

Filipa Isabel Madeira Correia Teixeira

Factores de Risco Psicossocial em Cuidados Continuados Integrados

Orientadora: Professora Doutora Felipa Reis
Coorientadora: Professora Doutora Teresa Cotrim

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Lisboa
2014

Filipa Isabel Madeira Correia Teixeira

Factores de Risco Psicossocial em Cuidados Continuados Integrados

Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados Integrados, no Curso de Mestrado em Cuidados Continuados Integrados, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias.

Orientadora: Professora Doutora Felipa Reis
Coorientadora: Professora Doutora Teresa Cotrim

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Lisboa
2014

EPIGRAFE

*Adoramos a perfeição,
porque não a podemos ter;
repugná-la-íamos se a tivéssemos.
O perfeito é desumano porque o humano é imperfeito.*

DEDICATÓRIA

*«Ao meu filho Rafael,
que nasceu durante este trabalho de investigação e que abalou os alicerces da minha vida,
mas que lhe deu mais sentido e a tornou mais completa pela sua existência.»*

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Victor e Lidia Correia e ao meu marido Nuno Teixeira, pela motivação e estímulos desde o início até ao final deste trabalho de investigação.

Pela vossa paciência, apoio, preocupação, incentivo e amor, que me transmitiram para que eu não desistisse e continuasse.

À minha grande amiga Ana Rita Cavaco, que me ouviu tantas vezes falar desta Dissertação, e me ajudou com o seu carinho.

À minha Orientadora Dra. Felipa Reis, pelo tempo e orientações dados.

À minha Co-Orientadora, Dra. Teresa Cotrim pela sua disponibilidade, atenção, apoio e sabedoria, indispensáveis para que realizasse esta investigação da melhor forma.

Aos Profissionais da ASFE (L-Nostrum) que participaram nesta investigação, e que sem eles seria impossível realizar este trabalho, em especial à amiga Dra. Ana Rita Duarte.

À Direcção da ASFE (L-Nostrum) pela permissão à concretização deste estudo na Instituição.

RESUMO

Com o Decreto-Lei nº1001/2006, de 6 de Junho (DL101/2006) nasceu a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Portugal, para responder às necessidades de cuidados de saúde e apoio social.

Surge assim uma nova realidade laboral para os Profissionais de Saúde que integram as equipas de Cuidados Continuados Integrados.

A realização deste estudo teve como o principal objectivo perceber quais os Factores de Risco Psicossocial em Cuidados Continuados Integrados percebidos pelos Profissionais de Saúde.

Desenvolveu-se o estudo numa Unidade pertencente à Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI), com uma amostra composta por 31 Profissionais, onde foi aplicada a versão Portuguesa do Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Silva et al, 2012).

Da avaliação feita neste estudo percebeu-se que, o maior Risco Psicossocial a que estes Profissionais estão sujeitos é “ Exigências Emocionais”.

PALAVRAS-CHAVE

Cuidados Continuados Integrados, Profissionais de Saúde, Factores de Risco Psicossocial, COPSOQ.

«ABSTRAT»

With the Decree-Law n ° 1001/2006 of 6 June (DL 101/2006) was born the National Network of Integrated Care in Portugal (RNCCI), to meet the needs of health care and social support.

This lead to a new work reality for Health Professionals that comprise teams Integrated Continuous Care.

This study came up with the main objective to realize what Psychosocial Risk Factors were perceived by the Health Professionals in Integrated Continuous Care.

The study developed in a health unit belonging to the RNCCI, with a sample of 31 professionals and the Portuguese version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (C. Silva et al, 2012) was applied.

Evaluation performed in this study realized that the biggest Psychosocial Risk for Professionals is "Emotional Requirements".

«KEYWORDS»

Continuous Care, Health Professionals, Psychosocial Risk Factors, COPSOQ.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ARS- Autoridade Reguladora de Saúde

ACT- Autoridade para as Condições de Trabalho

ASFE- Associação de Socorro da Freguesia da Encarnação

CARIT- Comité dos Altos Responsáveis da Inspeção do Trabalho

CAS- Centro de Acção Social

CCI- Cuidados Continuados Integrados

COPSOQ - Copenhagen Psychosocial Questionnaire

CV - Convalescença

CST- Contrato Sem Termo

CPS- Contrato Prestação de Serviços

CTC- Contrato Termo Certo

DL- Decreto-Lei

DP- Desvio Padrão

EGA- Equipa de Gestão de Altas

ECL- Equipa Coordenadora Local

ECR- Equipa Coordenadora Regional

EU- União Europeia

EASHW- European Agency for Safety and Health at Work

HSE- Health and Safety Executive

ISS- Instituto da Segurança Social

IPSS- Instituição Particular de Solidariedade Social

LDM- Longa Duração e Manutenção

MDR- Media Duração e Reabilitação

NIOSH- National Institute of Occupational Safety and Health

OIT- Organização Internacional do Trabalho

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS- Serviço Nacional de Saúde

USA- United States of America

UCCI- Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Índice

EPÍGRAFE.....	2
DEDICATÓRIA	3
AGRADECIMENTOS.....	4
RESUMO	5
«ABSTRAT».....	6
SIGLAS E ABREVIATURAS.....	7
Índice de Figuras	10
Índice de Imagens	10
Índice de Tabelas.....	11
INTRODUÇÃO	12
1.1 <i>Justificação e Importância do tema</i>	13
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
1.Os Cuidados Continuados Integrados	15
1.1 <i>Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados</i>	18
1.2 <i>Unidades de Internamento</i>	20
1.3 <i>Unidades de Dia e Promoção da Autonomia</i>	25
1.4 <i>Equipas de CCI</i>	25
1.5 <i>Equipas Comunitárias de suporte em Cuidados Paliativos</i>	26
2.Equipa Interdisciplinar	26
2.1 <i>Profissionais da equipa de saúde em CCI</i>	30
2.1.1 <i>Médico</i>	30
2.1.2 <i>Enfermeiro</i>	31
2.1.3 <i>Fisioterapeuta</i>	31
2.1.4 <i>Terapeuta da Fala</i>	32
2.1.5 <i>Terapeuta Ocupacional</i>	32
2.1.6 <i>Tecnico de Serviço Social</i>	33
2.1.7 <i>Dietista</i>	33
3.Fatores de Risco Psicossociais	34
3.1 <i>Prevenção e Gestão de Riscos Psicossociais</i>	45
4.Copenhagen Psychosocial Questionnaire.....	47
METODOLOGIA	49
1.Objectivos	49
1.1 <i>Objetivo Geral</i>	49
1.2 <i>Objetivos Específicos</i>	49

