sono	49
Tabela 13: Associação entre os constrangimentos do trabalho e as dores de cabeça	50
Tabela 14: Associação entre os constrangimentos do trabalho e as dimensões energia e sono do PSN.....	53
Tabela 15: Associação entre constrangimentos do trabalho e as dimensões dor e mobilidade física do PSN.....	54
Tabela 16: Associação entre constrangimentos do trabalho e a dimensão reações emocionais do PSN	55

LISTA DE ABREVIATURAS

AESST – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

AET – Análise Ergonómica do Trabalho

EEM – Entidade Empresarial Municipal

Eurofound – *European Agency for Safety and Health at Work*

INSAT – Inquérito Saúde e Trabalho

NIOSH – National Institute for Occupational Safety and Health

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial da Saúde

PSN – Perfil de Saúde de *Nottingham*

SST – Segurança e Saúde no Trabalho

WHO – *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

As condições de trabalho têm vindo a sofrer alterações ao longo do tempo e a integrar novas dimensões no contexto da evolução tecnológica, socioeconómica e política. Esta evolução tem vindo a ser acompanhada, ao longo do tempo, pela procura de formas de eliminação de tarefas árduas, insalubres ou perigosas para os trabalhadores. As lutas sociais, a alteração da estrutura do emprego, o progresso técnico e a automatização de tarefas, contribuíram em larga escala para a melhoria geral das condições de trabalho. Apesar disso, uma percentagem elevada de trabalhadores continua ainda a estar exposta a ambientes de trabalho pouco saudáveis. Juntam-se às formas tradicionais de constrangimentos físicos e ambientais ainda existentes, fatores de risco novos e emergentes relacionados com a maior complexidade e transformações do trabalho, provocadas pela globalização económica e pelas novas tecnologias. A pressão constante promovida pelo mercado, as interdependências no trabalho ligadas a sistemas produtivos cada vez mais integrados, a necessidade da polivalência, de policompetência e de ajustamento frequente dos tempos de trabalho e da mão de obra às flutuações do mercado, levam à intensificação do trabalho e à difusão de formas inadequadas de organização do mesmo, provocando a diminuição da qualidade de vida nos locais de trabalho. A melhoria da qualidade de vida no trabalho não se limita à melhoria das condições físicas (segurança e higiene) ou do clima social e das condições psíquicas (relações interpessoais e estilo de liderança), mas abrange também a organização do trabalho e as relações de emprego (Dias, Cerdeira & Kóvac, 2007).

Apesar do trabalho ser um fator preponderante no desenvolvimento humano, Uva & Serranheira (2013) consideram que não tem vindo a ser devidamente valorizado. Os autores defendem que, as profundas mudanças que o trabalho sofreu nas últimas décadas lançam novos desafios às relações que se estabelecem entre o trabalho e a saúde.

De entre estas profundas mudanças, Coelho (2008), destaca:

- a) a crescente inovação tecnológica e, conseqüentemente, a introdução de novas tecnologias e técnicas de produção e gestão que originam novos e mais complexos sistemas de trabalho;
- b) a alteração do objeto e do conteúdo do trabalho provocados pelos novos sistemas de trabalho, passando a matéria-prima e o objeto dominantes a ser o conhecimento, a informação e as outras pessoas;

- c) a necessidade de aumentar a flexibilidade laboral e organizacional como consequência da alteração do conteúdo do trabalho;
- d) o crescimento do setor dos serviços que, associado à evolução tecnológica, obriga à transferência de trabalhadores para este setor;
- e) o envelhecimento da população ativa;
- f) o aumento da participação ativa das mulheres no mercado de trabalho;
- g) a globalização da economia, que implica a liberalização, privatização e desregulamentação aliadas à deslocalização das empresas, acarreta consequências em termos de desemprego e formas agressivas de competitividade;
- h) a alteração das características dos espaços de trabalho, que decorre do aumento crescente das situações de trabalho que dispensam local de trabalho, do aumento do número de pequenos locais de trabalho e da (re)configuração que, também os grandes locais sofrem.

Roxo (2009) constata que “o trabalho tende a ser menos físico e mais mental” (p.96).

Estas mudanças tiveram repercussões visíveis na segurança e na saúde no trabalho (SST). Em alguns contextos, os fatores de risco mais tradicionais (físicos, químicos e biológicos) regrediram ou foram eliminados, noutros emergiram novos ou deu-se visibilidade a fatores de risco já existentes, mas pouco prevalentes. Exemplos destes fatores de risco considerados novos e/ou emergentes são os associados ao fabrico e à utilização de nano materiais, os fatores de risco biológicos provenientes de novos produtos e de organismos geneticamente modificados e os fatores de risco psicossociais. No entanto, muitos dos fatores de risco tradicionais ainda estão presentes nos locais de trabalho e o número de acidentes e de doenças derivados da sua exposição continua a ser inaceitável (Organização Internacional do Trabalho [OIT], 2010).

Isto leva-nos a considerar que, de forma a acompanhar todas estas transformações, a abordagem dos problemas pelos serviços de SST deve ser feita de forma integrada e integradora de diversas disciplinas científicas e as linhas orientadoras emitidas pelas entidades nacionais e internacionais devem ser cada vez mais globalizadas. Isto significa que se os serviços de SST querem ser eficazes na proteção dos trabalhadores e prevenção de acidentes e doenças, não basta apenas que os profissionais da SST observem os postos de trabalho. Torna-se necessário perceber de que forma o posto de trabalho, o local de trabalho, a organização e o trabalhador interagem de forma positiva ou negativa e, para tal, é essencial que se fundam os

saberes da psicologia ocupacional, da ergonomia, da saúde e segurança no trabalho, da sociologia, entre outros.

Na estratégia global Europa 2020 (Comissão Europeia, 2010), os estados membros consagram a crucialidade da saúde e o bem-estar no trabalho para um crescimento, competitividade e desenvolvimento sustentáveis. A saúde da economia dependerá da saúde da população e sem ela, os empregadores ficam a perder em consequência da baixa produtividade dos trabalhadores e, os indivíduos veem-se privados de longevidade e qualidade de vida. A saúde e o bem-estar tornam-se assim pontos centrais do debate político na tentativa de discernir quais as formas de melhorar a vida dos indivíduos na sociedade.

Também os serviços de SST se devem adaptar e centralizar a sua atuação numa análise do trabalho onde se compreenda a relação entre as exigências do trabalho, as características individuais dos trabalhadores e a forma como esta relação afeta, positiva ou negativamente a sua saúde e bem-estar. Sabe-se também que os efeitos provenientes desta relação nem sempre são imediatos ou facilmente atribuíveis a um só constrangimento e inclusivamente, muitos dos resultados na saúde e bem-estar são diferidos e encontram-se associados a uma multiplicidade de fatores que interagem entre si e com o trabalhador. Estas interinfluências e interdependências envolvem diversos aspetos quer do indivíduo, quer das condições e da atividade de trabalho que exigem uma complementaridade de saberes, experiências e competências para um eficaz planeamento, implementação e avaliação de estratégias de intervenção. O desafio dos serviços de SST passa por abandonar as metodologias de avaliação de riscos profissionais abrangentes à grande maioria dos trabalhadores e dirigidas ao trabalhador “médio” e desenvolver e implementar metodologias que considerem cada trabalhador individualmente. Será assim mais rigorosa uma avaliação de riscos individual porque permite a integração das variáveis que o trabalhador fornece à equação que são as suas características individuais. Idealmente, esta deveria ser a abordagem a adotar, protegendo-se a saúde de cada trabalhador e não apenas a do trabalhador “médio”. Isto significa que os serviços de SST devem analisar as condições de trabalho e a atividade desempenhada – que claramente pertencem ao contexto laboral – nunca descurando que estas se relacionam intimamente com os fatores de natureza pessoal, familiar e social de cada trabalhador e que todos estes fatores e a forma como interagem entre si, contribuem para o resultado, positivo ou negativo, da forma como esta relação afeta os trabalhadores (Uva & Serranheira, 2013).

Estas considerações teóricas tornam-se reais no campo, no trabalho diário dos profissionais que fazem parte dos serviços de SST. Existe, em determinados contextos profissionais, a clara percepção de que, a análise dos fatores de risco mais tradicionais é redutora, e não permite efetuar uma análise global nem explicar a relação entre as exigências do trabalho, as características individuais dos trabalhadores e a forma como esta relação afeta a sua saúde e bem-estar. Mais, as alterações na natureza e conteúdo do trabalho já referidas, acarretam implicações no tipo de fatores de risco profissionais ou na forma como a exposição profissional acontece, o que significa que senão se conhecer exaustivamente e individualmente o trabalho não é possível aferir de que forma este afeta os trabalhadores.

Este foi o ponto de partida para o presente estudo efetuado junto de trabalhadores que executam tarefas de gestão de bairros sociais. O contacto da autora enquanto técnica superior de segurança no trabalho com esta atividade profissional, permitiu-lhe, através da observação dos locais e das atividades de trabalho, da análise e avaliação dos fatores de risco ditos tradicionais (físicos, químicos e biológicos) e do acompanhamento e escuta ativa dos trabalhadores, perceber que nenhum dos seus resultados explicava a insatisfação constante, algumas queixas relacionadas com o posto de trabalho e, principalmente, as baixas psiquiátricas reportadas ao serviço de saúde ocupacional. Este acompanhamento permitiu ainda registar (direta ou indiretamente) as ameaças verbais formuladas pelos habitantes destes bairros aos trabalhadores e a agressão física (tentada ou consumada). Assim, tendo em conta o contexto social e organizacional desta atividade tornou-se evidente que a análise das condições de trabalho teria que ser complementada com a análise dos fatores psicossociais presentes neste contexto profissional. Quando se pretende estudar de que forma as exigências do trabalho afetam a saúde e bem-estar mental dos trabalhadores, as suas características individuais assumem também um papel fulcral e não podem ser descuradas. Para tal, de forma a considerar as características e percepção dos trabalhadores, foi aplicado um questionário individualmente para recolha de dados que permitissem averiguar de que forma as condições de trabalho e, mais concretamente, os fatores psicossociais associados à gestão de bairros sociais, podem afetar, positiva ou negativamente, estes trabalhadores.

Esta dissertação encontra-se subdividida em quatro capítulos principais:

- No primeiro capítulo, com o título, A emergência da problemática psicossocial, apresenta-se uma revisão da literatura científica relevante para o estudo efetuado. Nesta revisão procura-se situar e sistematizar a temática, clarificando alguns conceitos

e apresentando resultados de estudos já realizados no âmbito da problemática em estudo. É apresentado igualmente o contexto profissional da gestão de bairros sociais e os danos na saúde referidos na literatura como característicos dessa atividade;

- No segundo capítulo, intitulado Metodologia, descreve-se a estratégia adotada, caracterizando e identificando as principais etapas do estudo e os objetivos do estudo. Seguidamente, apresenta-se o desenho do estudo propriamente dito e a população alvo do mesmo. Por fim, é descrito o instrumento e procedimento utilizados para a recolha de dados, os testes e métodos usados para tratamento dos mesmos;

- O terceiro capítulo, designado Gestão de bairros sociais: Resultados, é onde se apresentam os resultados de forma descritiva e as associações que foram estabelecidas entre os constrangimentos laborais e os problemas de saúde e as dimensões do Perfil de Saúde de *Nottingham*;

- No quarto capítulo, de Análise e discussão dos resultados, analisam-se os resultados, à luz da revisão bibliográfica consultada;

- No último capítulo, com o título Gestão de bairros sociais: da identificação à intervenção, é feito o balanço geral do trabalho, são identificadas as limitações do estudo e são apresentadas linhas de investigação futuras assim como as medidas de promoção da saúde.

1. A EMERGÊNCIA DA PROBLEMÁTICA PSICOSSOCIAL

No presente capítulo é efetuada a contextualização da problemática psicossocial, com base na revisão da literatura, partindo de uma abordagem global para a específica do contexto laboral escolhido. Num primeiro momento, apresentam-se as principais considerações bibliográficas acerca da interação que se cria entre o trabalho e a saúde, do modo como os serviços de segurança e saúde no trabalho devem intervir neste contexto e da importância da eficácia da análise dos fatores (de risco) profissionais. Já na esfera psicossocial, importa aqui espelhar o que torna esta problemática emergente e como a sua análise deve ser conduzida. Por fim, é feito um enquadramento do contexto laboral escolhido para o desenvolvimento do presente estudo.

1.1. A interação trabalho/ saúde

A interação constante entre os vários elementos que compõem as situações de trabalho e onde o trabalhador assume um papel relevante, adquire em muitos casos, uma tal complexidade que exige, para a sua análise, o recurso a diversas áreas de conhecimento que, mobilizando os seus modelos conceptuais e instrumentos específicos, assumem-se como indispensáveis contribuições práticas de proteção da saúde e segurança. Existem diversos modelos teóricos de interação entre o trabalho e a saúde, no entanto, o modelo da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1973 (figura 1) continua bastante atual (Uva & Serranheira, 2013).

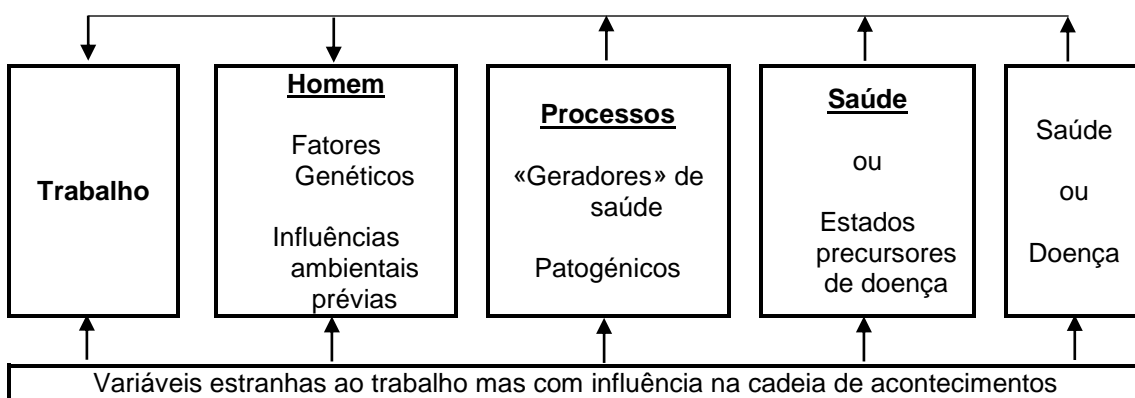


Figura 1: Modelo de relações trabalho/saúde da OMS (1973). Fonte: Uva & Serranheira, 2013, p.40

Este modelo apresenta baixa complexidade quando comparado com outros modelos e valoriza não só as consequências adversas que o trabalho pode implicar (muito

dominante) mas também a vertente salutogénica que o trabalho acarreta (quase sempre esquecida e muito necessitada de revitalização). É facto que quase todas as abordagens relativas à segurança e saúde no trabalho incidem apenas sobre a vertente patogénica do trabalho sendo sistematicamente esquecidos os aspetos positivos que o trabalho pode trazer, no que diz respeito à satisfação, bem-estar e realização pessoais. Mais, nestas abordagens são avaliadas as situações de trabalho para um trabalhador “médio”, colocando à margem normalmente as influências das exigências físicas e mentais do trabalho que condicionam distintas respostas individuais, ou seja, a conceção do trabalho não valoriza as variáveis individuais como o género, a idade, o estado civil e outras que, são parte integrante da situação de trabalho. Esta marginalização do trabalhador põe em causa os principais objetivos da SST uma vez que não é suficiente ter locais de trabalho seguros e saudáveis senão existirem também trabalhadores seguros e saudáveis, ativos e produtivos.

O conhecimento científico da relação trabalho/doença tem vindo a ser adquirido, principalmente e na maioria dos casos, com base em estudos epidemiológicos transversais. É a partir daqui que se vão conhecendo as relações entre a exposição profissional e o efeito e a resposta em termos de adversidade ou benefício para a saúde e, claro, é neste conhecimento que se baseiam estratégias de prevenção de riscos profissionais.

No que respeita às novas doenças ligadas ao trabalho associadas à exposição aos fatores de risco considerados emergentes, os desafios colocados determinam uma certa multidisciplinaridade na conceção dos respetivos programas de prevenção e na necessidade de intervenções que integrem diversas áreas científicas para ser possível uma análise global da forma como as exigências do trabalho e as características individuais afetam a saúde e bem-estar dos trabalhadores.

Um novo mundo do trabalho passa por apostar em equipas multidisciplinares que permitem intervenções concertadas, integradoras e sistémicas, promovendo a (re)conceção dos locais de trabalho adaptados aos trabalhadores e à sua variabilidade.

1.2. A intervenção da segurança e saúde ocupacional

Uva & Serranheira (2013) defendem que o objeto de análise e a intervenção da segurança e saúde ocupacional devem centrar-se na atividade de trabalho que é desempenhada de acordo com as condições concretas em que é desenvolvida.

Todos os contextos de trabalho são complexos mais que não seja porque o trabalho é uma atividade forçada que depende de um vasto conjunto de fatores que se encontram em constante interação e que se reúnem para atingir determinado objetivo. A compreensão do trabalho propriamente dito passa pela sistematização dos seus elementos e por entender as múltiplas e constantes inter-relações existentes, permitindo assim, antecipar eventuais efeitos, sobre a produção na perspetiva qualitativa e quantitativa, quer sobre a saúde/doença quer sobre e sobre a (in)segurança dos trabalhadores.

A análise da atividade real de trabalho permite constatar as dificuldades concretas do trabalhador, a perceção das exigências colocadas e as estratégias adotadas para a concretização do trabalho. Normalmente, o trabalhador é confrontado com exigências planeadas por uma organização distante que exige determinados comportamentos, que transmite informações sobre o que deve ser efetuado e, com que frequência. Deste modo, as características individuais do trabalhador são completamente negligenciadas, deixando-o exposto (aquém das suas capacidades fisiológicas e/ou cognitivas) a exigências da situação de trabalho e dentro de um contexto específico, o que pode originar alterações do estado de saúde, tanto a nível físico como psíquico (Uva & Serranheira, 2013).

A segurança e a saúde ocupacionais não devem apenas dedicar-se à identificação de trabalhadores que sofrem de doenças profissionais ou à análise de acidentes de trabalho. Devem pautar-se por atividades de prevenção-orientada, envolvida na avaliação de riscos profissionais, na manutenção dos riscos devidamente controlados e nas estratégias pró-ativas que visam a promoção da saúde da população trabalhadora. Deve trazer até si, saberes pluridisciplinares, que englobem a totalidade das intervenções, seja de que natureza for, conducentes à Promoção da Saúde dos Trabalhadores e à Prevenção de todos os riscos, direta ou indiretamente ligados ao desempenho das respetivas atividades (*World Health Organization*, 1995).