2.Tipo de Estudo	49
3.Questões de Investigação	50
4.Contexto Organizacional da Investigação.....	51
6.Caracterização da Amostra	53
7.Recolha de dados.....	54
7.1Instrumento de recolha de dados COPSOQ.....	54
7.2Procedimentos Éticos e legais na recolha de dados	56
7.3Tratamento dos Dados	57
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	58
1.Consistencia do Instrumento.	58
2.Caracterização Sociodemográfica e de Factores Relacionados com o Trabalho	59
3.Classificação das subescalas COPSOQ.....	62
4.Classificação das Subescalas COPSOQ em função das Variáveis Sociodemográficas e Factores Relacionados com o Trabalho	63
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	73
CONCLUSÕES.....	78
BIBLIOGRAFIA.....	81
Bibliografia Referenciada:	81
Suporte Electrónico Consultado/Referenciado:	85
ANEXOS.....	I
ANEXO I- Carta de Apresentação	I
ANEXO II: Questionário Aplicado + COPSOQ.....	III
ANEXO III- Consentimento Informado	IX
ANEXO IV: Outputs SPSS	XII

Índice de Figuras

Figura1:Diagrama de Sintetização da organização da RNCCI.....	19
Figura2:Dez riscos Psicossociais emergentes.....	39
Figura3:Relação entre acontecimentos da vida, características e estados psicológicos e alterações imunológicas.....	44

Índice de Imagens

Imagem 1:Edifício ASFE (L-Nostrum).....	52
Imagem 2: Interior do Edifício ASFE(L-Nostrum).....	53

Índice de Tabelas

Tabela1: Valores de Consistência Interna.....	58
Tabela2: Características Sociodemográficas e de Factores relacionados com o Trabalho.....	61
Tabela3: Valor Critico acima de 3,66.....	62
Tabela4: Valor Positivo acima de 3,66.....	63
Tabela 5: Distribuição segundo o Género.....	66
Tabela 6: Correlação do COPSQ com a Idade.....	67
Tabela 7: Correlação do COPSQ com os Anos de Trabalho.....	69
Tabela 8: Correlação do COPSQ com a Fadiga.....	72

INTRODUÇÃO

Em Portugal, e no resto da Europa, o perfil demográfico alterou-se. A pirâmide etária sofreu uma inversão e a população está cada vez mais envelhecida.

Com este envelhecimento surgiram novos desafios no que respeita aos cuidados de saúde e também às necessidades sociais, os novos doentes são pessoas mais envelhecidas, com patologias crónicas que tendem para a incapacidade e dependência.

Perante os factos foi criada em Portugal a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), segundo o *Decreto-lei 101/2006 de 6 de Junho*.

Foi criada como sendo um novo modelo organizacional, construída numa parceria entre os Ministérios da Solidariedade Social e da Saúde, a RNCCI é formada por instituições públicas e privadas que prestam cuidados de saúde e apoio social.

Tem como principal objectivo a promoção de cuidados integrados a pessoas em situação de dependência e com limitação ou perda de autonomia.

A filosofia base da RNCCI é a integração e recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia, melhorando a funcionalidade dentro da sua condição.

A RNCCI é coordenada a nível regional e a nível local e é financiada pelo Orçamento de Estado e ainda pelos jogos sociais (Santa Casa da Misericórdia) e pelos próprios utentes. A sua implementação foi dividida em 3 fases, a primeira 2006-2009 pretendia alcançar 30% de cobertura no País, a segunda fase entre 2010- 2012 visava atingir uma cobertura de 60% e a terceira e última 2013-2016 100% de cobertura. Com a criação da RNCCI, surgiu uma nova e diferente realidade laboral.

Esta investigação surge no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados Integrados (CCI), pretendemos estudar aspectos específicos relacionados com esta nova realidade laboral.

Este estudo está organizado em sete capítulos e são abordados temas como os cuidados continuados integrados, a equipa interdisciplinar, os factores de risco psicossocial e Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ).

O estudo foca os factores de risco psicossocial em Cuidados Continuados Integrados (CCI), e a percepção desses riscos por parte dos profissionais de saúde.

Neste contexto proceder-se-á à descrição da RNCCI, à descrição da equipa de saúde e do trabalho em equipa, à caracterização dos factores de risco psicossocial, à exploração destes na realidade dos Cuidados Continuados, e destes em função das variáveis sociodemográficas e dos factores relacionados com as condições de trabalho.

Espera-se, com esta investigação, que haja uma contribuição para a promoção da saúde, segurança, bem-estar e satisfação dos profissionais de saúde integrantes em Unidades de Cuidados Continuados.

É importante referir que se optou por não utilizar o novo acordo ortográfico ao longo da Dissertação.

1.1 Justificação e Importância do tema

A escolha do tema é uma etapa fundamental da investigação, visto que é sobre o tema escolhido que se vai desenvolver todo o trabalho, sendo que todas as etapas se encontram dependentes e interligadas ao tema.

Com este projecto, pretende-se investigar quais os Factores de Risco Psicossocial percebidos, em CCI.

Para tal, definiu-se como objecto do estudo, a equipa de saúde integrante na Unidade de CCI.

A justificação para a escolha do tema da investigação em causa, prende-se com vários factores, primeiramente por esta ser uma temática pouco estudada na realidade da RNCCI, mas não só, considerando as alterações laborais globais e especificamente em saúde, e com o surgimento de riscos psicossociais emergentes, como sendo uma questão importante para toda a EU, achamos pertinente explorar esta problemática na realidade dos cuidados continuados.

Outro factor importante para o desenvolvimento desta investigação foi o facto de em 2012, a Autoridade para as Condições de Trabalho (ACT), desenvolver uma campanha para a

avaliação dos riscos psicossociais em saúde, campanha essa que decorreu em vários Hospitais.