Segundo Roxo (2009), a avaliação de riscos profissionais, é um processo dinâmico que visa estimar a magnitude do risco para a segurança e saúde dos trabalhadores no seu local de trabalho, obtendo-se assim as informações necessárias para que a gestão decida, de forma fundamentada, quais e como adotar as medidas preventivas e/ou corretivas necessárias à eliminação ou controlo dos riscos. Segundo o mesmo autor, qualquer avaliação de riscos deve integrar na sua génese duas etapas: a análise e a valoração do risco. Na primeira etapa deve-se decompor o objeto alvo de

análise, identificando os perigos (ou fatores de risco) e quem a eles se encontra potencialmente exposto na tentativa de estimar qual a afetação que os mesmos têm em quem se encontra exposto e, numa segunda etapa, a estimativa dos riscos através da valoração conjunta da probabilidade da sua ocorrência e da gravidade dos danos. A valoração é a fase em que se fazem juízos de valor acerca da aceitabilidade dos riscos através da comparação entre o valor obtido na etapa de análise dos riscos e um referencial de risco aceitável. Importa assim e, antes de mais clarificar os conceitos de fator de risco ou perigo, risco e dano para a saúde.

Segundo a Norma Portuguesa 4397 (Instituto Português da Qualidade [IPQ], 2008), um fator de risco ou perigo é a “fonte, situação ou ato com potencial para o dano em termos de lesão ou afecção da saúde ou uma combinação destes” (p.8). Já o termo risco é definido como a “combinação da probabilidade de ocorrência de um acontecimento ou de exposição(ões) perigosos e da gravidade de lesões ou afecções da saúde que possam ser causadas pelo acontecimento ou pela(s) exposição(ões)” (p.10). O dano para a saúde é estabelecido como sendo a “condição física ou mental adversa, identificável como decorrente de e/ou agravada por atividades do trabalho e/ou por situações relacionadas com o trabalho” (p.9).

Roxo (2009) afirma que a natureza, diversidade das situações de risco e a sua extensão acarretam a constatação de que não existem regras fixas a reger a atividade de avaliação de riscos. Não obstante, tais constatações não afastam a necessidade de se dispor de princípios que orientem a ação e de se proceder a uma seleção das técnicas mais adequadas a aplicar de acordo com a sua exequibilidade prática, com a sua adequação ao tipo e à natureza dos fatores de risco presentes, com a perspetiva pró-ativa que se pretende imputar à atividade de controlo dos riscos, com a monitorização dos resultados obtidos e com as medidas de retroalimentação como deve ser próprio da atividade de gestão dos riscos. Os princípios gerais orientadores da atividade de avaliação dos riscos profissionais são:

- a) deve ser direcionada para o acompanhamento de todos os perigos e riscos relevantes;
- b) deve focar-se no que realmente acontece no local e durante a atividade de trabalho;
- c) deve assegurar-se que todos os trabalhadores ou terceiros são devidamente considerados;
- d) deve identificar os grupos de trabalhadores vulneráveis;
- e) deve atender às medidas de prevenção existentes e ao seu estado e adequação;
- f) deve ser efetuada, se for considerado útil, por etapas;

g) não deve ser considerada como uma atividade isolada, mas envolvida num contexto de participação dos trabalhadores;

h) os resultados significativos devem ser alvo de registo.

A análise da situação de trabalho passa então pelo diagnóstico da situação real de trabalho integrando o trabalhador no local de trabalho e contribuindo para que, posteriormente, seja possível uma intervenção sobre as determinantes do trabalho.

1.3. Análise dos fatores (de risco) profissionais

Uva & Serranheira (2013) defendem que a diversidade dos fatores considerados de risco para a saúde e segurança dos trabalhadores, potencialmente presentes nos locais de trabalho são consideráveis. Estes fatores são tradicionalmente classificados consoante a sua natureza, nas categorias: físicos, químicos, biológicos, psicossociais e relacionados com a atividade (posturas, repetitividade, aplicação de força, entre outros). Estes cinco fatores, quando em contacto com o trabalhador são, por si só ou em associação, suscetíveis de causar efeitos no trabalhador. Importa referir que é frequente aceder a textos em que os fatores são classificados de forma diferente sendo também recorrente o recurso a denominações que confundem risco com fator de risco (perigo).

Apesar de diferenças nas classificações dos fatores de risco, há um facto consensual e transversal, que diz respeito à necessidade de conhecer e descrever todos os fatores de risco presentes nos locais de trabalho para uma correta compreensão da forma como podem afetar a saúde e bem-estar dos trabalhadores. Esta compreensão aliada à análise das inter-relações e interdependências entre as características humanas e o local e meios de trabalho permitem avaliar as capacidades do trabalhador em atividade e, em particular, da necessidade de adaptação do trabalho ao homem. Deste modo, para compreender o trabalho é fundamental conhecer e descrever os seus vários componentes e centrar o seu estudo na atividade, como uma resposta do trabalhador às exigências colocadas, permitindo desta forma, antecipar eventuais efeitos, quer sobre a produção na perspetiva qualitativa e quantitativa, quer sobre a saúde e a segurança dos trabalhadores.

A análise (ergonómica) do trabalho (AET) revela-se atualmente como uma importante metodologia que permite “a transposição para um novo paradigma do trabalho, essencialmente centrado no trabalhador” (Uva & Serranheira, 2013, p.61). Este modelo de análise permite descrever e evidenciar o conjunto de elementos que interagem entre si no contexto de trabalho, designadamente:

a) as condicionantes do trabalho onde se incluem,

- a organização do trabalho,
- os meios técnicos e tecnológicos
- as características individuais dos trabalhadores.

b) a atividade de trabalho ou a resposta do trabalhador às solicitações que lhe são colocadas e às quais responde para atingir os objetivos impostos (atividade real de trabalho).

c) os resultados ou efeitos da atividade sobre o trabalhador e sobre o sistema produtivo.

Este modelo de descrição do trabalho conjuntamente com a avaliação dos riscos profissionais permite, através da confrontação entre a tarefa e a atividade, identificar, disfuncionamentos da organização e prever ou antecipar, por exemplo, riscos para a saúde e segurança dos trabalhadores e riscos para o sistema.

1.4. A emergência dos fatores psicossociais (de risco)

Os fatores psicossociais considerados de risco, ou seja, com potencial para o dano, têm vindo a ocupar, nas últimas duas décadas, uma posição central nas investigações e preocupações dos profissionais ligados à SST muito devido ao trabalho desenvolvido por instituições como a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST) e a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (Eurofound). São apresentados como emergentes não porque são novos, mas por estarem a assumir uma grande visibilidade (Neto, Areosa & Arezes, 2014).

A AESST (*European Agency for Safety and Health at Work, 2007*) indica que um risco emergente é considerado como sendo novo e se encontra a aumentar, o que significa que é:

- até à data desconhecido
- provocado por novos processos, tecnologias, tipos de local de trabalho e/ou mudanças sociais ou organizacionais
- um problema já existente mas que na atualidade é considerado risco devido à alteração da perceção pública
- um tema já conhecido cujos atuais desenvolvimentos científicos fazem com que seja identificado como um risco.

A mesma Agência estabelece que um risco que se encontra a aumentar, implica que:

- o número de perigos que levam ao risco encontra-se a aumentar

- a probabilidade de exposição ao perigo está a aumentar
- o efeito na saúde encontra-se a piorar.

Os fatores de risco ditos tradicionais (físicos, químicos e biológicos, entre outros), amplamente estudados a partir da revolução industrial são, atualmente e graças à evolução técnica e tecnológica, facilmente analisados no âmbito da intervenção da SST. Mesmo assim ainda verificamos falta de consenso em termos de terminologia e classificação. Mais ou tão antigas são as definições dos termos, fator de risco, risco e dano para a saúde, mas, ainda nos dias de hoje, encontramos na bibliografia e mesmo em publicações legais e/ou orientações, o seu uso com pouca clareza. Assim, sendo o estudo dos fatores de risco emergentes, muito mais recente, torna-se perceptível a falta de consenso em termos de conceitos e classificação do que é um fator de risco (situação com potencial para o dano), um risco (combinação da probabilidade da exposição e a gravidade dessa exposição) e um dano (condição física ou mental adversa) de natureza psicossocial.

Os fatores de risco de natureza psicossocial, são considerados por Uva & Serranheira (2013) como um conjunto muito heterogéneo de fatores de risco que, de algum modo, podem influenciar a saúde de quem trabalha e que derivam dos aspetos psicológicos desses trabalhadores, das relações que se estabelecem entre as pessoas e da estrutura organizacional onde se inserem. Englobam, variáveis psicológicas (personalidade, representações, valores, perceção da realidade, atitudes, entre outras), características organizacionais (hierarquias, horários, objetivos) e sociais de interação entre grupos e componentes culturais (relacionadas, por exemplo, com modelos de tomada de decisão ou resolução de conflitos).

Já a *British Standards Institution* (2011) faz a distinção entre o fator de risco ou perigo psicossocial e o risco psicossocial. Para esta organização, o perigo psicossocial é “interação entre o conteúdo do trabalho, organização do trabalho e de gestão e outras condições ambientais e organizacionais, e as competências e as necessidades dos trabalhadores” já o risco psicossocial é definido como “probabilidade que os fatores psicossociais têm de influenciar de forma perigosa a saúde dos trabalhadores através das suas perceções e experiências e da gravidade dos problemas de saúde que podem ser causados por exposição a eles” (p.2, tradução nossa). Para esta entidade, as características pessoais dos trabalhadores são apenas relevantes quando se pretende quantificar a probabilidade e gravidade da consequência da exposição aos perigos psicossociais.

De entre as diversas definições de riscos psicossociais que se encontram na literatura, podemos destacar a de Gollac & Bodier (2011) que consideram que um risco para a saúde no trabalho é psicológico, não pela sua manifestação, mas pela sua origem: os riscos psicossociais são definidos como os riscos para a saúde mental, física e social, causados por condições de trabalho e fatores organizacionais e relacionais que interagem com o funcionamento mental. O conceito de funcionamento mental está relacionado com ambos os fenómenos cognitivos e psíquicos.

A partir destas definições, assume-se que o que restringe o campo do risco psicossocial, não são as suas consequências em termos de saúde mental, física e social (danos) mas, as condições de trabalho e os fatores organizacionais e relacionais que se encontram na sua génese (fatores de risco). Gollac & Bodier (2011) consideram que o conceito de riscos psicossociais no trabalho refere-se aos riscos para a saúde criados pelo trabalho através de mecanismos sociais e psicológicos. Apesar de amplamente usado, este conceito não providencia um significado claro e inequívoco na sua utilização pelos atores sociais. Estes autores reforçam o conceito de risco da NP 4397 e citam outros autores que afirmam que este conceito é constituído por dois elementos, a probabilidade do evento gerar consequências negativas e, a gravidade destas consequências. O conceito refere-se, assim, à ligação entre a exposição a fatores de risco no trabalho e danos que esta exposição é suscetível de gerar, mas que tendencialmente se descreve misturando causas e consequências: stresse, assédio, violência, sofrimento, suicídio, depressão, distúrbios músculo-esqueléticos. De acordo com estes autores e na bibliografia consultada, a palavra psicossocial tem dois significados muito diferentes. Em alguns casos, refere-se ao dano, onde os riscos psicossociais são aqueles que são causados por distúrbios psicológicos num contexto social (possivelmente referindo-se a distúrbios de integração social). Em outros casos, a interpretação é que os perigos é que são psicossociais, sendo criados pela interação de uma situação social (organização, estatuto) com a psique.

Podemos considerar que não existe, no estado atual da arte, no mundo científico consenso sobre como abordar os fatores psicossociais no trabalho e ainda menos consenso sobre qual a terminologia e classificação mais adequadas. Os conceitos de fator de risco, risco e dano de natureza psicossocial é operacionalizado de forma diferente por diferentes disciplinas, de acordo com seus próprios conceitos e teorias. A ideia de medir apenas o dano deve ser rejeitada porque o dano não é específico, para qualquer tipo de transtornos mentais, físicos ou sociais. O problema que se coloca é

se se deve medir os fatores de risco ou medir ambas as exposições e os danos. As abordagens variam muito, dependendo da área científica. O estudo apenas dos fatores permite caracterizações significativas, mas apenas de si mesmos. A inclusão de dados sobre a saúde e sobre os danos requer uma análise cuidada e exaustiva que apesar de mais completa, pode não revelar uma resposta óbvia de causa e efeito. De qualquer forma, é importante distinguir entre os fatores de risco (psicossociais) dos seus efeitos sobre a saúde física, mental e social (Gollac & Bodier, 2011). Neto, Areosa & Arezes (2014), afirmam que a extensão de um risco psicossocial dependerá do tipo de fatores de risco que se considerarem estar na sua génese. Tendo em conta que existe uma grande variabilidade nos fatores que podem ser considerados, torna-se difícil avançar com uma tipologia que seja exata e aceite por todos.

Além disto, não pode ser descurado o facto de que nem todos os fatores psicossociais do trabalho acarretam dano. Cassel (1974, citado por Galasso, 2005) contribui de forma relevante quando enfatiza o carácter bidimensional dos fatores psicossociais, afirmando que podem ter um efeito prejudicial ou protetor pelo que ambas as dimensões devem ser consideradas aquando da análise das condições de trabalho. Por exemplo, assumir responsabilidades só é um fator de risco caso o indivíduo não tenha capacidades para assumi-las. Se tiver meios, físicos, mentais, financeiros, sociais para as assumir, é um fator de proteção. Entre as variáveis ambíguas, também podemos mencionar a versatilidade, o contacto com o público e o contacto com o sofrimento. Estas variáveis requerem tratamento especial e uma análise cuidada antes de as usar para delimitar, tanto quanto possível, situações onde elas criem um risco.

A *World Health Organization* (2012) enfatiza que as características individuais, o envolvimento laboral, social e familiar, interagem uns com os outros de forma dinâmica e podem influenciar positiva ou negativamente o estado de saúde mental de um indivíduo. Por exemplo, o nível de auto estima pode ser aumentado ou diminuído dependendo do apoio social ou estabilidade económica que, por sua vez, podem ser influenciados pelo grau de estabilidade política, justiça social ou crescimento económico de um país. São destacados fatores protetores ao nível individual, social e ambiental, tais como:

- Características individuais – auto estima, confiança, capacidade de resolução de problemas, gestão de stresse ou adversidades, capacidade de comunicação, saúde física;

- Envolvimento social – apoio social e familiar, bom relacionamento com progenitores e/ou filhos, segurança física e económica, desempenho escolar satisfatório, satisfação e sucesso laboral;
- Fatores ambientais – igualdade de acesso a serviços básicos, justiça social, integração, igualdade entre géneros e estatutos sociais, segurança física.

Martinez & Paraguay (2003) afirmam que a resposta a um determinado constrangimento é diferente de pessoa para pessoa e pode ser distinto, para a mesma pessoa, em diferentes momentos da sua vida. Os fatores protetores são qualidades dos sujeitos ou do seu envolvimento que protegem os indivíduos emocional e mentalmente. Embora existam diferenças individuais significativas em relação ao que os trabalhadores querem dos seus trabalhos, também existem semelhanças entre os fatores causais da sua satisfação perante o trabalho. Estes fatores pertencem a dois grupos:

- Eventos e condições (trabalho, pagamento, promoção, reconhecimento, condições e ambiente de trabalho) e
- Agentes (colegas, subordinados e chefias, organização).

A Tabela 1 apresenta os fatores de proteção que podem reduzir a probabilidade de problemas de saúde mental e de mitigação dos efeitos potencialmente negativos dos fatores de risco a que os indivíduos possam estar expostos.

Tabela 1: Fatores de proteção da saúde mental (Fonte: *Commonwealth Department of Health and Aged Care*, 2000, p. 15)

Fatores individuais	Fatores familiares	Contexto profissional	Eventos e situações da vida	Fatores sociais e culturais
<ul style="list-style-type: none"> • Temperamento fácil • Nutrição adequada • Apego à família • Nível de inteligência acima da média • Desempenho escolar • Capacidade de resolução de problemas • Controlo interno • Competência e capacidade social • Otimismo • Crenças e valores morais 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio familiar adequado • Harmonia familiar • Segurança e estabilidade familiar • Família reduzida • Tarefas familiares • Apoio do cônjuge • Normas familiares fortes e moralidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensação de pertença • Clima positivo • Trabalho em equipa • Oportunidades de sucesso e reconhecimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento significativo com outra pessoa • Oportunidades • Segurança económica • Boa saúde física 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensação de pertença • Apego à rede social • Participação num grupo • Forte identidade cultural e orgulho • Acesso a serviços de apoio • Existência de normas

1.5. Análise e intervenção no âmbito dos fatores psicossociais

Gollac & Bodier (2011) defendem que para avaliar os riscos psicossociais, os fatores a considerar podem ser agrupados em seis categorias: intensidade de trabalho e tempo de trabalho, exigências emocionais, autonomia no trabalho, relações sociais no trabalho, conflitos de valores e insegurança na situação laboral.

Um relatório publicado pelo Comité Conjunto de Saúde Ocupacional da OIT e da OMS salienta que a interação dinâmica entre fatores psicossociais e fatores humanos exerce repercussões sobre a saúde dos trabalhadores e, quando esta é negativa, pode conduzir a distúrbios emocionais, problemas comportamentais e alterações bioquímicas e hormonais que, patologicamente, podem significar doenças mentais e físicas. Esta interação negativa pode igualmente originar efeitos adversos sobre a satisfação no trabalho e sobre o desempenho do trabalhador (OIT, 1986, citada por Galasso, 2005). Este relatório indica que os fatores psicossociais incluem as perceções e a experiência do trabalhador, refletem aspetos relacionados com as condições e ambiente de trabalho e ainda, aspetos ligados ao sistema macroeconómico e social, propondo assim que se analisem como fatores de natureza individual, as capacidades e limitações do trabalhador em relação às exigências do trabalho, bem como o preenchimento das suas necessidades e expectativas. No que toca às condições e ambiente de trabalho, este relatório menciona a importância de se

analisar a tarefa em si, as condições físicas do posto de trabalho, as relações entre o trabalhador e os colegas, as chefias e as práticas da gestão. Quanto a fatores externos, indica as preocupações do trabalhador relativamente à sua família e/ou vida pessoal, elementos culturais, nutrição, condições de transporte e habitação. Isto quer dizer que, perante este relatório, os fatores psicossociais devem ser definidos de forma suficientemente ampla, de modo a contemplarem a variedade de elementos descritos, bem como os seus efeitos sobre a saúde e a bem-estar dos trabalhadores.

De modo a avaliar a verdadeira extensão do risco é fundamental integrar no estudo, a dimensão subjetiva dos efeitos do trabalho na saúde, orientada para o que é “vivido subjetivo do trabalhador” (Dejours, 2009, citado por Neto, Areosa, Arezes, 2014, p.336), tornando visíveis as relações de carácter psicossocial menos óbvias entre a saúde e o trabalho, como o medo, a angústia ou a irritabilidade. A análise deve centrar-se no trabalhador que, na sua atividade de trabalho, põe em ação as diferentes dimensões do uso da saúde (física, mental e afetiva) de forma integral e integrada, de modo a dar resposta às exigências da atividade de trabalho. Esta análise integradora das dimensões laborais, organizacionais e humanas permitem destacar outras relações entre a saúde e o trabalho que, podendo ou não ser situações patológicas, perturbam a qualidade de vida dos trabalhadores nos locais de trabalho.

Para que uma variável se possa qualificar como um fator de risco, deve ser associada a um aumento da probabilidade do dano e deve anteceder o seu início. As variáveis que sendo fatores de risco numa dada fase da vida podem ou não ser de risco numa fase posterior do desenvolvimento do indivíduo. Os fatores de risco podem pertencer ao indivíduo ou ao seu contexto. Alguns fatores de risco desempenham um papel determinante, enquanto outros simplesmente marcam ou identificam o potencial para o dano em vez de causar a doença (*Institute of Medicine*, 1994).

A grande parte dos estudos no âmbito psicossocial identifica as consequências para a saúde, bem-estar ou desempenho dos trabalhadores. Dois dos danos mais frequentemente abordados na literatura são o stresse e o *burnout* no trabalho.

Uma das questões a que os estudos também tentam responder é: como alguns trabalhadores conseguem manter a sua sanidade mental equilibrada mesmo encontrando-se expostos a condições laborais nefastas? Em certos casos, seria expectável encontrar um grande número de trabalhadores em depressão, mas a verdade é que, empiricamente, isso nem sempre se verifica. Surge assim a dúvida,

sobre o que estará a salvaguardar ou salvar os trabalhadores das agressões a que estão sujeitos? A resposta está relacionada com o facto de os trabalhadores encontrarem diferentes estratégias (individuais e/ou coletivas) para se protegerem. Dejours (1999, citado por Neto, Areosa & Arezes, 2014) e Dwyer (2006, citado por Neto, Areosa & Arezes, 2014) afirmam que os trabalhadores usam um “escudo protetor”, ou seja, têm as estratégias defensivas que os permitem gerir o sofrimento produzido pelo trabalho. No entanto e, apesar de ser bastante eficaz, este mecanismo defensivo pode ser também contraproducente uma vez que, as estratégias defensivas podem funcionar como “uma armadilha que insensibiliza os trabalhadores contra aquilo que os faz sofrer” (Dejours, 1999, citado por Neto, Areosa & Arezes, 2014, p.56), no local de trabalho e/ou fora dele.

Inquéritos e estudos epidemiológicos longitudinais têm enfatizado que cada transtorno mental é suscetível de ter múltiplos fatores de risco. Assim, a fim de definir possíveis oportunidades de intervenção, é necessário identificar o maior número possível de fatores de risco e de proteção que atingem os indivíduos em diferentes fases de desenvolvimento (*Institute of Medicine*, 1994).

Os princípios gerais da gestão preventiva dos fatores de risco psicossocial nem sempre foram idealizados no processo global de gestão de riscos ocupacionais, no entanto, têm vindo a ser progressivamente integrados (Neto, Areosa & Arezes, 2014). Neste sentido, a Ergonomia pode dar um contributo de integração uma vez que o seu objeto de estudo é a análise da atividade humana, centrando a sua intervenção, na análise das interações que surgem entre o Homem e o seu envolvimento (Rebelo, 2004). Para alcançar os objetivos de saúde e bem-estar no trabalho, a Ergonomia integra-se nas intervenções de saúde ocupacional em interdisciplinaridade com as diversas áreas que constituem a equipa multiprofissional (medicina do trabalho, psicologia, enfermagem, entre outras) (Cotrim, 1998).

Qualquer análise de fatores de risco psicossocial deve visar prioritariamente a prevenção primária (intervenção sobre a organização mais do que sobre os indivíduos) de modo a tornar-se, pelo menos, uma contribuição para a melhoria do bem-estar psicológico no trabalho (Coelho, 2008). Os fatores de risco psicossocial apresentam uma génese complexa e por vezes o seu entendimento não se processa de forma simples uma vez que representam o conjunto de perceções e experiências do trabalhador, o que poderá suscitar diversas interpretações. Algumas destas interpretações referem-se ao trabalhador, como indivíduo, enquanto que outras se

referem às condições e ambiente em que o trabalho se desenvolve. Uma perda de saúde relacionada com uma situação psicossocial inadequada resulta, muitas das vezes, não de uma relação causa-efeito direta, mas sim, de uma relação multicausal, o que faz aumentar a complexidade de qualquer atuação no âmbito psicossocial.

Uma avaliação de riscos psicossociais deve objetivar “estabelecer uma associação entre os perigos e as consequências para a saúde e avaliar o risco para a saúde derivado da exposição” para tornar possível a planificação de intervenções preventivas (Coelho, 2008).

1.6. Gestão de Bairros Sociais

Segundo a Câmara Municipal de Aveiro (2009), a gestão de bairros sociais implica, obrigatoriamente, a existência de uma elevada proximidade e permanente contacto com os moradores, baseando-se nas seguintes atividades:

- a atribuição da habitação social mais adequada;
- o acompanhamento integrado das famílias residentes;
- processos de mudança de titularidade dos contratos de arrendamento;
- transferência de habitações e/ou adequações de tipologia;
- apoio na gestão dos condomínios;
- gestão de conflitos que ocorram entre a vizinhança;
- controlo e gestão de fogos devolutos;
- atualização sistemática do inventário dos empreendimentos de habitação social (fogos e lojas), atribuídos em Regime de Arrendamento ou Comodato;
- registo e encaminhamento dos pedidos de obras de conservação e/ou ações de manutenção, bem como, a dinamização de ações, junto dos moradores, no sentido de promover hábitos de conservação e zelo das habitações (no interior e nos espaços comuns);
- atualização de rendas, de acordo com a legislação vigente, a pedido dos moradores e decorrente de situações de alteração de rendimentos e/ou da constituição do agregado familiar;
- negociação para elaboração de Planos de Liquidação de Dívida contraída por incumprimento no pagamento da renda;
- implementação da Campanha de Alienação de Habitação Social;
- dinamização de projetos de ação social que tenham em conta as necessidades e características da população-alvo, com vista à sua promoção e integração na comunidade, nomeadamente, a implementação do Programa Integrado de Valorização de Bairros.

Os trabalhadores ligados à gestão de bairros sociais, tendo em conta as particularidades da sua atividade profissional, podem estar expostos às seguintes características do trabalho que podem condicionar o contexto psicossocial:

- Cultura da organização e da função, onde se incluem, a comunicação deficiente, o baixo nível de suporte para a resolução de problemas e para o desenvolvimento pessoal e a falta de definição de objetivos;
- Insegurança no trabalho, os aspetos relacionados com a evolução na carreira, o sentido de injustiça em relação ao próprio salário e o atraso promocional (aqui importa referir que o estudo foi efetuado em plena crise económica);
- A falta de participação na tomada de decisão relativamente ao trabalho do próprio, no que respeita ao planeamento do seu trabalho, ao controlo da sua carga de trabalho e às decisões relativamente aos problemas considerados prioritários;
- As deficientes relações interpessoais com os superiores, com os subordinados ou com os colegas;
- As ameaças verbais, a intimidação e a agressão física (tentada ou consumada) por parte dos habitantes destes bairros;
- A insatisfação perante terem de trabalhar para esta população específica (que não valoriza o seu trabalho ou o apoio social que lhes é dado, não estima as condições sociais existentes, ameaçam, intimidam, agridem e que vivem de apoios sociais).

Os trabalhadores da gestão de bairros sociais podem ser comparados a outros profissionais que contactam com indivíduos que se encontram em situação de carência social. Assim, como os assistentes sociais, também os trabalhadores das entidades públicas que se veem obrigados a relacionarem-se com os habitantes dos bairros sociais, têm que lidar diretamente com as políticas públicas e as dificuldades encontradas pelos indivíduos em nelas se inserirem, desempenhando o papel de elo de ligação entre os indivíduos e o Estado. Ajudar outras pessoas sempre foi reconhecido como objetivo nobre, mas apenas recentemente tem sido dada a devida atenção aos custos emocionais da realização deste objetivo. O exercício das profissões que implicam o contacto com população carenciada, acarretam uma relação permeada de ambiguidades, como conviver com a ténue distinção entre envolver-se profissional e não pessoalmente na ajuda ao outro. O serviço do tipo social é uma das profissões mais exigentes e desgastantes, por ser das mais ligadas às situações de vulnerabilidade social, em ambientes disfuncionais, complexos e conflituosos.

Estudos realizados com profissionais de saúde, do qual é exemplo o realizado por Carvalho & Malagris, em 2007, revelam que estes apresentam níveis elevados de stresse, no entanto, de entre este grupo de profissionais são os ligados à assistência social que apresentam uma maior probabilidade de sofrer deste dano.

Os estudos efetuados apenas com profissionais ligados à área da assistência social, revelam que a natureza psicossocial do trabalho destes profissionais (através da exposição a fatores psicossociais de risco), provocam danos na saúde, tais como, o stresse e a síndrome do *burnout*. No entanto, se as fontes do stresse estiverem relacionadas com o ambiente ocupacional, pode cogitar-se o desenvolvimento da síndrome do *burnout*, na medida em que a sintomatologia característica deste quadro começa a aparecer em decorrência do desgaste causado pelo stresse crónico (Pinto, 2009; *National Institute for Occupational Safety and Health* [NIOSH], 2009, 2010, 2012).

Segundo Pinto (2009), a diferença fundamental entre o stress ocupacional e o *burnout* é que neste último é dada mais importância à relação interpessoal entre o profissional e o beneficiado do serviço, levando a um total prejuízo do trabalho exercido. Os profissionais de quaisquer atividades laborais podem sofrer de stresse ocupacional, mas apenas os profissionais ligados ao cuidado do outro são propensos ao desenvolvimento da síndrome do *burnout*. Fatores como a desatenção, negligência, cinismo, falta de empatia e hostilidade são característicos deste quadro patológico, evidenciando a dificuldade do trabalhador em desempenhar de forma satisfatória as suas responsabilidades.

No entanto, a autonomia e o suporte social no trabalho, têm um impacto positivo e significativo na saúde e bem-estar dos trabalhadores ligados à assistência social. Verifica-se que um elevado nível de autonomia no trabalho protege o indivíduo dos efeitos negativos das exigências, pois possibilita a tomada de decisões, a resolução de dificuldades e de desafios. As situações mais favoráveis à saúde e bem-estar envolvem o trabalho ativo, grande autonomia e controlo e elevado suporte social, que proporciona motivação, novas aprendizagens e desenvolvimento de estratégias de *coping* (Karasek & Theorell, 1990, citados por Pinto, 2009; Van Der Doef & Maes, 1999, citados por Pinto, 2009).

No entanto, as exigências podem afetar a saúde e bem-estar dos trabalhadores, variando esta afetação de pessoa para pessoa e para cada profissão, devido às

exigências específicas, motivadas pelos mais diversos fatores, nomeadamente, as características do trabalho e o ambiente laboral. Assim, não pode nunca ser esquecido que a relação da saúde mental e as características do trabalho é muito influenciada pelas características de cada indivíduo, em que o bem-estar afetivo constitui a centralidade da estabilidade emocional no trabalho.

1.6.1 Stresse ocupacional

O stresse tem vindo a ser largamente estudado desde a criação da primeira teoria sobre a síndrome do stresse, em 1907, por Hans Selye. Este médico descobriu que os seus pacientes, mesmo sofrendo de diferentes doenças, manifestavam muitos sintomas iguais, tendo atribuído esta constatação ao esforço que os seus organismos efetuavam para responder às tensões provocadas pelas doenças. Ele considerou o stresse como uma resposta geral do organismo às exigências que o rodeiam, sendo constituído por um conjunto de reações orgânicas e de processos em resposta às exigências às quais os indivíduos se encontram expostos. O stresse é assim considerado uma resposta não específica do organismo face a uma exigência ou a uma ameaça, envolvendo sempre uma interação entre o indivíduo e o ambiente. No entanto, uma vez que os indivíduos não percebem o ambiente da mesma forma, uma mesma situação pode acarretar um nível elevado de stresse para uns e baixo para outros (Paulos, 2009).

O fenómeno do stresse ocupacional encontra-se atualmente bem caracterizado no que concerne aos seus múltiplos efeitos que afetam negativamente a produtividade, o absentismo, a rotação do pessoal, a saúde e o bem-estar dos trabalhadores. A literatura relativa à saúde ocupacional inclui um conjunto diverso de sintomas associados ao stresse, que poderão organizar-se em três grandes categorias: físicos, psíquicos e comportamentais. Nos sintomas físicos constituem exemplos, as dores de cabeça, dores de peito, alteração na respiração, aumento do ritmo cardíaco e da tensão arterial, dores musculares, fadiga, insónias e doença frequente. Nos sintomas psíquicos podem referir-se ansiedade, irritabilidade, tristeza, comportamento defensivo, alterações de humor, hipersensibilidade, apatia, depressão, pensamento mais lento, sentimento de desamparo e falta de esperança. Os sintomas comportamentais podem ser, por exemplo, comer demasiado ou perda de apetite, impaciência, procrastinação, consumo de álcool ou drogas, afastamento ou isolamento dos outros, negligenciar de responsabilidades, pior desempenho no trabalho e mudança em práticas religiosas (*Canadian Centre for Occupational Health & Safety*, citado por Neto, Areosa & Arezes, 2014).

Percebe-se assim que o stresse é um fenómeno transversal ao contexto organizacional que afeta o indivíduo no seio da sua vida pessoal, laboral e social e acarreta custos elevados quer para o próprio quer para as organizações onde se inserem. Não obstante, constata-se que a percentagem de trabalhadores europeus que consideram que a sua saúde e segurança está em risco devido ao seu trabalho tem vindo a diminuir desde 2000, registando-se uma redução de 31% para 24% dos trabalhadores. Também em Portugal esta percentagem tem vindo a diminuir desde 2005, registando-se uma redução de 31,4% para 25% no Quinto Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho. No entanto, mantém-se a referenciação de sintomas de stresse associados ao desempenho da atividade profissional (*European Agency for Safety and Health at Work*, 2012, Stolk et al., 2012).

1.6.2. Síndrome do *burnout*

A síndrome do *burnout*, é entendido como um conjunto de sinais e sintomas composto de aspetos multidimensionais em resposta ao stresse laboral crónico, envolvendo três aspetos principais: a exaustão emocional, a despersonalização e redução da realização pessoal. O primeiro deles, a exaustão emocional, refere-se à falta de energia e recursos emocionais e físicos - para lidar com as diferentes situações de trabalho. Na despersonalização, ocorre uma verdadeira transformação negativa da relação do profissional com o beneficiário do seu trabalho. Sentimentos como a indiferença, a ironia e o cinismo são desenvolvidos pelo trabalhador em relação ao outro, culminando num endurecimento afetivo. O terceiro e último aspeto – a redução da realização pessoal e profissional - diz respeito a uma insatisfação por parte do profissional, no que concerne ao desempenho das suas atividades. O trabalhador, não acreditando na sua capacidade de trabalho, revela sentimentos de baixa autoestima, desmotivação e inadequação, entre outros. Importa salientar que o desenvolvimento destes três aspetos da síndrome do *burnout* é, segundo Malagris (2004, citado por Pinto, 2009), progressivo e dinâmico, não ocorrendo da mesma forma e com a mesma intensidade em todas as pessoas. Além disso, verifica-se uma evolução gradativa, no que diz respeito à deterioração da relação do trabalhador com suas atividades e que os níveis de exaustão emocional e despersonalização são mais acentuados nas atividades que exigem um contacto direto com o outro (Pinto, 2009).

Shirom et al. (2005, citados por Neto, Areosa & Arezes, 2014) e Shirom & Melamed (2006, citados por Neto, Areosa & Arezes, 2014) defendem que o síndrome do *burnout* resulta da Teoria da Conservação de Recursos, na qual o stresse é definido como uma situação de ameaça ou perda efetiva de recursos energéticos, caracterizando-se

pela fadiga física (sensação de cansaço e baixa energia na execução das tarefas quotidianas, como por exemplo, acordar de manhã para ir trabalhar), exaustão emocional (sensação de estar fraco demais para ter empatia com clientes ou colegas, não ter a energia suficiente para investir em relacionamentos interpessoais no trabalho) e desgaste cognitivo (sensação de raciocínio lento e baixa agilidade mental).

No que respeita aos antecedentes do *burnout*, existem já estudos que realçam fatores pessoais e fatores situacionais. Os fatores pessoais são a idade, o género, as habilitações, estado civil, existência de filhos e a personalidade. Nos fatores situacionais incluem-se as características do trabalho como o tipo de ocupação, o tempo de serviço, tempo na instituição ou no serviço, trabalho por turnos, sobrecarga da tarefa, relacionamento e tipo de clientes, relacionamento com os colegas e chefias, conflito ou ambiguidade de papéis, fraco suporte organizacional ou falta de feedback, baixa satisfação com o trabalho, falta de controlo e de autonomia, muita responsabilidade ou ausência desta, dificuldade de progressão na carreira ou injustiças. Neste tipo de fatores inserem-se ainda o ambiente físico perigoso ou pouco saudável, alterações frequentes das políticas da organização, normas rígidas ou pouca autonomia, clima social de desconfiança ou desrespeito, muita burocracia, falhas ou deficiente comunicação, poucas recompensas, pouco prestígio e significado social da profissão (Neto, Areosa & Arezes, 2014).

As consequências do *burnout* são graves e refletem-se a nível individual e organizacional. A nível afetivo os sintomas passam por: humor depressivo, alterações do humor, descontrolo emocional, medos indefinidos, aumento da tensão psicológica e ansiedade. Nas interações existe irritabilidade, agressividade, hipersensibilidade ou frieza emocional e diminuição da empatia e, a nível organizacional ocorre a diminuição da satisfação com o trabalho. Em termos cognitivos, realça-se o sentimento de solidão, desamparo, perda de ideais e de esperança, sensação de estar a endoidecer, sentimentos de incapacidade, impotência e fracasso, sensação de perseguição ou pensamentos paranoides, diminuição da autoestima, culpabilização, preocupação excessiva, ideias suicidas, dificuldade de concentração e de realizar tarefas complexas, diminuição da capacidade de memorizar, rigidez de pensamento, dificuldade em tomar decisões, sonhar acordado ou fantasiar, racionalização excessiva, intolerância à frustração. Nas interações, a tendência é para atribuir a culpa aos outros e ser frio, interpretar as situações como vítima ou fazer projeções nos outros. A nível organizacional existe cinismo e desconfiança nos colegas ou outros

profissionais e sensação de não ser apreciado no trabalho (Neto, Areosa & Arezes, 2014).