Espera-se assim perceber quais os Factores de Risco Psicossocial, para que avaliando os mesmos possamos futuramente intervir, em campo, de forma directa na mudança da prática diária, com o objectivo de melhoria, aumento da motivação profissional e aumento da qualidade dos cuidados prestados.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.Os Cuidados Continuados Integrados

A RNCCI esta organizado de uma forma especifica, composta por Unidades e Equipas que se interligam em REDE.

Unidades de Internamento: Unidades de Convalescença, Unidades de Média duração e Reabilitação, Unidades de Longa Duração e Unidades de Cuidados Paliativos;

Unidades de Ambulatório: Unidades de dia e de promoção de autonomia;

Equipas Hospitalares: Equipas de Gestão de Altas e equipas intra-hospitalares de suporte aos cuidados paliativos;

Equipas Domiciliarias: Equipas de cuidados continuados integrados e equipas comunitárias de suporte aos cuidados paliativos.

A filosofia da RNCCI assenta nas prioridades do “cuidar e reabilitar”, o que implica alterações quer por parte das instituições como por parte dos profissionais, isto para que sejam prestados cuidados com qualidade, qualidade esta que está sem dúvida ligada à prática diária desenvolvida pelos profissionais de cada equipa pertencente à RNCCI.

Entende-se que, para que se desenvolva um trabalho de equipa com qualidade é importante que a articulação dos vários profissionais ocorra de forma adequada, mas que cada profissional desenvolva também o seu trabalho individual de forma bem-sucedida, para assim corresponder às suas expectativas individuais, profissionais mas também da equipa e instituição a que pertence, e num universo maior, para que a RNCCI funcione da melhor forma.

Para que tal aconteça devem estar reunidas condições que promovam a satisfação individual, a saúde ocupacional e a minimização de barreiras e riscos profissionais.

A realidade não só em Portugal mas em toda a União Europeia (EU), é que diferentes filosofias de trabalho bem como mudanças significativas no mundo do trabalho em geral resultaram no surgimento de riscos psicossociais, que têm sido identificados como um grande desafio para a saúde, segurança e bem-estar nos locais de trabalho.

Os riscos psicossociais, especificamente na realidade da saúde e dos CCI, numa análise profunda afectam cada indivíduo, o seu desempenho, a articulação da equipa e a sua actuação o que poderá comprometer a qualidade na prestação de cuidados.

Em resposta a esta problemática o Comitê dos Altos Responsáveis da Inspeção do Trabalho (CARIT) com representantes da UE, acordaram quanto ao desenvolvimento de uma campanha sobre as questões psicossociais, a ser desenvolvida em Portugal pela Autoridade para as Condições de Trabalho (ACT), esta campanha pretendia promover a avaliação dos riscos psicossociais nos locais de trabalho e incrementar a melhoria da qualidade das avaliações de Risco existentes (www.act.gov.pt).

Segundo dados da ACT, em 2007 cerca de 8% dos trabalhadores Portugueses afirmaram ter desenvolvido vários problemas de saúde relacionados com o trabalho e cerca de 50% destes levaram ao absentismo (www.act.gov.pt).

Os CCI surgem em Portugal devido ao alinhamento de diversos factores, nomeadamente o aumento da esperança média de vida, a mudança dos hábitos de vida e das dinâmicas sociais e familiares, que trouxeram novas exigências de respostas para novos problemas e novas condições de saúde e de doença.

Em Portugal, e segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), 19% da população do nosso País é idosa, com 65 anos ou mais, sendo que por cada 100 jovens existem 129 idosos, com um índice de envelhecimento de 129, significativamente maior que em 2001, cujo índice era 102 (INE-censos2011).

Será também importante referir que o nível de dependência total aumentou de 48 para 52, o que significa que por cada 100 indivíduos em idade activa existem 52 dependentes, estes resultados prendem-se com o aumento do índice de dependência de idosos (INE-censos 2011).

Percebemos assim o aumento das situações de dependência, cronicidade e ainda incapacidade, mas também, relevantes alterações dos comportamentos sociais e familiares, o que vem exigir novas abordagens quanto aos cuidados continuados de saúde.

Antecipando esta tendência e esta realidade são criados os cuidados continuados integrados, através de uma Rede de Cuidados e Cuidadores (RCC) que dê respostas aos novos problemas.

Em Portugal essas respostas “(...) *devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar(...)*” (D.L.101/2006 de 6 de Junho).

A abordagem deve promover “ (...) *a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades (...)*” (D.L.101/2006 de 6 de Junho).

Tendo em conta todos estes factos e factores criou-se um modelo de intervenção integrado, com uma perspectiva holística do individuo, em que se olha para o doente e não para a doença, é um modelo da “ (...) *saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador (...)*” (D.L.101/2006 de 6 de Junho).

Esta nova fórmula de cuidados traduz-se em 2006 na criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados “(...) *constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços distritais e locais da Segurança Social, a Rede Solidária e as Autarquias locais(...)*” (D.L.101/2006 de 6 de Junho), numa articulação entre o Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

Portugal definiu assim Cuidados Continuados Integrados como “(...) *o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social(...)*”(D.L.101/2006 de 6 de Junho).

1.1 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Segundo o Manual do Prestador (RNCCI 2011), a RNCCI tem por missão **prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência**, a qual se concretiza através da melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência; através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; da manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; no apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação; na melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; no apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados; na articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação; na prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados.

A Missão da RNCCI vem assim dar resposta ao conjunto de pressupostos internacionais definidos para o desenvolvimento dos CCI, que passam pela emergente necessidade de diminuir internamentos desnecessários e o recurso às urgências por falta de acompanhamento continuado; a redução do reinternamento hospitalar ou internamento de convalescença dos idosos; a redução do número de altas hospitalares tardias (i.e. acima da média de internamento definida); o aumento da capacidade da intervenção dos serviços de saúde e apoio social ao nível da reabilitação integral e promoção da autonomia; disponibilização de melhores serviços para o apoio continuado às pessoas em situação de fragilidade ou com doença crónica; disponibilização de melhores serviços de apoio à recuperação da funcionalidade e continuidade de cuidados pós-internamento hospitalar; flexibilização da organização e do planeamento dos recursos numa base de sistema local de saúde, através da identificação, pormenorizada, das necessidades de cuidados da população, a nível regional; maior eficiência das respostas de cuidados agudos hospitalares. (RNCCI, 2011)

A RNCCI vem preencher um espaço entre o internamento hospitalar e a comunidade, e estabelece-se com uma organização distinta.