Os sintomas do tipo físico são frequentemente, dores de cabeça ou costas, dores musculares, enjoos, tiques, insónia, sono excessivo ou pesadelos, problemas sexuais, aumento de peso ou perda de apetite, dificuldade em respirar ou hiperventilação, fadiga crónica ou perda de forças, úlceras, hipertensão, alterações dos níveis de colesterol, sudação, problemas cardíacos ou gastrointestinais, reaparecimento de asma ou diabetes e lesões por comportamento de risco. Em termos comportamentais, salienta-se a hiperatividade, impulsividade, adiar excessivo das tarefas, aumento do consumo de café ou tabaco, consumo de álcool, droga ou fármacos, rejeição ou consumo excessivo de alimentos, aumento de acidentes, queixas compulsivas, abandono das atividades de lazer. Nas interações há tendência para comportamentos violentos e ocorrência de conflitos, isolamento, uso de humor doentio, dificuldade em interpretar as situações e distanciar-se dos colegas ou utentes. A nível organizacional surge uma diminuição do desempenho, eficácia ou produtividade, atrasos, absentismo e pedidos de mudança de serviço, uso excessivo de faltas por doença, resistência à mudança, dependência excessiva dos colegas ou chefias, má gestão do tempo, esforçar-se o mínimo até chegar à hora da saída e aumento dos acidentes de trabalho. Finalmente, os sintomas do tipo motivacional incluem a perda de ideais, desilusão, desapontamento, desmoralização, diminuição do zelo e do cuidado ou rigor nas tarefas, resignação, aborrecimento. Nas interações há perda de interesse e desencorajamento, indiferença ou envolvimento excessivo, bem como usar os outros para tentar satisfazer as suas necessidades ou carências. A nível organizacional, diminui a motivação para a tarefa, há resistência para ir trabalhar e falta de iniciativa, bem como a desmoralização e pouco investimento.

Após esta breve revisão da literatura, arriscamos a tomar uma posição sobre o sentido a dar ao presente estudo. Interessa-nos perceber quais são os fatores psicossociais presentes no contexto profissional em estudo e dentre destes os que constituem um risco ou uma proteção para a saúde e bem-estar dos trabalhadores.

SÚMULA

As mutações constantes que os locais, práticas e processos de trabalho têm sofrido revelaram a necessidade de se adotarem abordagens transversais de avaliação das condições de trabalho que integrem os chamados fatores de risco emergentes, dos

quais os fatores psicossociais fazem parte. O ambiente psicossocial de trabalho pode promover nos sujeitos a ele expostos efeitos negativos ou positivos na sua saúde e bem-estar. O que distingue o tipo de efeitos está intimamente relacionado com as características individuais dos sujeitos, intrínsecas ou promovidas pelo vivido e experimentado e pelos fatores protetores, que estando presentes, protegem os indivíduos emocional e mentalmente. A gestão de bairros sociais, é uma atividade de elevado valor social, no entanto acarreta para quem a executa um conjunto muito específico de características do trabalho que podem condicionar o contexto psicossocial dos trabalhadores expostos. Este contexto pode acarretar danos mais ou menos graves para a saúde e bem-estar dos trabalhadores, dos quais a literatura destaca o stresse e o burnout. São estes que devem ser evitados e para tal, qualquer intervenção multidisciplinar no âmbito da SST deve integrar todos os constrangimentos laborais e as características individuais dos trabalhadores.

2. METODOLOGIA

No presente capítulo descreve-se a estratégia metodológica adotada e inclui-se a descrição das técnicas estatísticas usadas no sentido de dar resposta aos objetivos propostos, a definição da população em estudo e do instrumento de recolha de dados usado assim como os procedimentos para a sua aplicação.

2.1. Objetivo Geral

O objetivo geral do presente estudo é identificar os principais fatores psicossociais inerentes à atividade de gestão de bairros sociais, através da autoavaliação das condições de trabalho e analisar o seu impacto na saúde e bem-estar dos trabalhadores afetos a esta atividade.

2.2. Objetivos Específicos

Os objetivos específicos desta investigação são:

- a) Identificar os principais fatores psicossociais inerentes à gestão de bairros sociais;
- b) Identificar problemas de saúde psicológicos e/ou fisiológicos;
- c) Compreender se os problemas de saúde declarados estão relacionados com os constrangimentos laborais;
- d) Inferir se os fatores psicossociais identificados podem ser considerados de risco;
- d) Sugerir medidas que visem a melhoria das condições de trabalho.

2.3. Desenho do Estudo

Este estudo caracteriza-se por ser exploratório do tipo descritivo, visto que o investigador não intervém, apenas aplica procedimentos e instrumentos para descrever e analisar os acontecimentos que ocorrem naturalmente sem a sua intervenção. Assim, este estudo propõe fornecer informação acerca da amostra em estudo e procura explicar os resultados através da análise de associações estatísticas entre variáveis estudadas (Fortin, 2003).

2.4. População

Na população alvo desta investigação foram incluídos todos os trabalhadores que executam tarefas inerentes à gestão de bairros sociais, nas entidades, Gebalis Entidade Empresarial Municipal (EEM), Cascais Envolvente EEM e departamentos de habitação social das Câmaras Municipais de Almada, Oeiras, Setúbal e Sintra.

A Gebalis EEM e a Cascais Envolvente EEM são empresas municipais, de direito privado, que são dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, mas que operam com capitais exclusivamente públicos na gestão social, patrimonial e financeira dos bairros municipais. Nas Câmaras Municipais de Almada, Oeiras, Setúbal e Sintra existem departamentos que executam estas mesmas tarefas e que se encontram na direta dependência da administração pública municipal.

A população considerada em cada uma das entidades foi:

- Gebalis EEM – 236 trabalhadores
- Cascais Envolvente EEM – 25 trabalhadores
- Câmara Municipal de Almada – 16 trabalhadores
- Câmara Municipal de Oeiras – 41 trabalhadores
- Câmara Municipal de Setúbal – 21 trabalhadores
- Câmara Municipal de Sintra – 12 trabalhadores

Serão excluídos da investigação, os trabalhadores que se encontrem ausentes do local de trabalho ou que não aceitem participar no estudo. Serão também excluídos, os questionários em que um terço ou mais das respostas não sejam assinaladas conforme estabelecido nas regras de preenchimento, uma vez que destes não poderão ser analisados os dados de forma representativa.

Esta participação deve ser voluntária e consentida sendo estes previamente informados sobre a natureza e objetivos do estudo.

2.5. Instrumento de recolha de dados

Para a realização da presente investigação foi utilizado o Inquérito Saúde e Trabalho (INSAT) que tem com objetivo compreender a influência que os constrangimentos do trabalho, atuais e passados, têm ao nível da saúde e do bem-estar dos trabalhadores.

Este inquérito visa caracterizar os principais riscos profissionais e compreender a influência que os constrangimentos de trabalho têm na saúde e bem-estar do trabalhador (Barros-Duarte, Cunha & Lacomblez, 2007; Barros-Duarte & Cunha, 2010).

O INSAT encontra-se organizado em sete eixos principais:

- I.O meu trabalho

Constituído por um conjunto de questões relativas à situação de trabalho: corresponde à especificação e caracterização do tipo de atividade realizada, fazendo ainda referência ao tipo de vínculo laboral e ao horário de trabalho praticado.

II. Condições e características do meu trabalho

Agrupa questões dedicadas à análise das exposições do trabalhador a determinadas condições e está organizada em três categorias: ambiente e constrangimentos físicos (ruído, vibrações, iluminação, entre outros), constrangimentos organizacionais e relacionais (por exemplo, tempos de trabalho, ritmo, autonomia, contacto com o público) e características do trabalho (apreciações sobre o trabalho atual). Neste conjunto de questões, o trabalhador deve, caso esteja ou tenha sido exposto, identificar essa exposição como sentida atual e/ou passada e em caso de resposta afirmativa, deve indicar o grau de incómodo que ela provoca, segundo uma escala de *Likert* composta em 5 níveis).

III. Condições de vida fora do trabalho

Este grupo corresponde à caracterização das condições de vida fora do trabalho, sendo solicitado ao trabalhador informações sobre o seu agregado familiar, sobre o tempo despendido em tarefas domésticas e apoio familiar e sobre a conciliação da vida de trabalho com a vida fora do mesmo.

IV. O que me custa mais no meu trabalho

Representa o vivido subjetivo do trabalhador face às condições a que se encontra exposto. Nesta parte é solicitado ao trabalhador que assinale o grau de penosidade que cada situação, a que se encontra no trabalho atual, representa para si.

V. Formação no meu trabalho

Reúnem-se aqui questões que permitem caracterizar o tipo de formação realizada pelos trabalhadores e em que medida esta se relaciona ou não diretamente com o trabalho.

VI. O meu estado de saúde

Exploram-se neste capítulo as questões relativas ao estado de saúde do trabalhador, sendo colocada ênfase ao nível dos problemas que podem ter conduzido a determinadas limitações, mesmo que não se identifiquem com um quadro de patologia. Especificamente, os problemas referidos situam-se ao nível cardiorrespiratório, neuro psíquico, digestivo, muscular e articular. Incluem-se ainda questões sobre a visão e audição do trabalhador.

VII. Saúde no meu trabalho

Reúnem-se aqui as questões mais específicas referentes à saúde e trabalho, agrupadas em três domínios particulares: identificação dos acidentes de trabalho e doenças profissionais sofridos pelo trabalhador, informações sobre riscos profissionais

e respetiva proteção, domínio da saúde e trabalho onde se insere uma listagem de problemas de saúde onde o trabalhador deve assinalar a sua presença ou ausência presente ou passada. Em caso de resposta afirmativa, solicita-se um parecer acerca da relação desse problema com o trabalho, pretendendo-se assim compreender que associação estabelece o trabalhador acerca dos problemas de saúde e as condições de trabalho (atuais e/ou passadas). Neste grupo, foi também integrado o Perfil de Saúde de *Nottingham* (PSN), que sendo um instrumento genérico centrado na opinião do sujeito, permite obter informações orientadas para a (auto)apreciação do estado de saúde e qualidade de vida de populações e indivíduos com ou sem doença e que se divide em trinta e oito questões que integram seis dimensões de saúde, que são: a energia, a dor, as reações emocionais, o sono, o isolamento social e a mobilidade física. Cada questão dentro da respetiva dimensão apresenta uma ponderação diferente sendo o resultado possível compreendido entre 0 e 100. O aumento do resultado dentro de cada dimensão significa um maior número de problemas de saúde identificados (pior estado de saúde) e conseqüentemente, uma diminuição da (auto)apreciação do estado de saúde e qualidade de vida dos indivíduos (Ferreira, 1997; Hunt et al., 1980).

Além destas secções específicas, o INSAT inicia-se com questões que permitem a recolha de informações para ser possível a caracterização sociodemográfica (género, idade, nível de escolaridade) e a caracterização laboral (setor de atividade, tipo de empresa).

2.6. Procedimento

O presente estudo teve início com a elaboração de um protocolo de investigação que foi devidamente submetido e aprovado pelo Conselho de Ética da Faculdade de Motricidade Humana (CEFMH).

Após esta aprovação, foi formulado um pedido de autorização por escrito a diversas entidades que realizam atividades de gestão de bairros sociais e com a aceitação e a celebração do protocolo de colaboração entre a aluna, a entidade e a Faculdade de Motricidade Humana, deu-se início ao trabalho de campo propriamente dito, com o agendamento, com o interlocutor definido pela entidade para acompanhamento do estudo, das sessões para autopreenchimento do inquérito pelos trabalhadores. Estas sessões foram realizadas em horário laboral, para grupos entre 5 a 10 trabalhadores, em local calmo tendo uma duração média de 45 minutos cada sessão.

Os trabalhadores foram convocados por grupos, não sendo estabelecida uma ordem na convocatória. Com isto pretendeu-se que nenhum dos trabalhadores fosse reconhecido nem pelo investigador nem por quem analisa os resultados. No início de cada sessão foi explicado o objetivo do inquérito e a forma de preenchimento das diferentes questões. Sempre que solicitado foram prestados esclarecimentos adicionais individualmente.

Foi disponibilizado a cada um dos trabalhadores, um formulário de consentimento informado (apêndice 1) a ser assinado para demonstrar a aceitação de participação no estudo, cumprindo-se assim o direito à autodeterminação conforme os princípios éticos. O formulário de consentimento informado foi acompanhado por uma breve descrição da investigação onde se apresentam informações relativas a: título, investigadores, objetivo, método, riscos potenciais, vantagens, confidencialidade, participação e esclarecimentos, dando cumprimento ao direito a um tratamento justo e leal.

Para garantir o anonimato e confidencialidade dos trabalhadores, não foram utilizados nomes na sua identificação enquanto participantes. A cada um foi atribuído um número (colocado no topo de cada inquérito respondido) que significa a ordem de tratamento dos dados uma vez que é neste momento que serão aplicados todos os instrumentos destinados a este efeito, dando cumprimento ao direito ao anonimato e à confidencialidade. Como reforço da confidencialidade, foi solicitado aos inquiridos que, no final, colocassem eles mesmos o questionário preenchido num recipiente próprio disponibilizado para o efeito, promovendo assim a mistura dos questionários. Os dados recolhidos baseiam-se em características demográficas e perceções perante a atividade profissional e o estado de saúde, que se considerou não serem demasiado invasivos, mantendo assim o seu direito à intimidade. No entanto, os trabalhadores foram devidamente informados que não existiam riscos para a saúde nem haveria o risco de a entidade empregadora identificar individualmente as respostas devido à forma de codificação dos registos, assegurando assim que o direito à proteção contra o desconforto e prejuízo se encontra salvaguardado. A investigadora, enquanto aluna, fica sujeita ao sigilo da recolha, tratamento e análise dos dados.

O período de recolha de dados junto das entidades teve lugar entre outubro de 2013 e setembro de 2014, no entanto, a aplicação dos questionários ocorreu entre os meses de novembro de 2013 e março de 2014.

2.7. Tratamento dos dados

Foi realizada estatística descritiva para a caracterização da amostra dos trabalhadores de gestão de bairros sociais (parâmetros de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas e frequências absolutas e relativas para as variáveis nominais).

Numa segunda fase, todas as variáveis nominais relativas às condições e características do trabalho foram recodificadas de acordo com as respostas dos trabalhadores, considerando-se exposto o trabalhador que respondeu sim no trabalho atual ou ambos (atual e passado) (valor 1) e não exposto o trabalhador que respondeu nunca (valor 0).

A variável incómodo foi igualmente recodificada agrupando-se as respostas muito, bastante e incómodo num único valor (valor 1) e pouco ou nada incómodo noutra valor (valor 0). Para estas variáveis de caracterização das condições de trabalho foi realizada estatística descritiva (frequências absolutas e relativas).

As variáveis de saúde foram também objeto de análise estatística descritiva. Foram calculadas as frequências relativas das respostas afirmativas dadas na lista de problemas de saúde e destas as respostas que indicaram ter relação com a situação de trabalho.

Foram, da mesma forma, calculadas as frequências relativas das respostas afirmativas a uma ou mais questões por dimensão do PSN. Calculou-se ainda os *scores* (valores totais) por dimensão e respetivos parâmetros de tendência central e dispersão.

As variáveis nominais relativas às condições e características do trabalho cuja frequência relativa de respostas afirmativas se revelou igual ou superior a 20% na análise descritiva foram integradas numa análise de regressão logística bivariada (método *enter*) com vista a examinar a associação com os problemas de saúde mais reportados (respostas afirmativas com frequência relativa igual ou superior a 30%)¹.

¹ Foram excluídos desta análise os problemas de visão. A idade média dos sujeitos incluídos neste estudo é de 42,1 anos, com um desvio padrão de 8,3 anos e, a literatura científica indica que cerca dos 40 anos começamos a perder gradual e naturalmente o nosso potencial de acomodação, portanto a acuidade visual começa a diminuir, apresentando como sintomatologia, dificuldade para ler ou fixar a visão a distâncias curtas, dores de cabeça, sensação de pálpebras pesadas, ardor e desconforto nos olhos (Assessoria de Imprensa do Instituto Penido Burnier, 2009). Na literatura e estudos consultados para o enquadramento da problemática, não é evidenciado que os problemas oculares sejam um dano proveniente da exposição a fatores psicossociais considerados de risco.

As variáveis que mostraram associação significativa nesta primeira abordagem foram integradas numa análise de regressão logística multifatorial (método *backward conditional*) após o cálculo dos intervalos de confiança e dos erros padrão. Foi considerado o nível de significância de $p < 0.05$.

Procurou-se também verificar a associação entre as mesmas variáveis nominais das condições e características do trabalho e as dimensões do PSN com frequência relativa de respostas afirmativas igual ou superior a 20%, através de uma análise de regressão linear univariada utilizando os mesmos critérios de inclusão das variáveis nos modelos. De entre os fatores analisados, os que se revelaram significativos ($p < 0.05$) foram incluídos num modelo de regressão múltipla (método *stepwise*).

O processamento dos dados foi efetuado com recurso ao software de análise estatística IBM SPSS 20.0.

SÚMULA

Na tentativa de identificar os principais fatores psicossociais inerentes à atividade de gestão de bairros sociais foi aplicado um questionário individual que visa compreender a influência que os constrangimentos do trabalho, atuais e passados, têm ao nível da saúde e do bem-estar dos trabalhadores de seis entidades que acederam à realização deste estudo. Para tal foi adotado o procedimento mais adequado à aplicação do questionário e tratados os dados com recurso a técnicas de regressão estatística.

3. GESTÃO DE BAIROS SOCIAIS: RESULTADOS

No presente capítulo, apresentam-se os resultados da estatística descritiva, da análise de regressão logística efetuada entre os constrangimentos laborais e os problemas de saúde e de regressão linear entre os mesmos constrangimentos e as dimensões do Perfil de Saúde de *Nottingham*.

3.1. Caracterização dos trabalhadores envolvidos na gestão de bairros sociais

Considerando os critérios de exclusão definidos, foram desconsiderados os questionários que não se encontravam devidamente preenchidos.

Após uma análise preliminar dos questionários recolhidos considerou-se muito reduzido o número de trabalhadores da categoria de colarinhos azuis tendo estes sido assim excluídos do presente estudo. Esta classificação que diferencia em apenas dois grupos, colarinhos azuis e colarinhos brancos, foi efetuada segundo a Classificação Portuguesa das Profissões de 2010 (Instituto Nacional de Estatística, 2010) que tem como base a *International Classification Systems for Occupation* (Elias, 1997; International Labour Office, 2012), adotada por Fagan & Burchell (2002) e pela *European Agency for Safety and Health at Work* para o Quinto Inquérito Europeu sobre a Qualidade de Vida de 2010 (Fagan & Burchell, 2002; *European Agency for Safety and Health at Work*, 2012).

Assim, a amostra alvo deste estudo é constituída por 245 trabalhadores.

Apenas três não indicaram o seu género, portanto, das 242 respostas validadas, 93 são do género masculino e 149 do género feminino.

No que diz respeito à idade, a distribuição por classes etárias apresenta-se na figura 2.