Figura 1: Diagrama de síntese da organização da RNCCI.

Fonte: Manual do Prestador, 2011.

A coordenação da RNCCI é feita “(...)a nível nacional, sem prejuízo da coordenação operativa, regional e local. A coordenação da rede aos níveis regional e local visa a sua operacionalização em dois níveis territoriais permitindo, desta forma, uma articulação dos diferentes níveis de coordenação da rede, garantindo flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas que a compõem”(www.rncci.min-saude.pt.)

A nível regional, a coordenação da Rede é assegurada por cinco equipas constituídas, de modo multidisciplinar, por representantes das administrações regionais de saúde (ARS) e dos centros distritais de segurança social, nos termos definidos no Despacho Conjunto n.º 19040/2006, dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde (www.rncci.min-saude.pt).

A equipa coordenadora regional (ECR) é “ (...) dimensionada em função das necessidades e dos recursos existentes e constituída por profissionais com conhecimentos e experiência nas áreas de planeamento, gestão e avaliação (...)”(rncci.min-saude.pt.).

Estas equipas estão organizadas e sedeadas nas ARS de todo o País: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, têm como principais responsabilidades, divulgar a informação à população sobre a RNCCI, analisar propostas para integrar a RNCCI,

acompanhar e controlar a execução financeira, garantir a qualidade dos cuidados prestados, monitorizar e controlar a actividade prestada, garantir a equidade e adequação no acesso à RNCCI, adequar formação dos profissionais, é também de sua responsabilidade o plano regional de implementação e previsão orçamental e ainda garantir a articulação entre entidades e parceiros (www.rncci.min-saude.pt.).

Por outro lado, existem as Equipas Coordenadores Locais (ECL), formadas nos vários Concelhos do País. As ECL são equipas multidisciplinares, com elementos representantes da ARS e do ISS, ” (...) *devendo integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um assistente social e, sempre que necessário, um representante da autarquia local, designado pelo respectivo presidente da Câmara Municipal*”(www.rncci.min-saude.pt.).

É da responsabilidade das ECL Assegurar a articulação das unidades e equipas ao nível local, apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos, assumir os fluxos de referência dos utentes na RNCCI, actualizar o sistema de informação da RNCCI, assegurar a preparação de altas, apoiar e acompanhar a utilização dos recursos da RNCCI e ainda promover parcerias para a prestação de CCI (www.rncci.min-saude.pt.).

Estas equipas regem-se pelo Despacho conjunto n.º 19040/2006 dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde (www.rncci.min-saude.pt.).

1.2 Unidades de Internamento

Quanto às Unidades de Internamento, estas são compostas por equipas interdisciplinares, que variam conforme a sua tipologia.

Unidades de Convalescença, com períodos de internamento até 30 dias consecutivos,

“ (...) unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição se articulada com hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequencia de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico (...)”(artigo 3º D.L. nº101/2006, 6 de Junho)

As unidades de convalescença, pretendem dar aos seus utentes estabilização clínica e funcional, reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia, potencialmente

recuperável, mas que esta numa fase de recuperação em que não exige assistência hospitalar de agudos (www.rncci.min-saude.pt.; D.L. nº101/2006, 6 de Junho).

Estas unidades pretendem responder às necessidades transitórias, como a promoção da reabilitação e independência, contribuir para gestão de altas hospitalares, diminuir a permanência desnecessária nos Hospitais de agudos, e ainda otimizar a utilização de unidades de internamento de média e longa duração (www.rncci.min-saude.pt.; D.L. nº101/2006, 6 de Junho).

No fundo destinam-se ao tratamento de estádios pós agudos, mas que apresentam ainda necessidade de recuperação intensiva, quer no âmbito da reabilitação pós internamente hospitalar, como assistência à agudização de doença crónica (www.rncci.min-saude.pt.; D.L. nº101/2006, 6 de Junho).

Os internamentos nesta tipologia, pretende-se que sejam até 30 dias consecutivos.

Os serviços prestados em unidades de convalescença, passam por cuidados médicos permanentes, cuidados de enfermagem permanentes, cuidados de fisioterapia, e avaliação fisiátrica semanal, apoio psicossocial, serviços de higiene, conforto e alimentação, o que leva ao apoio de dietista em tempo parcial, actividades e tempo de convívio e lazer (www.rncci.min-saude.pt.; D.L. nº101/2006, 6 de Junho).

Os cuidados prestados nestas unidades não exigem o rigor tecnológico presente nos hospitais de agudos, no entanto há requisitos mínimos, como a observação médica diária e revisão do plano terapêutico, disponibilidade dos cuidados de enfermagem permanente e ainda a disponibilidade para a reabilitação por parte de fisiatra, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e outros se necessário (terapeuta da fala), apoio permanente de pessoal auxiliar, e ainda articulação com hospital de referencia (rncci.min-saude.pt.; D.L. nº101/2006, 6 de Junho).

Segunda a mesma fonte, a equipa das Unidades de Convalescença, para um mínimo de 30 camas, na sua forma básica, é constituída por:

- Médicos (sendo 1 Fisiatra);
- Enfermeiros (sendo um preferencialmente de reabilitação);
- Fisioterapeuta;
- Dietista;

- Auxiliares de Acção Médica
- Técnico de Serviço Social;
- Assistentes Administrativos.

Unidades de Média Duração e Reabilitação,

“ (...) unidade com espaço físico próprio, que se articula com hospital de agudos para prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, aos indivíduos com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável” (artigo 13º D.L. 101/2006, 6 de Junho).

As Unidades de Média Duração e Reabilitação, pretendem dar aos seus utentes estabilização clínica e reabilitação integral, com objectivos específicos que passam pelo mínimo de permanência nos hospitais de agudos, contribuir também para a gestão de altas, minimizar a utilização desnecessária das tipologias de convalescença e longa duração, e principalmente promover a reabilitação e independência dos utentes (rncci.min-saude.pt.; D.L. nº101/2006, 6 de Junho).

Os internamentos neste tipo de unidade estão previstos para períodos superiores a 30 dias e inferiores a 90 dias consecutivos, por cada admissão (www.rncci.min-saude.pt.; D.L. nº101/2006, 6 de Junho).

Esta tipologia está direccionada aos utentes que necessitem de cuidados integrados em internamento, mas que não sejam tecnologicamente diferenciados, e que provenham de outras tipologias da RNCCI, instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social (www.rncci.min-saude.pt.; D.L. nº101/2006, 6 de Junho).

Dentro desta tipologia há ainda as unidades de dia que são destinadas a utentes que se encaixem no perfil acima mencionado, mas que em termos clínicos e sociofamiliares lhes é possível a permanência no domicílio, com a prestação de cuidados em regime de dia (www.rncci.min-saude.pt.; D.L. nº101/2006, 6 de Junho).

As unidades de Média Duração e Reabilitação centram-se na reabilitação, manutenção e apoio social do utente, para que este se reintegre física e socialmente no seu quotidiano, com melhoria na autonomia (www.rncci.min-saude.pt.; D.L. nº101/2006, 6 de Junho).

São para isso desenvolvidos treinos cognitivos, sensoriais e motores, e ainda atividades socio-ocupacionais, recorrendo para isso à presença médica no mínimo 2 vezes por semana, enfermagem diária, serviços de reabilitação diários (www.rncci.min-saude.pt.; D.L. nº101/2006, 6 de Junho).

É de acrescentar, e segundo a mesma fonte, esta tipologia conta como equipa com :

- Médico;
- Enfermeiro;
- Fisioterapeuta;
- Terapeuta Ocupacional em tempo parcial;
- Psicólogo Clínico em tempo parcial;
- Nutricionista em tempo parcial;
- Auxiliares de Acção Médica;
- Técnico de Serviço Social;
- Outros (voluntários, prestadores informais de cuidados, pessoal com perfil profissional que garanta o funcionamento dos componentes logísticos da unidade).

Unidades de Longa Duração, são unidades

“(...) de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio” (artigo 3º D.L. nº101/2006, 6 de Junho).

Têm por finalidade prestar e proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento de dependência, dando ênfase ao conforto e melhoria da qualidade de vida, em períodos de internamento superiores a 90 dias consecutivos, podendo no entanto ser feito internamento, em períodos inferiores, em que seja justificada a necessidade, quer por

dificuldades no apoio familiar ou por descanso do cuidador, perfazendo estes internamentos intermitentes um total de 90 dias anuais (www.rncci.min-saude.pt.; D.L. nº101/2006, 6 de Junho).

Neste tipo de unidades, pretende-se não só facilitar a gestão de altas dos hospitais de agudos mas também atender às necessidades sociais dos doentes e da sua autonomia (www.rncci.min-saude.pt.; D.L. nº101/2006, 6 de Junho).

Destinam-se ao utentes em situação de dependência, que por razões patológicas ou inerentes à idade necessitem de cuidados continuados integrados, nomeadamente reabilitação manutenção e apoio social e tal como os utentes das unidades de media duração e reabilitação, podem ser provenientes de outras respostas da REDE, de outras instituições de saúde e segurança social ou ainda do domicílio (www.rncci.min-saude.pt.; D.L. nº101/2006, 6 de Junho).

A equipa integrante nesta tipologia é constituída por (www.rncci.min-saude.pt.; D.L. nº101/2006, 6 de Junho):

- Médico;
- Enfermeiro;
- Fisioterapeuta a tempo parcial;
- Terapeuta ocupacional a tempo parcial;
- Psicólogo clínico a tempo parcial;
- Nutricionista a tempo parcial;
- Auxiliares de Acção Médica;
- Técnico de Serviço Social;
- Outros (voluntários, prestadores informais de cuidados, pessoal com perfil profissional que garanta o funcionamento dos componentes logísticos da unidade).

Unidades de Cuidados Paliativos, “ (...) presta acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrente de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva (...)” (nº1 do artigo 19º do D.L. 101/2006, 6 de Junho).

Preferencialmente estas Unidades devem estar inseridas em Hospitais, com espaço físico próprio, para que desta forma haja acompanhamento adequado, tratamento e supervisão clínica (www.rncci.min-saude.pt).

A admissão nas Unidades de Internamento da RNCCI é feita por duas proveniências distintas, uma através do Hospital onde o utente se encontra internado, em que é contactada a EGA do hospital de internamento, que pertence ao SNS que por sua vez faz a referenciação para a RNCCI (www.rncci.min-saude.pt; D.L. n.º101/2006, 6 de Junho).

O processo de referenciação consiste numa avaliação, da necessidade de CCI que resulta num diagnóstico da situação do doente relativamente à sua dependência com o parecer médico e a avaliação de enfermagem e da assistência social (www.rncci.min-saude.pt; D.L. n.º101/2006, 6 de Junho).

Posteriormente a este diagnóstico a EGA envia o pedido para a ECL da área de residência do utente, que por sua vez terá a responsabilidade de validar a referenciação (www.rncci.min-saude.pt; D.L. n.º101/2006, 6 de Junho).

A outra proveniência é o domicílio, em que, através do centro de saúde, e das equipas referenciadoras é feita a proposta de ingresso na RNCCI à ECL (www.rncci.min-saude.pt; D.L. n.º101/2006, 6 de Junho).

Em regime ambulatorio, a RNCCI divide-se em Unidades de Dia e Promoção da Autonomia, e em Equipas de Resposta Domiciliária que se subdividem em Equipas de Cuidados Continuados e Equipas de Suporte em Cuidados Paliativos (rncci.min-saude.pt; D.L. n.º101/2006, 6 de Junho).