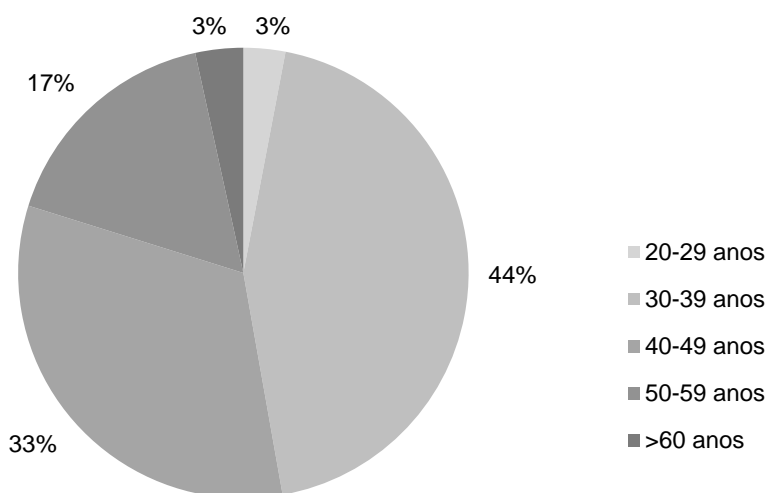


Figura 2: Distribuição da amostra por faixas etárias, em frequência relativa (n=233)

A idade média dos respondentes é de 42,1 anos e o desvio padrão é de 8,3 anos. Verifica-se (figura 2) que 44% se encontra na faixa etária entre os 30 e os 39 anos sendo a faixa etária mais representativa e 33% se encontra na faixa dos 40 aos 49 anos.

Quanto à antiguidade (figura 3), a média é de 12,5 anos e o desvio padrão é de 7,4 anos.

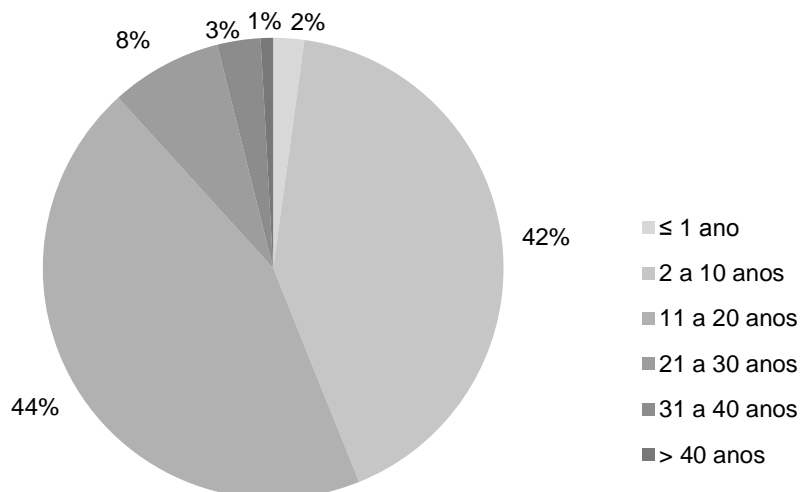


Figura 3: Distribuição da amostra por antiguidade, em frequência relativa (n=230)

Pode verificar-se na figura 3 que, 44% exercem atividade na organização numa antiguidade compreendida entre os 11 e os 20 anos e 42% apresentam entre 2 e 10 anos de antiguidade.

No que diz respeito à escolaridade, os resultados apresentam-se na figura 4.

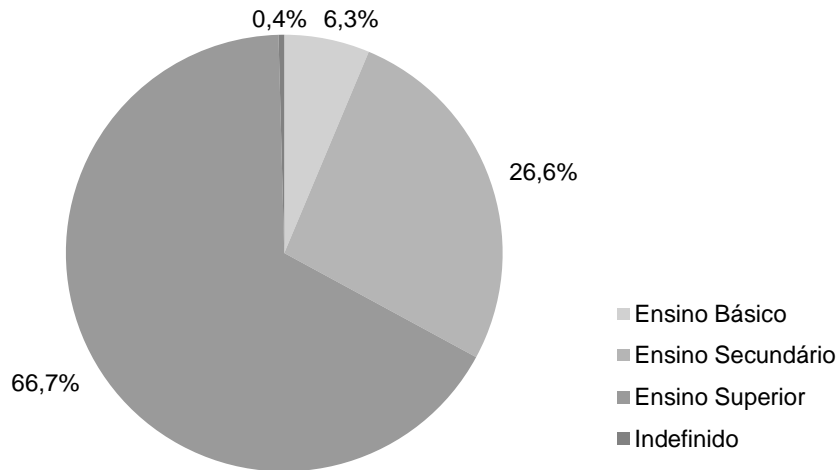


Figura 4: Distribuição da amostra por nível de escolaridade, em frequência relativa (n=237)

Constatou-se que 66,7% da amostra tem escolaridade ao nível do ensino superior e apenas 26,6% tem formação ao nível do secundário.

3.2. Condições e características do trabalho de gestão de bairros sociais

Neste ponto são apresentados os resultados da exposição a constrangimentos relacionados com as condições (constrangimentos físicos, organizacionais e relacionais) e características do trabalho.

Os resultados são apresentados em percentagem tendo em conta, em primeiro lugar, os que efetivamente responderam às questões, os que identificaram positivamente a exposição e por fim, os que consideram que essa exposição é muito ou bastante ou incómoda.

Na tabela 2 são apresentadas as frequências relativas das respostas relacionadas com o ambiente e constrangimentos físicos e respetivo incómodo.

Tabela 2: Frequência relativa das respostas relacionadas com o ambiente físico e respetivo incómodo

Ambiente e Constrangimentos Físicos	Respondentes (%)	Identificação positiva da exposição (%)	A exposição é muito/ bastante/ incómoda (%)
Ambiente Físico, questão: “No meu trabalho estou exposto a...”			
Calor/frio ou a variações da temperatura (n=240)	98	47	36
Ruído nocivo/ incómodo (n=241)	98	46	39
Iluminação inadequada (n=232)	95	27	21
Outras situações perigosas (n=221)	90	27	26
Agentes Biológicos (contacto, manuseamento com bactérias, vírus, fungos ou material de origem orgânica ou vegetal ou animal) (n=230)	94	23	19
Poeiras ou Gases (n=231)	94	13	10
Ruído muito elevado (só gritando ao ouvido) (n=226)	92	9	7
Agentes Químicos (colas, solventes, pigmentos, corantes, vernizes, diluentes) (n=225)	92	7	4
Vibrações (oscilações ou tremores no corpo, ou nos membros) (n=231)	94	4	1
Radiações (material radioativo, RX) (n=231)	94	3	1

Os constrangimentos do ambiente de trabalho identificados por um maior número de trabalhadores foram a exposição a calor/ frio e variações de temperatura e o ruído nocivo/ incómodo.

Dos que afirmam estar exposto a calor/ frio e variações de temperatura, 36% releva que isso lhes causa incómodo e, para quanto à exposição a ruído incómodo, 39% afirma que esta exposição é incómoda.

Na tabela 3 são apresentadas as frequências relativas das respostas relacionadas com os constrangimentos físicos e respetivo incómodo.

Tabela 3: Frequência relativa das respostas relacionadas com os constrangimentos físicos e respetivo incómodo

Ambiente e Constrangimentos Físicos	Respondentes (%)	Identificação positiva da exposição (%)	A exposição é muito/ bastante/ incómoda (%)
Constrangimento Físicos, questão: “No meu trabalho sou obrigado a...”			
Permanecer muito tempo sentado (n=236)	96	67	41
Fazer gestos repetitivos (movimentos repetidos continuamente, num curto espaço de tempo) (n=234)	96	25	19
Subir e descer com muita frequência (n=232)	95	25	14
Adotar posturas penosas (posições do corpo dolorosas, custosas, desconfortáveis) (n=229)	94	18	17
Permanecer muito tempo de pé com deslocamento (arrastar, puxar, empurrar, andar muito de pé) (n=229)	94	12	10
Fazer esforços físicos intensos (cargas pesadas manuseadas/ movimentadas) (n=234)	96	12	10
Permanecer muito tempo em pé na mesma posição (n=231)	94	9	7
Fazer deslocações profissionais frequentes (ausência ou afastamento significativo que interfere com a rotina familiar ou social) (n=234)	96	9	4
Fazer gestos precisos e minuciosos (n=228)	93	7	5

No que diz respeito aos constrangimentos físicos, é expressiva a identificação da permanência por longos períodos de tempo na posição sentado e é igualmente elevada a percentagem dos que se sentem incomodados por este constrangimento. Os constrangimentos de executar gestos repetitivos e subir e descer com muita frequência, são identificados por 25% dos inquiridos. De entre os que realizam gestos repetitivos, 19% considera-os incómodos e dos que têm que subir e descer com muita frequência, 14% considera-o incómodo. Os restantes constrangimentos apresentam uma percentagem de resposta afirmativa igual ou inferior a 18%.

Na tabela 4 são apresentadas as frequências relativas das respostas relacionadas com os constrangimentos do ritmo de trabalho e respetivo incómodo.

Tabela 4: Frequência relativa das respostas relacionadas com os constrangimentos do ritmo de trabalho

Constrangimentos	Respondentes (%)	Identificação positiva da exposição (%)	A exposição é muito/ bastante/ incômoda (%)
Constrangimentos do Ritmo de Trabalho, questão: “No meu trabalho estou exposto a...”			
Ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo (n=241)	98	86	47
Ser frequentemente interrompido (n=243)	99	85	66
Ter que trabalhar durante longos períodos de tempo ao computador (n=239)	98	82	49
Ter que me apressar (n=236)	96	74	50
Ter que resolver situações ou problemas imprevistos sem ajuda (n=235)	96	68	29
Ter que ultrapassar o horário normal de trabalho (n=239)	98	62	30
Ter que me adaptar permanentemente a mudanças dos métodos ou instrumentos de trabalho (n=237)	97	62	33
Ter que cumprir normas de produção ou prazos rígidos (controlo da qualidade, tempos curtos) (n=238)	97	56	21
Ter que depender dos pedidos diretos dos clientes, utentes (n=237)	97	51	20
Ter que “saltar” ou encurtar uma refeição, ou nem realizar a pausa por causa do trabalho (n=239)	98	46	27
Ter que depender do trabalho de colegas para poder realizar o meu (cadeia/ linha produção, montagem) (n=239)	98	39	23
Ter que manter o olhar fixo sobre o trabalho, sem qualquer possibilidade do desviar (n=237)	97	15	5
Ter que acompanhar o ritmo imposto (por uma máquina; um sistema automatizado; pelos instrumentos de trabalho) (n=236)	96	11	8
Ter que dormir a horas pouco usuais por causa do trabalho (n=234)	96	8	5
Ter horários de trabalho que obrigam a deitar-me depois da meia-noite (n=235)	96	3	2
Ter horários de trabalho que obrigam a levantar-me antes das 5 horas da manhã (n=236)	96	3	2

Pela análise da tabela 4 constata-se que ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo, ser frequentemente interrompido, trabalhar muito tempo ao computador, ser necessário apressar, ter de resolver situações ou problemas imprevistos, ter que

ultrapassar o horário normal de trabalho, a adaptação permanente à mudança de métodos ou instrumentos de trabalho, ter que depender de normas e dos pedidos diretos dos clientes/ utentes e ter que “saltar” ou encurtar uma refeição ou nem realizar a pausa por causa do trabalho foram os constrangimentos do ritmo de trabalho mais identificados. De entre estes constrangimentos, os que apresentam maior expressão de incómodo são as interrupções frequentes, ter que apressar, trabalhar muito tempo ao computador e fazer várias coisas ao mesmo tempo.

Na tabela seguinte (tabela 5) são apresentadas as frequências relativas das respostas relacionadas com a autonomia e iniciativa e respetivo incómodo.

Tabela 5: Frequência relativa das respostas relacionadas com os constrangimentos a autonomia e iniciativa e respetivo incómodo

Constrangimentos	Respondentes (%)	Identificação positiva da exposição (%)	A exposição é muito/ bastante/ incómoda (%)
Autonomia e Iniciativa, questão: “No meu trabalho estou exposto a situações de...”			
Ter que obedecer a uma ordem pré-definida de realização das tarefas, sem qualquer possibilidade de alteração (n=240)	98	38	25
Ser obrigado a fazer o trabalho tal e qual como foi definido, sem qualquer possibilidade de alteração (n=236)	96	31	20
Ser obrigado a respeitar, de forma rígida, os momentos de pausa, sem os poder escolher (n=237)	97	14	8
Ter que obedecer a um horário de trabalho rígido, sem qualquer possibilidade de pequenas alterações (n=237)	97	12	7

No que respeita à autonomia e iniciativa, a impossibilidade de alterar a ordem e de decidir como realizar a tarefa foram identificados respetivamente por 38% e 31% dos respondentes. Para o primeiro constrangimento, 25% considera que isso é incómodo e para o segundo, apenas 20% assume a situação como incómoda.

Na tabela 6 são apresentadas as frequências relativas das respostas relacionadas com relações de trabalho (com colegas e chefias) e respetivo incómodo.

Tabela 6: Frequência relativa das respostas relacionadas com as relações de trabalho e respetivo incómodo

Constrangimentos	Respondentes (%)	Identificação positiva da exposição (%)	A exposição é muito/ bastante/ incómoda (%)
Relações de Trabalho (colegas, chefias), questão: “No meu trabalho é...”			
Frequente a necessidade de ajuda dos colegas (trabalho em equipa), apesar de nem sempre existir (n=242)	99	63	17
Desconsiderada a minha opinião, para o funcionamento do departamento/ secção (n=239)	98	29	24
Impossível exprimir-me à vontade (n=239)	98	20	17
Relações de Trabalho (colegas, chefias), questão: “No meu trabalho estou exposto ao risco de...”			
Agressão verbal (n=243)	99	46	40
Intimidação (ameaçar, assustar, provocar medo) (n=242)	99	46	40
Agressão física (n=240)	98	34	30
Assédio sexual (n=234)	96	7	6
Discriminação ligada à idade (n=241)	98	5	3
Discriminação sexual (n=241)	99	4	3
Discriminação relacionada com a nacionalidade/ raça (n=241)	98	4	3
Discriminação relacionada com uma deficiência física/ mental (n=240)	98	3	2

Verifica-se que a inexistência de ajuda por parte dos colegas, a exposição aos riscos de agressão verbal e intimidação foram identificadas, respetivamente por, 63 e 46% das respetivas amostras. No entanto, destes três constrangimentos, a inexistência de ajuda por parte dos colegas é o que apresenta menor número de trabalhadores incomodados.

As frequências relativas das respostas relacionadas com o contacto com o público (neste caso, habitantes dos bairros sociais) e respetivo incómodo são apresentadas na tabela 7.

Tabela 7: Frequência relativa das respostas relacionadas com o contacto com o público e respetivo incómodo

Constrangimentos	Respondentes (%)	Identificação positiva da exposição (%)	A exposição é muito/ bastante/ incómoda (%)
Contacto com o Público (habitantes dos bairros sociais), questão: “No meu trabalho existe...”			
Contacto direto com o público (n=245)	100	92	20
Questão: “Se sim, tenho que...”			
Suportar as exigências, queixas ou reclamações do público (n=245)	100	90	57
Confrontar-me com situações de tensão nas relações com o público (n=243)	99	90	68
Estar exposto ao risco de agressão verbal do público (n=245)	100	88	75
Ter que dar resposta às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas (n=241)	98	86	54
Estar exposto ao risco de agressão física do público (n=245)	100	81	72

No grupo de questões relacionadas com o contacto com o público pode verificar-se que todos os constrangimentos apresentam expressões significativas de respostas no que diz respeito à identificação da exposição e ao incómodo, com exceção do contacto com o público que apenas é considerado incómodo para 20% da amostra.

Na tabela seguinte (tabela 8) são apresentadas as frequências relativas das respostas relacionadas com as características do trabalho e o respetivo incómodo.

Tabela 8: Frequência relativa das respostas relacionadas com características do trabalho e respetivo incómodo

Características do trabalho	Respondentes (%)	Identificação positiva da exposição (%)	A exposição é muito/ bastante/ incómoda (%)
Questão: “O meu trabalho é um trabalho...”			
Onde estou sempre na presença de outros (n=241)	98	92	7
Onde sou obrigado a aprender sempre coisas novas (n=235)	96	78	6
Com momentos de hiper solicitação (exigências excessivas relacionadas com a atenção, concentração, esforço físico ou mental, ritmos de trabalho elevados) (n=238)	97	73	50
Pouco criativo (n=235)	96	43	33
Muito complexo (n=235)	96	43	13
Com instalações inadequadas (ao nível da empresa e/ou do posto de trabalho) (n=239)	98	42	36
Onde faltam equipamentos/ instrumentos adequados (n=239)	98	41	36
Que, de forma geral, é pouco reconhecido pelas chefias (n=239)	98	38	31
Que gostava que os meus filhos não realizassem (n=235)	96	37	28
Com o qual, de modo geral, estou pouco satisfeito (n=235)	96	34	26
No qual, de forma geral, me sinto explorado (n=236)	96	33	28
Que, de forma geral, está pouco organizado do ponto de vista ergonómico (adaptado às minhas características físicas) (n=228)	93	31	26
Que dificilmente conseguirei realizar quando tiver 60 anos (n=239)	98	30	25
Que, de forma geral, é pouco reconhecido pelos colegas (n=237)	97	29	21
Excessivamente variado (n=236)	96	29	10
Monótono (n=237)	97	19	15
Cujas condições abalam a minha dignidade enquanto ser humano (n=237)	97	11	11
Onde estou sempre sozinho (n=235)	96	5	2

Verifica-se que a constante presença de outros no local de trabalho, a necessidade de aprender sempre coisas novas e existência de momentos de hiper solicitação foram os constrangimentos mais identificados pelos respondentes. Os dois primeiros

apresentam, no entanto, frequências relativas de resposta muito baixas no que toca ao incómodo. A existência de momentos de hiper solicitação é a característica do trabalho que apresenta maior percentagem de incomodados (50%).

Os fatores complexidade e baixa criatividade, foram registados como presentes por 43% e para, respetivamente, 33% e 13% dos que os identificaram, são considerados incómodos. Exercer a atividade em instalações inadequadas e sem os equipamentos/instrumentos adequados, foram constrangimentos reportados, respetivamente, por 42% e 41% da amostra correspondente e, desses, 36% sente-se incomodado.

3.3. O estado de saúde dos trabalhadores da gestão de bairros sociais

Quando questionados acerca da sua própria saúde estar ou ter sido afetada pelo trabalho que realizam, 50,4% (n=236) considera que a sua saúde foi afetada pelo trabalho que executam.

Foi solicitado aos inquiridos que identificassem, de entre uma lista de problemas de saúde, aqueles que têm ou tiveram e que, após cada identificação positiva que indicassem se estão ou estiveram relacionados ou foram agravados pelo trabalho.

Na tabela seguinte (tabela 9) são apresentadas as frequências relativas das respostas relacionadas com os problemas de saúde e respetiva relação com o trabalho. Os resultados da tabela refletem as percentagens de inquiridos que responderam aos diversos problemas de saúde listados, a percentagem dos respondentes que os identificaram como presentes e dos que os consideram causados ou agravados pelo trabalho.

Tabela 9: Frequência relativa das respostas relacionadas com os problemas de saúde e respetiva relação com o trabalho

Problemas de saúde	Respondentes (%)	Identificação positiva do problema (%)	Problema é causado/ agravado pelo trabalho (%)
Dores nas costas		54	40
Problemas de visão		53	37
Dores de cabeça		46	34
Problemas de sono (sonolência, insónia)		36	28
Problemas músculo esqueléticos (e articulações)		31	24
Problemas nervosos		30	27
Alergias		26	9
Varizes (derrames, “aranhas” vasculares)		23	13
Adormecimento frequente dos membros		18	13
Problemas respiratórios		17	8
Hipertensão arterial	100	16	9
Dores musculares crónicas	(n=245)	14	11
Problemas digestivos		14	9
Dores de estômago		13	9
Problemas de audição		11	6
Problemas de pele		10	5
Problemas de infertilidade ou na gravidez		8	5
Problemas de voz		7	5
Problemas cardíacos		7	5
Doenças Infeciosas		6	3
Problemas menstruação ou da próstata		5	2
Problemas renais		5	1
Problemas hepáticos		5	1
Feridas por acidente	99 (n=243)	17	10

Os dados revelam que os problemas de saúde identificados por mais de 50% dos inquiridos e considerados como causados ou agravados pelo trabalho por, respetivamente, 40 e 37%, foram as dores nas costas (54%) e os problemas de visão (53%). Por 30% ou mais da amostra foram identificados, as dores de cabeça (46%), os problemas de sono (36%), os problemas músculo esqueléticos (31%) e os problemas nervosos (30%). Os que indicaram a existência destes problemas de saúde, mais de 20% relacionam a sua presença ou agravamento com o trabalho.

Na tabela 10 são apresentadas as frequências relativas (em percentagem) das respostas às questões que integram cada dimensão do PSN e os parâmetros de tendência central e dispersão dos scores das dimensões.

Tabela 10: Frequência relativa de respostas, média e desvio padrão dos scores das dimensões do Perfil de Saúde de *Nottingham*

Dimensão	Frequência Relativa de respostas		Scores	
	Nenhuma resposta afirmativa (%)	Uma ou mais resposta(s) afirmativa(s) (%)	Média	Desvio Padrão
Dor (n=234)	68	32	11,90	23,10
Energia (n=239)	77	23	10,79	21,42
Isolamento Social (n=235)	84	16	5,34	14,57
Mobilidade Física (n=236)	71	29	6,04	11,63
Reações emocionais (n=236)	37	63	15,90	19,64
Sono (n=237)	62	38	16,45	25,88

Pela análise da tabela 10 constata-se que a dimensão reações emocionais é a dimensão com o maior número de respostas afirmativas, ao contrário da dimensão isolamento social com o menor número de respostas afirmativas. Apesar da elevada frequência de respostas na dimensão reações emocionais, é a dimensão sono que apresenta o valor médio de *score* mais elevado.

3.4. Associação entre os problemas de saúde e constrangimentos do trabalho de gestão de bairros sociais

Nas tabelas 11, 12a, 12b e 13 apresentam-se os resultados da regressão logística realizada entre as variáveis dos constrangimentos do trabalho da gestão de bairros sociais e dos problemas de saúde.

Tabela 11: Associação entre os constrangimentos do trabalho e as dores nas costas e problemas músculo esqueléticos

Constrangimentos	Dores nas Costas				Problemas Músculo-esqueléticos			
	OR _{Crude}	95% CI	OR _{Adjusted}	95% CI	OR _{Crude}	95% CI	OR _{Adjusted}	95% CI
Ambiente Físico								
Calor/ frio ou variações da temperatura	1,816	1,085-3,041						
Ruído nocivo/ incómodo	1,777	1,064-2,970						
Iluminação inadequada					2,108	1,158-3,837		
Constrangimentos Físicos								
Permanecer muito tempo sentado	3,832	2,128-6,900	3,487	1,738-6,996	3,371	1,648-6,893	2,437	1,062-5,593
Fazer gestos repetitivos	2,531	1,354-4,733	2,391	1,089-5,249	2,740	1,490-5,040	3,102	1,452-6,625
Constrangimentos do Ritmo de Trabalho								
Ser frequentemente interrompido	2,563	1,210-5,426						
Autonomia e Iniciativa								
Ser obrigado a fazer o trabalho tal e qual como foi definido, sem qualquer possibilidade de alteração					2,383	1,331-4,267		
Relações de Trabalho (colegas, chefias)								
Agressão verbal	2,034	1,126-3,403			2,206	1,266-3,844		
Intimidação (ameaçar, assustar, provocar medo)	1,872	1,120-3,129			2,339	1,337-4,094		
Agressão física	2,260	1,301-3,928	2,458	1,237-4,883	2,318	1,317-4,079	3,102	1,452-6,625
Contacto com o Público								
Estar exposto ao risco de agressão física do público	2,026	1,052-3,902						
Características do Trabalho								
Com instalações inadequadas (na empresa e/ou posto de trabalho)					1,984	1,141-3,450		
Onde faltam equipamentos/ instrumentos adequados	1,833	1,085-3,098			1,930	1,110-3,356		
Que, de forma geral, é pouco reconhecido pelas chefias					2,446	1,392-4,298		
Que gostava que os meus filhos não realizassem	1,942	1,131-3,335			2,386	1,352-4,210	2,095	1,050-4,178
Com o qual, de modo geral, estou pouco satisfeito	2,366	1,353-4,138	2,270	1,125-4,579				
Que, está pouco organizado do ponto de vista ergonómico	2,080	1,170-3,697			2,378	1,325-4,269		
Que, de forma geral, é pouco reconhecido pelos colegas					1,977	1,099-3,557		
Excessivamente variado	1,835	1,034-3,256	2,469	1,221-4,991				

Tabela 12a: Associação entre os constrangimentos do trabalho e os problemas nervosos e de sono

Constrangimentos	Problemas Nervosos				Problemas de Sono			
	OR _{Crude}	95% CI	OR _{Adjusted}	95% CI	OR _{Crude} de	95% CI	OR _{Adjusted}	95% CI
Ambiente Físico								
Ruído nocivo/ incómodo	2,477	1,396-4,395			1,867	1,091-3,193		
Constrangimentos Físicos								
Permanecer muito tempo sentado					2,048	1,104-3,799		
Constrangimentos do Ritmo de Trabalho								
Ser frequentemente interrompido					7,285	2,160-24,564	8,268	1,879-36,376
Ter que trabalhar durante longos períodos de tempo ao computador					3,346	1,335-8,385		
Ter que resolver situações ou problemas imprevistos sem ajuda					2,391	1,246-4,588		
Ter que me adaptar permanentemente a mudanças dos métodos ou instrumentos de trabalho	2,390	1,263-4,524	2,115	1,011-4,423				
Ter que depender dos pedidos diretos dos clientes, utentes	2,089	1,168-3,735						
Ter que depender do trabalho de colegas para poder realizar o meu					1,740	1,011-2,994		
Autonomia e Iniciativa								
Ter que obedecer a uma ordem pré-definida de realização das tarefas, sem possibilidade de alteração	2,176	1,236-3,831						
Ser obrigado a fazer o trabalho tal e qual como foi definido, sem qualquer possibilidade de alteração	2,271	1,263-4,086						
Relações de Trabalho (colegas, chefias)								
Frequente a necessidade de ajuda dos colegas (trabalho em equipa), apesar de nem sempre existir					2,157	1,208-3,852	2,498	1,273-4,9
Desconsiderada a minha opinião, para o funcionamento do departamento/ secção	2,122	1,176-3,828						
Impossível exprimir-me à vontade	2,328	1,215-4,460						
Agressão verbal	3,116	1,744-5,565			1,833	1,078-3,117		
Intimidação (ameaçar, assustar, provocar medo)	2,334	1,327-4,106						
Agressão física	2,232	1,259-3,955			2,056	1,186-3,564		
Contacto com o Público								
Suportar as exigências, queixas ou reclamações do público	5,003	1,142-21,929						
Estar exposto ao risco de agressão verbal do público	3,836	1,117-13,170						
Ter que dar resposta às dificuldades/ sofrimento de outras pessoas	3,181	1,068-9,473						
Estar exposto ao risco de agressão física do público	3,324	1,340-8,247	7,315	2,008-26,646				

Tabela 12b: Associação entre os constrangimentos do trabalho e os problemas nervosos e de sono

Constrangimentos	Problemas Nervosos				Problemas de Sono			
	OR _{Crude}	95% CI	OR _{Adjusted}	95% CI	OR _{Crude}	95% CI	OR _{Adjusted}	95% CI
Características do Trabalho								
Com momentos de hiper solicitação					2,306	1,181-4,502		
Pouco criativo	1,974	1,125-3,464						
Muito complexo					1,731	1,010-2,967		
Com instalações inadequadas (na empresa e/ou posto de trabalho)	2,527	1,424-4,484			2,403	1,399-4,128		
Onde faltam equipamentos/ instrumentos adequados	2,339	1,325-4,129			2,179	1,268-3,745	2,239	1,199-4,181
Que, de forma geral, é pouco reconhecido pelas chefias	2,039	1,158-3,589						
Que gostava que os meus filhos não realizassem	2,348	1,325-4,161			2,102	1,212-3,645		
Com o qual, de modo geral, estou pouco satisfeito	2,991	1,670-5,357	2,127	1,053-4,297				
Que dificilmente conseguirei realizar quando tiver 60 anos	2,442	1,362-4,378						
Que, de forma geral, é pouco reconhecido pelos colegas	2,588	1,431-4,682	2,740	1,287-5,831	2,011	1,133-3,569		
Excessivamente variado	1,894	1,048-3,421						

Tabela 13: Associação entre os constrangimentos do trabalho e as dores de cabeça

Constrangimentos	Dores de Cabeça			
	OR _{Crude}	95% CI	OR _{Adjusted}	95% CI
Ambiente Físico				
Calor/ frio ou variações da temperatura	2,076	1,239-3,480		
Ruído nocivo/ incómodo	2,414	1,436-4,057		
Agentes Biológicos	2,286	1,238-4,220		
Constrangimentos Físicos				
Permanecer muito tempo sentado	1,768	1,004-3,112		
Subir e descer com muita frequência	1,808	1,005-3,252	2,131	1,033-4,396
Constrangimentos do Ritmo de Trabalho				
Ter que trabalhar durante longos períodos de tempo ao computador	2,364	1,109-5,039		
Autonomia e Iniciativa				
Ter que obedecer a uma ordem pré-definida de realização das tarefas, sem possibilidade de alteração	1,892	1,118-3,200		
Ser obrigado a fazer o trabalho tal e qual como foi definido, sem qualquer possibilidade de alteração	2,062	1,185-3,591		
Relações de Trabalho (colegas, chefias)				
Intimidação (ameaçar, assustar, provocar medo)	2,125	1,270-3,557		
Características do Trabalho				
Com instalações inadequadas (na empresa e/ou posto de trabalho)	2,166	1,286-3,649		
Onde faltam equipamentos/ instrumentos adequados	1,804	1,074-3,032		
Que gostava que os meus filhos não realizassem	2,019	1,184-3,443	2,493	1,291-4,815
Que, está pouco organizado do ponto de vista ergonómico	1,869	1,068-3,268		
Que, de forma geral, é pouco reconhecido pelos colegas	1,803	1,026-3,169		

Os resultados da análise multifatorial revelam que permanecer muito tempo sentado e fazer gestos repetitivos são fatores determinantes para o aparecimento de dores nas costas e problemas músculo esqueléticos. Porém, para além destes fatores de natureza física, os resultados evidenciam também que a exposição a agressão física proveniente das relações de trabalho é igualmente um fator que aumenta a probabilidade de vir a experimentar ambos os problemas de saúde. Algumas características do trabalho parecem também determinar o aparecimento destes problemas. As dores nas costas aparecem associadas à insatisfação com o trabalho e à necessidade de realizar um trabalho excessivamente variado. Aqueles que desejam não ver os seus filhos realizarem um trabalho idêntico ao seu no futuro têm uma probabilidade maior de experimentar problemas músculo esqueléticos. Para além destes resultados outras condições e características do trabalho apresentam resultados estatisticamente significativos apenas na análise bivariada. Ser frequentemente interrompido, estar exposto ao risco de agressão verbal pelas chefias e/ou colegas e de agressão física pelo público, ter um trabalho pouco organizado, do ponto de vista ergonómico são condições e características do trabalho que duplicam a probabilidade do aparecimento de dores nas costas. A mesma análise mostrou que os problemas músculo esqueléticos podem ser determinantes para aqueles que estão expostos a perturbações nas relações de trabalho (agressão verbal e intimidação), uma fraca autonomia (não ter possibilidade de alterar a forma de executar o trabalho) e igualmente ter um trabalho pouco organizado, do ponto de vista ergonómico. A exposição a todos estes fatores duplica a probabilidade de experimentar problemas músculo esqueléticos.

Estar exposto a ter de se adaptar permanentemente a mudanças dos métodos ou instrumentos de trabalho, falta de reconhecimento por parte dos colegas e insatisfação laboral duplica a probabilidade de experimentar problemas nervosos, segundo a análise multifatorial. A mesma análise revelou ainda que a agressão física do público é um fator chave para os problemas nervosos uma vez que promove sete vezes mais probabilidade de ocorrerem. Outros fatores organizacionais (ter que depender dos pedidos diretos dos clientes, utentes; ter que obedecer a uma ordem pré-definida de realização das tarefas e ser obrigado a realizar o trabalho tal qual como definido, sem o poder alterar), relacionais com colegas e chefias (desconsiderada a opinião, impossibilidade de me exprimir à vontade, agressão verbal e física dos colegas e intimidação) e com o público (agressão verbal, suportar exigências, queixas ou reclamações e ter que dar resposta ao sofrimento) e algumas características do trabalho emergiram como determinantes na análise bivariada.

Os problemas de sono, de acordo com os resultados da análise multifatorial, são explicados pelas frequentes interrupções, a necessidade de apoio ou ajuda por parte dos colegas e a falta de instrumentos ou equipamentos adequados ao trabalho realizado. Neste caso destacam-se as frequentes interrupções que imputam oito vezes mais probabilidade aos sujeitos expostos de desenvolver distúrbios de sono. Os restantes constrangimentos implicam apenas o dobro da probabilidade de serem sentidos estes problemas. Segundo a análise bivariada, os problemas de sono podem ainda ser determinados por fatores de diferentes natureza, ligados ao ritmo (resolver problemas imprevistos, necessidade de se adaptar permanentemente a mudanças dos métodos ou instrumentos de trabalho, dependência dos colegas para realizar o trabalho) e relações de trabalho (agressão física e verbal) e a algumas características do próprio trabalho (com momentos de hiper solicitação, muito complexo, com instalações inadequadas, pouco reconhecido pelos colegas, trabalho que não gostava que os filhos realizassem).

Um número mais reduzido de fatores emerge como determinante no aparecimento de dores de cabeça, quer na análise bivariada, quer multifatorial. Desta última, constata-se que as dores de cabeça poderão ser determinadas pelas subidas e descidas frequentes e pelo desejo de que os filhos não realizem este trabalho. Quem está exposto a estes constrangimentos tem o dobro da probabilidade de experimentar dores de cabeça.

3.5. Associação entre as dimensões do PSN e os constrangimentos do trabalho de gestão de bairros sociais

Nas tabelas 14, 15 e 16 apresentam-se os resultados da regressão linear realizada entre as variáveis dos constrangimentos do trabalho da gestão de bairros sociais e das dimensões do PSN.

Tabela 14: Associação entre os constrangimentos do trabalho e as dimensões energia e sono do PSN

Constrangimentos	Energia				Sono			
	β_{Crude}	95% CI	$\beta_{Adjusted}$	95% CI	β_{Crude}	95% CI	$\beta_{Adjusted}$	95% CI
Ambiente Físico								
Ruído nocivo/ incómodo	6,438	11,919-0,957			10,060	16,517-3,603		
Agentes Biológicos	9,171	15,643-2,698			7,860	15,625-0,094		
Constrangimentos Físicos								
Permanecer muito tempo sentado					8,498	15,596-1,400		
Fazer gestos repetitivos	7,551	13,750-1,352						
Subir e descer com muita frequência					8,588	16,238-0,939		
Constrangimentos do Ritmo de Trabalho								
Ser frequentemente interrompido					12,597	22,063-3,131		
Autonomia e Iniciativa								
Ter que obedecer a uma ordem pré-definida de realização das tarefas, sem possibilidade de alteração	9,642	18,821-0,463						
Ser obrigado a fazer o trabalho tal e qual como foi definido, sem possibilidade de alteração					8,811	15,747-1,875		
Relações de Trabalho (colegas, chefias)								
Desconsiderada a minha opinião, para o funcionamento do departamento/ secção	11,330	17,220-5,440			8,546	15,671-1,422		
Impossível exprimir-me à vontade	10,620	17,096-4,145						
Agressão verbal	8,735	14,125-3,344			12,351	18,847-5,855	17,817	30,479-5,156
Intimidação (ameaçar, assustar, provocar medo)	12,125	17,429-6,821			7,036	13,667-0,406		
Agressão física	9,429	15,122-3,736			9,786	16,586-2,985		
Características do Trabalho								
Com momentos de hiper solicitação	9,186	15,557-2,816						
Muito complexo	7,132	12,610-1,655						
Com instalações inadequadas (na empresa e/ou posto de trabalho)	5,737	11,284-0,190			13,397	19,811-6,983		
Onde faltam equipamentos/ instrumentos adequados	6,992	12,417-1,566			9,383	15,993-2,774		
Que, de forma geral, é pouco reconhecido pelas chefias	11,028	16,611-5,445			11,829	18,594-5,065		
Que gostava que os meus filhos não realizassem	8,912	14,520-3,305			9,014	15,814-2,213		
Com o qual, de modo geral, estou pouco satisfeito	10,981	16,654-5,308			10,875	17,690-4,060		
Que, está pouco organizado do ponto de vista ergonómico					10,508	17,488-3,529		
Que, de forma geral, é pouco reconhecido pelos colegas	15,308	21,141-9,475			12,333	19,499-5,168		
Excessivamente variado	10,275	15,687-4,863	8,179	15,230-1,128				

Tabela 15: Associação entre constrangimentos do trabalho e as dimensões dor e mobilidade física do PSN