1.3 Unidades de Dia e Promoção da Autonomia

As Unidades de Dia e Promoção da Autonomia, “ *Prestam cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatorio, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para ser cuidadas no domicílio*” (n.º 1 do Art. 21.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

1.4 Equipas de CCI

Quanto às Equipas de Cuidados Continuados Integrados na área da resposta domiciliária, caracterizam-se por ser,

“Equipas multidisciplinares da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, que prestam serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do domicílio”(n.º 1 do Art. 27.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

1.5 Equipas Comunitárias de suporte em Cuidados Paliativos

As Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos são *“equipas multidisciplinares que prestam apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos”* (n.º 2 do Art. 29.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

2. Equipa Interdisciplinar

Em resposta às exigências actuais, e às previsões futuras, e a título de exemplo em 2030, só na Alemanha os indivíduos dependentes de cuidados subiram para mais de 3 milhões que as actuais, como mencionam Nubling et al (2012), as instituições de saúde foram forçadas a reorganizar-se de forma a alterar métodos de trabalho, incorporar os avanços tecnológicos, fazer frente às exigências económicas, reduzir profissionais, nomeadamente os menos qualificados ou excedentes, investir na formação, alterar espaços físicos, tudo com o principal objectivo de aumentar a qualidade dos serviços sem descorar a produção, mas aumentando a satisfação do utente/cliente.

No fundo as políticas de saúde actuais lançam desafios para a mudança na prestação de cuidados, o que exige por parte dos profissionais de saúde maior adaptabilidade e flexibilidade, autonomia e criatividade.

Passou-se sem dúvida a valorizar o desempenho colectivo, o que dá ênfase ao trabalho de equipa, como recurso para responder às novas exigências globais. Mas será importante referir que a relação entre as organizações de saúde e as suas equipas é de alguma forma complexa, talvez o primeiro grande desafio desta relação incida na convivência social e no ambiente de trabalho, Pinho (2006) refere até que são diversos os obstáculos que dificultam a melhoria do desempenho colectivo, nomeadamente a contradição que por vezes surge no discurso organizacional, em que por um lado se valoriza e apela à importância de cada funcionário mas que por outro lado facilmente o substitui.

Mas falar de trabalho de equipa é falar de qualidade de prestação de cuidados, e este é um tema de extrema importância, nomeadamente na realidade dos CCI.

Segundo Covita et al, (2011) alguns dos valores essenciais e prioritários para o sucesso da missão para os CCI, são a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados, bem como a eficiência e qualidade na prestação de cuidados.

Acrescenta ainda que trabalhar em equipa é mais do que um conjunto de profissionais a trabalhar juntos, vai para além do conjunto, integra o modo de articulação, de forma funcional de cada um dos elementos.

Segundo Lopes (2006), no verdadeiro trabalho em equipa a função de cada elemento está funcionalmente implicada no resultado final de um trabalho e na sua qualidade.

A mesma autora refere que a responsabilidade de cada profissional não se restringe à concretização, mas vai mais além, passa pela avaliação e reajustamento tendo sempre em mente o objectivo final.

A responsabilidade de cada elemento da equipa passa de ser individual, focada apenas nos procedimentos inerentes à sua profissão e aos papéis individuais do profissional, para uma expansão da sua responsabilidade, de forma a manter a articulação funcional essencial à optimização dos resultados.

Segundo Robbins, referido por Pinho (2006), a equipa de trabalho na sua generalidade tem a capacidade de melhorar o desempenho individual, quando a tarefa exigida requer múltiplas habilidades, avaliações e experiencias, pelo facto de serem mais flexíveis, adaptando-se melhor à mudança.

Outro ponto de relevância abordado por Lopes (2006), é o facto da especialização dentro da saúde, que é cada vez mais evidente, e traz sem dúvida benefícios à evolução dos recursos e técnicas bem como construção de novos saberes, no entanto estas especializações trazem também uma fragmentação e descontinuidade na prestação de serviços/ cuidados de saúde. A especialização, ao não ser articulada dentro de uma equipa de saúde orgânica, leva a que cada profissional se centre apenas numa parte do doente, transformando o doente em várias partes de doença pertencentes a diferentes profissionais.

Para Pinho (2006) os fundamentos para a construção de uma equipa em geral são: o desempenho colectivo, responsabilidade colectiva, tomada de decisão colectiva e uso de habilidades e conhecimentos complementares. Mas verifica-se que nas equipas de saúde existem outros factores que abalam esta estrutura idílica, nomeadamente a dominância de um discurso particular, resultando na exclusão individual e na falta de confiança interprofissional resultante de relações de poder entre as várias profissões.

A equipa de saúde na sua forma generalizada, e em específico nos cuidados continuados integrados deve abraçar o todo, ganhando em qualidade através dos diferentes olhares sobre o mesmo fenómeno.

Hall e Weaver, citados por Pinho em 2006, referem que uma verdadeira equipa é organizada para resolver um conjunto de problemas comuns, onde cada membro poderá sempre contribuir com o seu conhecimento e habilidade para aumentar e apoiar as contribuições dos outros. Os membros da equipa devem preservar as suas funções especializadas mantendo uma linha de comunicação, colocando-se a eles próprios num *continuum* de interacções e responsabilidades.

As equipas de saúde, no seu método de actuação podem diferenciar-se, segundo Drinka (2000), referenciada por Pinho (2006), em vários métodos de trabalho, nomeadamente, método multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, no entanto parece existir uma ligação nestes três métodos de actuação, pelo que se constata que um evolui partindo do anterior.

Para Drinka (2000), o método multidisciplinar, de trabalho em equipa consiste num grupo, formado por vários profissionais de saúde, cujo contributo é dado de forma singular para um todo, o que difere do método interdisciplinar, este sim mais interactivo e integrado, onde ocorre um partilhar de responsabilidades e troca de saberes e opiniões. Goldim, (2006) reforça esta ideia referenciando Valdemarina (1996), interdisciplinaridade existe quando há interacção de pessoas, é necessária troca de saberes e opiniões, e são necessárias também as condições ideais, nomeadamente a existência de uma linguagem comum, objectivos comuns e o reconhecimento da necessidade de considerar as diferenças existentes entre os vários elementos.

É importante que haja também um domínio dos conteúdos por parte de cada participante na equipa.