Constrangimentos	Dor				Mobilidade Física			
	β_{Crude}	95% CI	$\beta_{Adjusted}$	95% CI	β_{Crude}	95% CI	$\beta_{Adjusted}$	95% CI
Ambiente Físico								
Calor/ frio ou variações da temperatura	7,051	12,935-1,167			3,764	6,740-0,788		
Ruído nocivo/ incómodo					3,664	6,573-0,755		
Iluminação inadequada					4,032	7,256-0,808		
Constrangimentos Físicos								
Permanecer muito tempo sentado	11,051	17,072-5,030	9,802	16,212-3,392	5,009	8,085-1,933		
Fazer gestos repetitivos	13,018	19,508-6,527			5,617	8,949-2,285		
Constrangimentos do Ritmo de Trabalho								
Ter que depender dos pedidos diretos dos clientes, utentes	6,348	12,199-0,497						
Autonomia e Iniciativa								
Ter que obedecer a uma ordem pré-definida de realização das tarefas, sem possibilidade de alteração	7,717	13,713-1,721						
Ser obrigado a fazer o trabalho tal e qual como foi definido, sem possibilidade de alteração	10,703	16,801-4,605	10,959	19,647-2,272				
Relações de Trabalho (colegas, chefias)								
Frequente a necessidade de ajuda dos colegas (trabalho em equipa), apesar de nem sempre existir					4,186	7,212-1,160		
Desconsiderada a minha opinião, para o funcionamento do departamento/ secção	9,241	15,566-2,915			3,426	6,603-0,250		
Agressão verbal	13,930	19,637-8,222			6,695	9,581-3,810		
Intimidação (ameaçar, assustar, provocar medo)	12,332	18,133-6,531			6,277	9,189-3,366		
Agressão física	13,090	19,031-7,148			5,441	8,498-2,385		
Contacto com o Público								
Ter que dar resposta às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas					4,782	9,396-0,168		
Características do Trabalho								
Pouco criativo					3,265	6,314-0,216		
Com instalações inadequadas (na empresa e/ou posto de trabalho)	10,003	15,790-4,217	8,578	15,635-1,521	3,604	6,573-0,635		
Onde faltam equipamentos/ instrumentos adequados	8,417	14,456-2,379			3,265	6,309-0,222		
Que, de forma geral, é pouco reconhecido pelas chefias	12,637	18,655-6,619			6,090	9,139-3,041		
Que gostava que os meus filhos não realizassem	13,206	19,188-7,224			5,091	8,151-2,031		
Com o qual, de modo geral, estou pouco satisfeito	7,937	14,116-1,758			4,645	7,738-1,552		
Que, está pouco organizado do ponto de vista ergonómico	9,479	15,612-3,346			3,958	7,047-0,868		
Que, de forma geral, é pouco reconhecido pelos colegas	13,657	20,008-7,306	8,660	16,527-0,793	5,623	8,892-2,354		
Excessivamente variado	8,853	15,070-2,636			3,821	7,014-0,627		

Tabela 16: Associação entre constrangimentos do trabalho e a dimensão reações emocionais do PSN

Constrangimentos	Reações Emocionais			
	β_{Crude}	95% CI	$\beta_{Adjusted}$	95% CI
Ambiente Físico				
Calor/ frio ou variações da temperatura	7,308	12,272-2,344		
Ruído nocivo/ incómodo	11,416	16,209-6,624		
Iluminação inadequada	7,171	12,619-1,722		
Constrangimentos Físicos				
Permanecer muito tempo sentado	7,026	12,366-1,686		
Fazer gestos repetitivos	6,732	12,453-1,011		
Constrangimentos do Ritmo de Trabalho				
Ter que depender dos pedidos diretos dos clientes, utentes	6,196	11,160-1,232		
Autonomia e Iniciativa				
Ter que obedecer a uma ordem pré-definida de realização das tarefas, sem possibilidade de alteração	5,927	11,081-0,773		
Ser obrigado a fazer o trabalho tal e qual como foi definido, sem possibilidade de alteração	8,712	13,993-3,431		
Relações de Trabalho (colegas, chefias)				
Desconsiderada a minha opinião, para o funcionamento do departamento/ secção	10,156	15,500-4,812		
Impossível exprimir-me à vontade	10,449	16,519-4,379		
Agressão verbal	11,335	16,210-6,461		
Intimidação (ameaçar, assustar, provocar medo)	8,930	13,889-3,970		
Agressão física	10,437	15,589-5,285		
Contacto com o Público				
Suportar as exigências, queixas ou reclamações do público	13,599	22,296-4,902		
Confrontar-me com situações de tensão nas relações com o público	10,927	19,608-2,247		
Estar exposto ao risco de agressão verbal do público	9,088	17,071-1,105		
Ter que dar resposta às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas	10,988	18,617-3,359		
Estar exposto ao risco de agressão física do público	8,689	15,079-2,298		
Características do Trabalho				
Pouco criativo	6,106	11,243-0,968		
Com instalações inadequadas (na empresa e/ou posto de trabalho)	8,018	13,027-3,010		
Onde faltam equipamentos/ instrumentos adequados	8,924	13,819-4,029		
Que, de forma geral, é pouco reconhecido pelas chefias	12,479	17,564-7,394		
Que gostava que os meus filhos não realizassem	8,857	14,039-3,674		
Com o qual, de modo geral, estou pouco satisfeito	13,103	18,198-8,009	9,667	17,433-1,900
No qual, de forma geral, me sinto explorado	6,565	11,795-1,335		
Que, está pouco organizado do ponto de vista ergonómico	6,590	12,013-1,168		
Que dificilmente conseguirei realizar quando tiver 60 anos	7,929	13,264-2,594		
Que, de forma geral, é pouco reconhecido pelos colegas	12,772	18,178-7,366		

Pela análise dos resultados, aquando da análise multifatorial, verifica-se que a energia dos trabalhadores apenas é afetada pela exposição a um constrangimento associado às características do trabalho. A exposição a um trabalho excessivamente variado implica oito vezes mais probabilidade de o trabalhador apresentar um decréscimo na sua energia. Apesar disto, existem constrangimentos relacionais que se destacam na análise bivariada como sendo, a falta de reconhecimento e a intimidação por parte dos colegas e chefias, a impossibilidade de se exprimir à vontade, a desconsideração da opinião e a insatisfação laboral declarada pelos trabalhadores.

Em termos de distúrbios de sono, os resultados da análise multifatorial mostram que estes ocorrem aquando da exposição à agressão verbal por parte de colegas e chefias, sendo esta exposição responsável pelo aumento da probabilidade perto de dezoito vezes mais da ocorrência destes distúrbios. Na análise bivariada, surgem como relevantes constrangimentos relacionados com as condições de trabalho físicas e ambientais (exposição ao ruído incómodo, a existência de instalações adequadas e a pouca organização ergonómica), com o ritmo de trabalho (interrupções frequentes), com os fatores relacionais (falta de reconhecimento) e características pessoais dos trabalhadores (insatisfação laboral).

Quanto à existência de dor, denota-se a sua associação com constrangimentos físicos (permanecer muito tempo sentado e instalações inadequadas), de autonomia e iniciativa (ser obrigado a fazer o trabalho tal e qual como definido, sem possibilidade de alteração) e relacionais (falta de reconhecimento pelos colegas). Todos estes constrangimentos aumentam entre cerca de nove a onze vezes mais a probabilidade de episódios de dor nos trabalhadores expostos. A análise bivariada destaca ainda constrangimentos relacionados com a agressão e intimidação, de repetitividade e de desejo dos filhos não realizarem este trabalho, como estando associados à dor.

No que se refere à mobilidade física, a análise bivariada, revela como determinantes os constrangimentos físicos – permanecer muito tempo sentado e fazer gestos repetitivos – os relacionados com a agressão física, verbal e intimidação e os constrangimentos relacionais ligados à falta de reconhecimento por parte de colegas e chefias. Em termos de características pessoais, é determinante o desejo dos filhos não realizarem este trabalho. Todos estes constrangimentos promovem o aumento da probabilidade de condicionamento da mobilidade física entre cinco a seis vezes mais para os

trabalhadores expostos. A análise multifatorial não destacou nenhum constrangimento como importante para explicar distúrbios nesta dimensão.

No que concerne às reações emocionais, verifica-se que a insatisfação laboral aumenta em quase dez vezes mais a probabilidade de reações emocionais nos trabalhadores que a declaram. Não obstante, a análise bivariada, revela como importantes, a exposição a ruído incómodo, constrangimentos ligados às relações de trabalho (desconsideração de opinião, impossibilidade de livre expressão, agressão física e verbal e falta de reconhecimento) e constrangimentos do contacto com o público (suportar exigências, queixas e reclamações, confronto com situações de tensão, dar resposta a dificuldades e sofrimento).

SÚMULA

A idade média da amostra em estudo é de 42,1 anos e a antiguidade média é de 12,5 anos. Através dos resultados da aplicação do INSAT aos 245 trabalhadores que integram a amostra alvo deste estudo verifica-se que em todos os grupos de constrangimentos foram identificadas exposições e incómodos por parte dos trabalhadores, sendo que metade dos inquiridos afirma que a sua saúde foi ou é afetada pelo trabalho. As regressões logística e linear efetuadas revelam uma associação entre alguns dos constrangimentos laborais e os problemas da saúde e as dimensões do PSN, havendo especial enfoque nos constrangimentos psicossociais.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo analisam-se os resultados, à luz da literatura consultada na tentativa de dar resposta ao objetivo da investigação.

Apesar do elevado número de constrangimentos laborais que se revelaram estatisticamente significativos, pela análise dos resultados podemos aferir que existem fatores psicossociais que são de risco, uma vez que se verificaram como determinantes para os danos na saúde, alguns dos constrangimentos, nomeadamente, a falta de apoio por parte dos colegas, as ameaças verbais, a intimidação e a agressão física, a ausência de possibilidade de autonomia e iniciativa e a insatisfação laboral. A saúde física dos trabalhadores da gestão dos bairros sociais é também afetada devido a constrangimentos físicos (posturas e repetitividade).

É importante igualmente salientar que alguns constrangimentos que se revelaram estatisticamente significativos na análise bivariada, quando ajustados numa análise multifatorial não se revelam determinantes perante os problemas de saúde. Mais, não emergem fatores específicos nas condições e características do trabalho que expliquem as respostas afirmativas ao PSN. Provavelmente as respostas resultam de origens múltiplas que interagem entre si e até que ultrapassam o âmbito restrito do trabalho (eventualmente a esfera pessoal e familiar terá aqui a sua importância).

Olhando para o objetivo geral do presente estudo, pode dizer-se que os constrangimentos relacionados com as relações laborais, com o conteúdo e organização do trabalho, as relações sociais, o contacto com o público e as características do trabalho são as principais fontes dos fatores de risco psicossociais inerentes à atividade de gestão de bairros sociais. Pode-se pressupor que os trabalhadores envolvidos na gestão de bairros sociais, considerando os constrangimentos a que se encontram expostos e os problemas declarados que venham a sofrer de stresse ocupacional e *burnout*.

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2003) refere que o stresse no trabalho constitui o problema de saúde relacionado com o trabalho mais comum na União Europeia, logo após as dores nas costas e, afeta quase um em cada três trabalhadores. Os custos dos fenómenos de *burnout* e stresse estão dependentes dos mais diversos fatores pessoais, sociais e organizacionais e alguns são naturalmente mais visíveis do que outros. Para o trabalhador existem os custos diretos do tratamento

médico e a perda de salário, dos conflitos trabalho-família, do divórcio e do isolamento social. Algumas das consequências mais indiretas que afetam tanto o trabalhador como o empregador são a diminuição da produtividade e da qualidade do desempenho, aumenta a predisposição para acidentes, os custos de substituição, aumenta o absentismo por doença ou acidente, aumentam os prémios de seguros, a reforma antecipada, a deterioração da relação com clientes e a consequente perda dos mesmos (Neto, Areosa & Arezes, 2014).

Tal como já foi referido, existem constrangimentos que podem ser considerados como de equilíbrio ou proteção da saúde e bem-estar dos trabalhadores em vez de prejudiciais. Ou seja, a exposição a determinados constrangimentos pode ajudar os trabalhadores a encontrarem as suas estratégias (individuais e/ou coletivas) de proteção ou defensivas que os permitem suportar e ajustar o sofrimento produzido por outros constrangimentos laborais e, assim, manter a aparente normalidade da sua atividade de trabalho. No entanto e, apesar de ser bastante eficaz, este mecanismo defensivo pode ser também contraproducente uma vez que, as estratégias defensivas podem tornar o trabalhador insensível ao que se passa no local de trabalho e fora dele.

Metade dos trabalhadores inquiridos considera que a sua saúde é afetada pelo trabalho tornando assim relevante uma análise dos constrangimentos laborais que podem estar na origem deste resultado e dos danos que do trabalho possam advir para a saúde e bem-estar dos trabalhadores.

O local e o próprio contexto social onde são implantados os postos de trabalho e a componente administrativa do trabalho de gestão de bairros sociais justifica os resultados obtidos ao nível do ambiente e constrangimentos físicos. Na maioria dos casos, os trabalhadores exercem as suas funções inseridos nos bairros sociais que gerem cuja construção sendo social e com alguma antiguidade faz ressaltar os resultados de exposição a instalações inadequadas e cuja insegurança e instabilidade económica vivida no período em que decorreu o estudo, impede a aquisição de equipamentos ou instrumentos adequados, constrangimento identificado pelos trabalhadores. O estar muito tempo sentado a trabalhar ao computador e os gestos repetitivos são os resultados expectáveis assim como as respetivas repercussões na saúde (dores nas costas e problemas músculo esqueléticos). Tendo em conta que a grande maioria dos trabalhadores inquiridos partilha o local de trabalho com colegas (em salas com dois ou mais postos de trabalho) e que o ambiente térmico é muitas vezes ajustado ao que tem

mais frio ou mais calor não havendo consenso e que alguns têm que se deslocar às habitações sociais, facilmente se percebe porque é que a exposição a calor ou frio ou a variações de temperatura é o constrangimento do ambiente de trabalho que se destaca. Já o constrangimento de estar sempre na presença de outros parece não afetar em nada os trabalhadores uma vez que apesar da elevada frequência relativa de identificação da presença deste constrangimento, o incómodo relacionado com esta exposição é diminuído e os resultados obtidos na dimensão isolamento social do PSN são os menos significativos. Estes resultados vão ao encontro de diversos trabalhos que indicam a existência de uma interação clara entre os fatores de risco físicos e psicossociais, mais concretamente no que concerne aos problemas músculo esqueléticos assim como o stress tem sido indicado como fazendo parte da ligação entre os fatores de risco físicos, os psicossociais e os problemas músculo esqueléticos. Neto, Areosa & Arezes (2014) ao fazerem referência, na sua revisão bibliográfica, que alguns estudos epidemiológicos retrospectivos têm demonstrado a existência de associação entre os sintomas de stress e alguns tipos de problemas músculo esqueléticos como por exemplo, problemas nas costas, reforçam estes resultados.

Sabe-se que o trabalho evoluiu no sentido de ser cada vez mais mental e menos físico e as transformações provocadas pela globalização económica e pelas novas tecnologias, acarretam intensificação do trabalho, maior complexidade, pressão constante para responder às solicitações, a necessidade da polivalência, de policompetência e de ajustamento frequente. Todos estes fatores tendem a promover formas inadequadas de organização do trabalho, provocando a diminuição da qualidade de vida e podendo significar danos na saúde dos trabalhadores (Dias, Cerdeira & Kóvacs, 2007). Assim, se torna perceptível que os trabalhadores envolvidos na gestão de bairros sociais não fiquem imunes a estes fatores e reportem como exposição incómoda, a necessidade de ter que trabalhar longas horas ao computador, fazer várias coisas ao mesmo tempo, as interrupções frequentes e o ter que se apressar para executarem o seu trabalho. A permanente adaptação e as interrupções frequentes estão, na origem, respetivamente, de problemas de sono e nervos.

Além disto, a existência de momento de hiper solicitação e do trabalho ser excessivamente variado apresentam igualmente frequência relativa significativa no que toca à identificação da exposição, mas o efeito nos trabalhadores é apenas ao nível da energia que obviamente é afetada quando expostos. Percebemos, porém, que o incómodo da exposição a estes dois constrangimentos não é tão significativo como o de

outras características do trabalho, quando olhamos para a frequência relativa do grau de incómodo da exposição. Isto pode ser devido ao facto de que há pessoas que gostam de trabalhar sob pressão, que produzem mais e se sentem mais motivadas.

Por aqui se percebe a importância das características individuais dos trabalhadores. Os constrangimentos laborais que podem causar danos na saúde e bem-estar são influenciados pela percepção, avaliação e experiência do trabalhador acerca das estruturas e processos do contexto onde se insere. As características individuais são assim relevantes uma vez que interferem na forma como trabalhador lida (ou seja, tolera, domina), avalia e reage às exigências laborais. Às características pessoais, como a personalidade, os hábitos e a maneira de pensar e de estar (as chamadas estratégias de *coping*) deve ser associado o contexto familiar e o apoio social para compreender quais são os fatores que o trabalhador coloca nesta relação (Neto, Areosa & Arezes, 2014). Aqui importa ter em conta a idade média dos sujeitos alvo do estudo (42 anos) e a sua antiguidade média (12,5 anos) neste contexto profissional, que podem contribuir com maturidade, experiência e a existência de estratégias de *coping* eficazes.

Uma das categorias com maior frequência relativa de respostas é a que se refere ao contacto com o público. Este contacto propriamente dito não revela qualquer tipo de incómodo ou problema de saúde. Já o contexto social em que se insere o contacto com o público e as ações que este tem para com os trabalhadores em termos de agressões físicas e verbais revelam-se altamente incómodos e acarretam problemas nervosos para a saúde dos trabalhadores envolvidos na gestão de bairros sociais.

A falta de apoio ou ajuda e a falta de reconhecimento por parte dos colegas são dois dos constrangimentos mais referenciados no que toca a relações de trabalho, juntamente com a agressão física, verbal e a intimidação. Surgem aqui associados os distúrbios de sono, as dores (nas costas), os problemas músculo esqueléticos e os nervosos.

A falta de apoio dos colegas pode gerar ausência de reciprocidade nas relações sociais de trabalho e associa-se à afetividade negativa. O presente estudo encontrou resultados idênticos aos de Giovanetti (2006) que refere que os efeitos adversos do baixo nível de apoio social são distúrbios do sono, a percepção subjetiva de deterioração da saúde, a diminuição da capacidade funcional para o trabalho e desenvolvimento ou agravamento de exaustão emocional, *burnout*, insatisfação e hostilidade no trabalho.

Já a agressão (física e verbal) e a intimidação provocam, segundo Paulos (2009), reações emocionais graves como a ansiedade, o medo, sentimentos de desamparo e depressão. A experiência destes sentimentos, segundo esta autora e suportando os resultados deste estudo, altera a perceção que os trabalhadores têm do ambiente laboral, considerando-o num local ameaçador, perigoso, inseguro e desestabilizador, que pode dar origem a problemas emocionais, psicossomáticos e psiquiátricos, reduzindo a motivação, a satisfação, a produtividade e aumentando o absentismo.

De facto, revelou-se significativo o constrangimento que indica que os trabalhadores envolvidos na gestão de bairros estão, de modo geral, pouco satisfeitos com o seu trabalho. Esta insatisfação encontra-se associada a dores nas costas, problemas nervosos e distúrbios nas reações emocionais. Noronha (2005), na sua revisão bibliográfica, refere que a maioria dos estudos demonstra correlações significativas entre o nível de satisfação profissional e o *burnout*. A satisfação laboral é uma resposta atitudinal, o *burnout* resulta de uma resposta emocional à situação de trabalho e pode ser entendido como um estado extremo de fadiga psicológica e emocional, que, por consequência, pode levar à diminuição de produtividade. Pinheira (2001, citado por Noronha, 2005) refere que o *burnout* tanto pode resultar da baixa satisfação laboral, como pode ser uma consequência da insatisfação provocada por outros fatores.

Dos resultados da autonomia e iniciativa, verifica-se que, em termos de horário de trabalho e pausas, é dada autonomia suficiente aos trabalhadores para que façam a sua gestão. Os constrangimentos que se destacam são ter que obedecer a uma ordem pré-definida de realização das tarefas, sem qualquer possibilidade de alteração e, ser obrigado a fazer o trabalho tal e qual como foi definido, sem qualquer possibilidade de alteração verificando-se uma associação com a dor relacionada com o ser obrigado a fazer o trabalho tal e qual como foi definido, sem qualquer possibilidade de alteração. As novas tecnologias levam à generalização do trabalho inteligente realizado em estruturas organizacionais mais planas e descentralizadas, nas quais o trabalho se torna imaterial, mais complexo, exigindo conhecimentos mais amplos e de nível mais elevado, autonomia, iniciativa, responsabilidade, criatividade, capacidade de aprendizagem contínua, autocontrolo, investimento subjetivo e a mobilização da inteligência (Kovács, 2006). Em entidades sob a tutela ou influenciadas pela administração pública, os trabalhadores veem as suas ações limitadas ao próprio contexto, às normas, aos procedimentos institucionais, bem como aos objetivos previamente traçados que querendo ou não, balizam ações de iniciativa e autonomia. Quando estas são permitidas

e promovidas, os trabalhadores tomam atitudes para prevenir erros que possam causar sérios problemas à organização, ao mesmo tempo em que sugerem ideias e soluções que ajudem e beneficiem a organização. Estas atitudes também aumentam o desempenho dos trabalhadores, uma vez que estes se tornam mais ativos, empreendedores e inovadores (Reis & Pissarra, 2014).

SÚMULA

Os resultados revelam uma preponderância dos constrangimentos psicossociais organizacionais, sociais e relacionais como determinantes para os problemas de saúde declarados. No entanto, a diferença existente entre os constrangimentos identificados como presentes no contexto laboral e os que efetivamente demonstram associação com os problemas de saúde revela a presença de fatores protetores, do trabalho e/ou do trabalhador que, em interação com os outros, promovem o equilíbrio e minimizam os efeitos na saúde.

5. GESTÃO DE BAIROS SOCIAIS: DA IDENTIFICAÇÃO À INTERVENÇÃO

Com o conhecimento das condições e características do trabalho e do contexto profissional já se anteviam alguns dos resultados obtidos. Perceber de que forma, os constrangimentos e a própria gestão de bairros sociais afetam a saúde e bem-estar foi o desafio desde o primeiro contacto com esta atividade. Com esta investigação pretendeu-se integrar, nas análises pré-existentes, a análise das características do trabalho que podem condicionar o contexto psicossocial dos trabalhadores da gestão dos bairros sociais.

O recurso ao INSAT permitiu aceder a uma dimensão subjetiva e interpretativa dos trabalhadores inquiridos. Está implícito na sua construção, a percepção de que a compreensão das consequências do trabalho na saúde e bem-estar ganha vantagem no desenvolvimento de uma análise integrada e centrada na perspetiva do trabalhador sobre as condições em que trabalha.

Pode-se considerar que a execução do presente estudo foi condicionada pelo facto do país estar a atravessar uma grave crise económica, que implica, no contexto analisado, redução salarial, congelamento de carreiras, despedimentos e o aumento de solicitações de habitação social e do desespero de quem as solicita.

Algumas das limitações sentidas foram o desconhecimento de todos os locais de trabalho e das atividades de trabalho diárias de cada categoria profissional, a não existência de um registo ou análise prévia das queixas dos trabalhadores e a ausência de registo de historial das baixas por depressão, por exemplo. Outra limitação está relacionada com o instrumento de recolha de dados utilizado, o INSAT que por ser demasiado longo pode levar ao preenchimento aleatório além de levar à dispersão de resultados.

A problemática do contexto psicossocial é emergente e é um contexto de difícil análise uma vez que as consequências na saúde estão dependentes das características individuais e das relações que se desenvolvem no trabalho.

Da presente investigação resulta que a gestão preventiva dos fatores de risco psicossociais na gestão de bairros sociais, como um processo integrado, sistemático, participado e cientificamente fundamentado, é viável em termos práticos desde que suportado num modelo organizacional e de gestão que considere a integração do

processo de gestão preventiva de fatores de risco psicossociais no processo geral de gestão da organização.

Em termos de atuação para a promoção da saúde mental na gestão de bairros sociais, Pollett (2007) refere que podem ser tidos em conta:

- o aumento da consciência de empregador acerca dos problemas de saúde mental;
- a identificação de objetivos comuns e aspetos positivos do processo de trabalho;
- a criação de um equilíbrio entre as exigências do trabalho e as competências profissionais;
- formação em comportamentos sociais;
- desenvolvimento do clima psicossocial do local de trabalho;
- aconselhamento;
- reforço da capacidade de trabalho;
- desenvolvimento de estratégias de reabilitação precoces;
- avaliação da carga de trabalho, melhorando o controlo sobre o trabalho e tomada de decisão;
- reforçar o apoio social.

Apesar da promoção da saúde mental ser ainda uma prática emergente e enquanto não há consenso sobre o que é mais eficaz, existem grupos de fatores de risco e de proteção que podem ser reduzidos ou desenvolvidos. As intervenções eficazes para combater o stresse no local de trabalho devem providenciar condições para a realização adequada do trabalho, promovendo a saúde e protegendo da doença. No entanto, na senda da obtenção e manutenção das condições de trabalho mais adequadas nem sempre é possível identificar atempadamente os disfuncionamentos da organização e prever ou antecipar os riscos para a saúde e segurança dos trabalhadores. O desenvolvimento das estratégias de *coping* e a construção de um ambiente de apoio, podendo envolver o treino de técnicas de gestão do stresse e de relaxamento, melhoria da definição de papéis, gestão de conflitos e construção de relações sociais saudáveis, podem ser ferramentas importantes para a promoção da saúde mental, tal como defende Harvey et al. (2014). Obviamente que as intervenções individuais não devem ser a primeira atuação devendo existir, primeiramente, abordagens que se concentram na mudança das condições de trabalho e da política da organização, que deve combinar elementos tanto da promoção da saúde como da prevenção da doença, para que possam ser eficazes na redução do stresse no trabalho.

Estas propostas de atuação são genéricas, mas poderiam ser aplicadas nas entidades envolvidas na gestão bairros sociais e que integraram este estudo. No entanto, será necessário (re)analisar a atividade de trabalho de todos os locais, integrar toda e qualquer análise com os resultados provenientes da medicina no trabalho e desenvolver outros estudos neste contexto profissional, para que seja possível fazer um diagnóstico completo e uma intervenção focalizada e adaptada a cada realidade.

Em estudos futuros deve ser integrada uma avaliação psicológica individual no sentido de complementar a análise empírica e averiguar o estado de saúde mental. Deve também ser alargado o estudo a outras organizações de gestão de bairros sociais, permitindo uma melhor caracterização do contexto profissional.

Seria igualmente interessante repetir ao longo dos anos esta análise na tentativa de perceber de que forma o aumento da idade e da antiguidade influenciam a resposta dos trabalhadores ao seu contexto psicossocial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (2003). *Prevenção de Riscos Psicossociais no Local de Trabalho*. Luxemburgo: Serviço de Publicações Oficiais das Comunidades Europeias. ISBN 92-9191-033-3. Consultado em 20, abril, 2015. Disponível em <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/reports/104>
- Assessoria de Imprensa do Instituto Penido Burnier (2009). *A visão depois dos 40*. Consultado em 15, junho, 2015. Disponível em <http://www.portaldaretina.com.br/home/noticias.asp?cod=1081>
- Barros-Duarte, C. & Cunha, L. (2010, dezembro). INSAT2010 – Inquérito Saúde e Trabalho: outras questões, novas relações. *Laboreal*, 6(2), 19-26. Consultado em 20, agosto, 2013. Disponível em <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV6582234;5252:5:5292>
- Barros-Duarte, C., Cunha, L. & Lacomblez, M. (2007, dezembro). INSAT: uma proposta metodológica para análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde. *Laboreal*, 3(2), 54-62. Consultado em 20, agosto, 2013. Disponível em <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU547112311:499682571>
- British Standards Institution (2011). *Publicly Available Specification (PAS 1010) - Guidance on the management of psychosocial risks in the workplace*. ISBN 9780580698392. Consultado em 20, abril, 2014. Disponível em <http://www.safeworkaustralia.gov.au/sites/SWA/model-whs-laws/public-comment/Documents/Draft%20Model%20Work%20Health%20and%20Safety%20Codes%20of%20Practice%20Public%20Comment/Public%20Submissions%20C/253%20CP%20SU-SPSF%20Federal%20Office%20Attachment%20B.pdf>
- Câmara Municipal de Aveiro (2009). *Relatório de Gestão de 2008*. Aveiro: Autor. Consultado em 1, julho, 2014. Disponível em <http://files.cm-aveiro.pt/XPQ5FaAXX31938aGdb9zMjjeZKU.pdf>
- Carvalho, L. & Malagris, L.E.N. (2007, dezembro). Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7(3), 570-582. Consultado em 20, agosto, 2013. Disponível em <http://www.revispsi.uerj.br/v7n3/artigos/pdf/v7n3a16.pdf>
- Coelho, J.A. (2008). *Uma introdução à psicologia da saúde ocupacional*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Comissão Europeia (2010). *EUROPA 2020 - Estratégia para um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo*. Consultado em 15, maio, 2015. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:PT:PDF>
- Commonwealth Department of Health and Aged Care (2000). *Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health-A Monograph*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care. ISBN 0 642 44725 X. Consultado em 15, maio, 2015. Disponível em <http://familyconcernpublishing.com.au/wp-content/uploads/2013/12/PPEiMentalHealth2000.pdf>
- Cotrim, T.P. (1998, Dezembro). Interdisciplinaridade em Equipas de Saúde Ocupacional, uma reflexão. *Revista Portuguesa de Ergonomia*, 3, 29-33.

- Dias, J., Cerdeira, M.C., Kóvacs, I. (2007). *Salários e condições de trabalho em Portugal*. Lisboa: Direcção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho. ISBN 978-972-8312-55-8. 205p. Consultado em 20, agosto, 2013. Disponível em <http://ftp.infoeuropa.euroid.pt/database/000049001-000050000/000049729.pdf>
- Elias, P. (1997, janeiro), Occupational Classification (ISCO-88): Concepts, Methods, Reliability, Validity and Cross-National Comparability". *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, 20, Paris: OECD Publishing. DOI 10.1787/18151981. Consultado em 9, setembro, 2015. Disponível em <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5lgsjhvj7td8.pdf?expires=1441879867&id=id&accname=guest&checksum=C31D291A2CCDD5754962354E1545BB72>
- European Agency for Safety and Health at Work (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union. ISBN 978-92-9191-140-0. Consultado em 20, agosto, 2013. Disponível em <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118>
- European Agency for Safety and Health at Work (2012). *Fifth European Working Conditions Survey*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union. DOI:10.2806/34660. ISBN 978-92-897-1062-6. Consultado em 20, abril, 2015. Disponível em https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1182en.pdf
- Fagan, C. & Burchell, B. (2002). *Gender, jobs and working conditions in the European Union*. Luxemburgo: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions Consultado em 10, setembro, 2015. Disponível em http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2002/49/en/1/ef0249en.pdf
- Ferreira, P.L. & Melo, E. (1997, s/m). Perfil de Saúde de Nottingham. *Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra*. Consultado em 1, julho, 2014. Disponível em http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/NHPv2_PT_c
- Fortin, M.F. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Galasso, L.M.R. (2005). *Humor e Estresse no Trabalho: Fatores psicossociais estressores e benéficos no trabalho dos operadores de telemarketing*. (Dissertação de Doutorado não editada, Saúde Ambiental). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Brasil. Consultado em 31, agosto, 2015. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-15092011-103819/pt-br.php>
- Giovanetti, R.M. (2006). *Saúde e apoio social no trabalho: estudo de caso de professores da educação básica pública*. (Dissertação de Mestrado não editada, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, Brasil. Consultado em 31, agosto, 2015. Disponível em https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjABahUKEwj_Zy-uOXHAhWFWxoKHTA5DQ0&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F6%2F6134%2Ftde-25102006-105800%2Fpublico%2FGiovanetti_Saude_Apoio_Social_Trabalho_Professores_2006.pdf&usg=AFQjCNHIMI2jY4RtiHQRQ70ICq6GKtThBg

- Gollac, M. & Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. França: Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail. Consultado em 15, maio, 2015. Disponível em http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf
- Harvey, S.B., Joyce, S., Tan, L., Johnson, A., Nguyen, H., Modini, M., Grioth, M. (2014). *Developing a mentally healthy workplace: A review of the literature*. Austrália: National Mental Health Commission and the Mentally Healthy Workplace Alliance. Consultado em 20, abril, 2015. Disponível em http://www.headsup.org.au/docs/default-source/resources/developing-a-mentally-healthy-workplace_final-november-2014.pdf?sfvrsn=8
- Hunt, S.M., Mckenna, S.P., Mcewen, J., Backett, E.M., Williams, J. & Papp, E. (1980, junho). A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 34, 281-286. Consultado em 20, abril, 2015. Disponível em <http://jech.bmj.com/content/34/4/281.full.pdf>
- Institute of Medicine (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders*. Washington (DC): National Academies Press. ISBN: 0309049393. Consultado em 20, abril, 2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK236319/>
- Instituto Nacional de Estatística, 2010. *Classificação Portuguesa das Profissões*. Lisboa. Autor. ISBN 978-989-25-0010-2. Consultado em 20, abril, 2015. Disponível em <http://azores.gov.pt/NR/rdonlyres/2750F07D-9748-438F-BA47-7AA1F8C3D794/0/PPP2010.pdf>
- Instituto Português da Qualidade (2008). *Norma Portuguesa 4397: Sistemas de Gestão da segurança e saúde do trabalho. Requisitos*. Caparica: Autor. Consultado em 20, abril, 2015. Disponível em http://www.nortemedico.pt/download.php?path=pdf&filename=SRNOM_20120126092955_NP4397-2008.pdf
- International Labour Office (2012). *International Standard Classification of Occupations (ISCO)-08. Structure, group definitions and correspondence tables (Vol.1)*. Genebra: Autor. ISBN 9789221259534 (web print). Consultado em 9, setembro, 2015. Disponível em http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_172572.pdf
- Kovács, I. (2006, setembro). Novas formas de organização do trabalho e autonomia no trabalho. *Sociologia, problemas e práticas*, 52, 41-65. Consultado em 20, abril, 2015. Disponível em <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/1210/1/IK-SPP-532006.pdf>
- Martinez, M.C. & Paraguay, A.I.B.B. (2003, s/m). Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 6, 59-78. Consultado em 20, abril, 2015. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25851/27583>
- National Institute for Occupational Safety and Health (2009). *State of the Sector - Healthcare and Social Assistance*. Ohio: Autor. Consultado em 20, abril, 2015. Disponível em <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2009-138/pdfs/2009-138.pdf>

- National Institute for Occupational Safety and Health (2010). *Occupational Hazards in Home Healthcare*. Ohio: Autor. Consultado em 20, abril, 2015. Disponível em <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2010-125/pdfs/2010-125.pdf>
- National Institute for Occupational Safety and Health (2012). *Morbidity and disability among workers 18 years and older in the Healthcare and Social Assistance sector*. Ohio: Autor. Consultado em 20, abril, 2015. Disponível em <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2012-161/pdfs/2012-161.pdf>
- Neto, H.V., Areosa, J. & Arezes, P. (2014). *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho*. Porto: Civeri Publishing
- Noronha, A.S. (2005, s/m). Da insatisfação profissional ao burnout em trabalhadores autárquicos. *Interacções*, 9, 187-197. Consultado em 20, abril, 2015. Disponível em <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/191/197>
- Organização Internacional do Trabalho (2010). *Riscos emergentes e novas formas de prevenção num mundo de trabalho em mudança*. Genebra: Autor. ISBN 978-92-2-223343-4 (web pdf). Consultado em 20, abril, 2015. Disponível em http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/28abril_10_pt.pdf
- Paulos, C.I.F. (2009). *Riscos Psicossociais no Trabalho*. ISBN 9789896420666. Lisboa: Verlag Dashofer
- Pinto, P.C.A. (2009). *Bem-estar no trabalho um estudo com assistentes sociais*. (Dissertação de Mestrado não editada, Comportamento Organizacional). Instituto Universitário de Lisboa. Consultado em 20, abril, 2015. Disponível em <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/2109/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20BET.pdf>
- Pollett, H. (2007). *Mental Health Promotion: A Literature Review*. Canadá: Canadian Mental Health Association. Consultado em 20, abril, 2015. Disponível em <http://www.cmhanl.ca/pdf/Mental%20Health%20Promotion%20Lit.%20Review%20June%2018.pdf>
- Rebelo, F. (2004). *Ergonomia no dia a dia*. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN: 972-618-328-6.
- Reis, S.M. & Pissarra, J. (2014, abril). *Proatividade e clima de iniciativa enquanto preditores do desempenho individual na administração pública*. Comunicação apresentada no VIII Congresso Português de Sociologia, Évora. Consultado em 20, abril, 2015. Disponível em http://www.aps.pt/viii_congresso/VIII_ACTAS/VIII_COM0139.pdf
- Roxo, M.M. (2009). *Segurança e Saúde do Trabalho: Avaliação e Controlo de Riscos*. Coimbra: Almedina. ISBN: 978-972-40-2273-4.
- Stolk, C., Staetsky, L., Hassan, E., Kim, C.W. (2012). *Management of psychosocial risks at work: An analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER)*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union. ISBN 978-92-9191-735-8. Consultado em 20, abril, 2015. Disponível em <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/management-psychosocial-risks-esener>
- Uva, A.S., Serranheira, F. (2013). *Saúde, Doença e Trabalho: ganhar ou perder a vida a trabalhar?* Lisboa: Diário de Bordo. ISBN 978-989-8554-12-3.

World Health Organization (1995). *Global strategy on occupational health for all: The way to health at work*. Genebra: Autor. ISBN 95 I-802-07 1-X. Consultado em 15, maio, 2015. Disponível em http://www.who.int/occupational_health/publications/globstrategy/en/

World Health Organization (2012). *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors*. Genebra: Autor. Consultado em 15, maio, 2015. Disponível em http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf

APÊNDICE 1: FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Formulário de Consentimento Informado

Reconheço que os procedimentos de investigação me foram explicados e que me responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Advertiram-me das possibilidades quanto à participação neste estudo. Compreendo igualmente as vantagens que ocorrem da participação. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora ou durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o mesmo ou métodos utilizados. Asseguraram-me que os meus dados pessoais serão conservados de forma confidencial.

Compreendo que sou livre de a qualquer momento me retirar deste estudo sem que isso influencie a forma de ser tratado, no futuro, pela minha entidade empregadora.

Pelo presente documento, eu consinto participar plenamente neste estudo.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ___/___/_____