Assim é perceptível que o trabalho multidisciplinar se completa com a interdisciplinaridade, esta ideia é reforçada por Neves (2012), que afirma, que a multidisciplinaridade do trabalho em saúde é uma conjugação dos vários saberes disciplinares na compreensão dos problemas de saúde e na parceria nos processos decisórios, a autora afirma ainda que, existe uma aprendizagem interdisciplinar, e que este método de trabalho exige colaboração, interacção e negociação entre os membros, desenvolvendo-se assim as interligações e construindo-se um método interdisciplinar de trabalho em equipa.

Esta interdisciplinaridade criada, exige um olhar transversal sobre os vários contributos, revelando um contributo ainda maior para o entendimento do ser humano, do doente.

Neves (2012) acrescenta que só este formato de equipa poderá potenciar o desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional, o que levará a uma melhor resolução de problemas em rede, chegando ao potencial máximo de cada profissional de saúde, e alcançando a transdisciplinaridade, que se define então como sendo “(...) *a capacidade de produzir e usar de forma adequada e efectiva o conhecimento, num projecto de construção participada dos cuidados(...)*”.

Em cuidados continuados integrados, e segundo o relatório de monitorização para o desenvolvimento da RNCCI (2007, 2008), e de acordo com a própria filosofia para os CCI, as equipas de trabalho são interdisciplinares, e poderão tornar-se transdisciplinares.

Esta ideia é reforçada por Tavares (2010), que afirma que os valores chave na RNCCI passam pelo trabalho em equipa e a transdisciplinaridade.

Galvan (2007) revela até que a transdisciplinaridade cria uma nova dinâmica de trabalho, na medida em que a coordenação é assegurada pelo fim em comum, em que existe uma horizontalização do poder, criando-se um novo campo de saberes e práticas, quer ao nível teórico como metodológico, mais autónomo relativamente às diferentes disciplinas que constituem o todo.

Em CCI, e segundo o descrito no Manual do Prestador em CCI (2011), a intervenção da equipa em fundamenta-se em três princípios a Reabilitação, Readaptação e Reinserção.

Para que estes princípios sejam a base de intervenção, o Manual sugere que é necessário que haja uma avaliação multidisciplinar do utente; promoção da autonomia do

utente (através do plano individual de cuidados e capacitação do cuidador informal); acompanhamento e avaliação contínua e revisão do plano de cuidados.

O Doente, em CCI, deve ser o centro de todas as intervenções, através do Plano Individual de Intervenção. A avaliação multidisciplinar deve também ser centrada no doente, visando a personalização de cuidados, e considerando-o em todas as suas dimensões.

A prestação de cuidados em RNCCI, segundo a sua filosofia e a descrição feita no manual do prestador, elaborada pela Unidade de Missão em CCI, deve ser a melhor possível e disponível, recorrendo à evidência científica e perícia profissional, sem nunca esquecer as expectativas do doente e da sua família/cuidadores informais.

A acção da equipa multidisciplinar deve ser *equitativa, responsável e pró-activa* para que seja prevenida a dependência por parte dos utentes ou que seja retardada, deve ser uma acção *personalizada*, na medida em que o doente deve ser visto no seu contexto pessoal, familiar e social, *dinâmica* num permanente reajuste dos cuidados e apoio social, e deve ainda ser uma acção *eficiente e baseada na evidência*. (Manual do Prestador 2011)

2.1 Profissionais da equipa de saúde em CCI

2.1.1 Médico

Segundo o artigo 9º do Decreto-lei 177/2009 de 4 de Agosto, publicado em Diário da Republica 1ª serie nº149, médico é :

“ (...) o profissional capacitado para o diagnóstico, tratamento, prevenção ou recuperação de doenças ou outros problemas de saúde, e apto a prestar cuidados e a intervir sobre os indivíduos, conjuntos de indivíduos, tendo em vista a protecção, melhoria ou manutenção do seu estado e nível de saúde. (...) O médico exerce a sua actividade com plena responsabilidade profissional e autonomia técnico-científica, através do exercício correcto das funções assumidas, coopera com outros profissionais cuja acção seja complementar à sua e coordena as equipas multidisciplinares de trabalho constituídas (...)”.

Os deveres funcionais destes profissionais estão também descritos, e passam por respeitar o direito a protecção da saúde dos utentes e da comunidade, esclarece-los sobre os cuidados prestados e a prestar. (D.L. nº177/2009 de 4 de Agosto)

Devem desempenhar a sua profissão com zelo e diligência, assegurando o trabalho em equipa, para que seja assegurada a continuidade e qualidade dos cuidados, respeitando sempre os princípios éticos e deontológicos. (D.L. nº177/2009 de 4 de Agosto)

Devem colaborar com todos os intervenientes no trabalho de prestação de serviços de saúde, promovendo a cooperação, respeito e reconhecimento mútuo. (D.L. nº177/2009 de 4 Agosto)

2.1.2 Enfermeiro

Segundo o definido em Decreto-lei 161/96 de 4 de Setembro, o Enfermeiro tem como principal objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente ao longo do ciclo vital, para que haja uma melhoria ou recuperação da saúde de forma a que cada individuo consiga atingir o máximo da sua capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível.

Ainda segundo o D.L. 161/96 artigo 5º, os cuidados de enfermagem são caracterizados por terem o seu fundamento na interacção entre o utente, família grupos e comunidade; estabelecerem relação de ajuda com o utente, utilizarem metodologia científica na identificação dos problemas de saúde, na formulação do diagnóstico de enfermagem, na execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem e na avaliação da prestação dos mesmos bem como a sua reformulação.

Actuam substituindo ou completando a competência funcional do utente, orientando a aquisição de estilos de vida saudáveis e recuperação da saúde, introduzindo ao longo do processo as correcções necessárias, encaminhando e orientando para outros recursos de saúde promovendo assim a intervenção de outros técnicos de saúde (D.L. nº161/96 artigo 5º).

2.1.3 Fisioterapeuta

A actividade profissional dos Fisioterapeutas é regida pelo Decreto-lei nº564/99 de 21 de Dezembro, que engloba todos os Técnicos de Diagnostico e Terapêutica.

Especificamente o Fisioterapeuta actua centrando-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseando-se na estrutura e função do corpo, utiliza para isso modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base essencialmente, no movimento,

nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promover a saúde e prevenir a doença, mas também a deficiência, a incapacidade e a inadaptação e ainda de tratar, habilitar ou reabilitar utente com disfunções de natureza física e/ou mental de desenvolvimento e outras, incluindo a dor, com o objetivo de ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida (alínea (g) artigo 5º D.L.564/99).

2.1.4 Terapeuta da Fala

A actividade profissional dos Terapeutas da Fala é regida pelo Decreto-lei nº564/99 de 21 de Dezembro.

Para além de todas as competências comuns aos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, o Terapeuta da Fala, desenvolve especificamente, actividades no âmbito da prevenção avaliação e tratamento de perturbações da comunicação humana, que englobam não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita mas também outras formas de comunicação não-verbal (alínea (p) artigo 5º D.L.564/99).

2.1.5 Terapeuta Ocupacional

A actividade profissional dos Terapeutas Ocupacionais é regida pelo Decreto-lei nº564/99 de 21 de Dezembro.

Tal como os Fisioterapeutas e os Terapeutas da Fala, também o Terapeuta Ocupacional tem competências em comum com os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, mas desenvolve trabalho específico da sua área, nomeadamente, avalia, trata e habilita os indivíduos com disfunção física, mental, de desenvolvimento, social ou outras, recorrendo a técnicas terapêuticas integradas nas actividades seleccionadas consoante o objectivo pretendido e enquadradas na relação terapeuta/utente; trabalha na prevenção da incapacidade através de estratégias adequadas com vista a proporcionar o máximo desempenho e autonomia ao utente a nível pessoal, social, e profissional, fazendo caso seja necessário o estudo e avaliação das ajudas técnicas necessárias para o contributo da melhoria da qualidade de vida. (alínea (q) artigo 5º D.L.564/99)

2.1.6 Técnico de Serviço Social

De acordo com a informação da Associação dos Profissionais de Serviço Social, estes profissionais, na sua prática diária têm como principal objectivo promover as capacidades e competência sociais, aos níveis: *cognitivo*, através do fornecimento de informação aos indivíduos incentivando a sua compreensão para o funcionamento da sociedade e dando orientação sobre a melhor forma de utilização de recursos; *relacional* facilitando e capacitando os indivíduos no desenvolvimento das relações interpessoais e no assumo de papeis, estimulando novas formas de comunicação e expressão; *organizativo* através da promoção e da interacção entre as várias estruturas sociais e os indivíduos/utentes, bem como criar novos recursos sociais ou accionar os existentes e assim desenvolver a capacidade organizativa dos indivíduos e grupos (www.apross.pt).

Ainda segundo a mesma fonte, o Assistente Social, na sua prática, detecta as necessidades dos utentes famílias e cuidadores (processo designado por diagnostico de situação); reúne informação sobre o utente família e cuidadores para responder às necessidades e poder aconselhar sobre deveres e direitos; ajudam no encaminhamento dos indivíduos para instituições exteriores com o objectivo do individuo revolucionar questões e problemas individuais; incentivam à autonomia e participação social quer do utente bem como das suas famílias e cuidadores; colaboram nas políticas sociais (www.apross.pt).

2.1.7 Dietista

O Dietista é um profissional de saúde com intervenção, através das ciências da nutrição para tratamento de doenças e promoção da saúde (www.apdietistas.pt).

É responsável pela avaliação nutricional, planificação e supervisão de planos alimentares, aconselhamento nutricional em consulta e internamente, e é também responsável pelos serviços de nutrição das próprias instituições (www.apdietistas.pt).

Dentro do contexto dos CCI colabora com a equipa de saúde no desenvolvimento de estratégias para promoção da saúde nutricional e funcional de doentes (www.apdietistas.pt).

De uma forma mais específica e segundo a Associação Portuguesa de Dietistas, cabe a estes profissionais avaliar as necessidades nutricionais, elaborar programas com o objectivo de promover hábitos saudáveis, integrar as equipas de saúde para implementar terapêutica dietética adequada à situação clínica, avaliar o estado nutricional do doentes através de

parâmetros bioquímicos e imunológicos, de forma a calcular e planificar o suporte nutricional bem como monitoriza-lo (www.apdietistas.pt).

È também inerente às suas funções definir planos nutricionais com elaboração de ementas para os diferentes grupos etários, com as devidas adaptações, desenvolver actividades educativas, intervir na gestão da qualidade alimentar, participar em programas e acções de promoção da qualidade alimentar e ainda desenvolver novos produtos que correspondam às necessidades e tendências do mercado (www.apdietistas.pt).

2.1.8 Psicólogo Clínico

O Psicólogo Clínico desenvolve funções científicas e técnicas de avaliação, psicodiagnóstico e tratamento na área da saúde.

Segundo o Decreto-lei nº 241/94 de 22 de Setembro, o Psicólogo Clínico, como técnico de saúde, elabora o estudo psicológico do utente e posteriormente desenvolve o psicodiagnóstico.

Actua na prevenção e no aconselhamento do individuo, família e grupos, intervém ao nível psicológico e psicoterapêutico, recorrendo a equipamento específico da área de intervenção, actua no comportamento individual e do grupo e na sua interacção.

3.Fatores de Risco Psicossociais

A interacção do homem com o mundo tem sofrido mudanças ao longo do tempo.

Essas transformações ocorrem em vários níveis, entre eles, laboral são exemplos disso a globalização, a evolução tecnológica, o surgimento de novas profissões, as mudanças económicas e políticas.

Para fazer frente a todas as mudanças e exigências, as organizações laborais seguem uma filosofia de superação constante, com o intuito de melhorar e adaptar a força de trabalho para que haja um acompanhamento tecnológico e para obter competitividade e em simultâneo conseguir um destacamento no mercado global (Reis et al, 2010).

Segundo Reis et al (2010), que faz referencia vários estudos e autores, (Benachet al,2002;Borg e Kristensen,1999;Fernandes,1999; Figueiras & Hippert,2002; Kalimo,1988; Lima,1999; Marmot,1999; Seligman-Silva,1997) as mudanças nos locais de trabalho provocam alterações no meio psicossocial. Independentemente do modo de vida e da vulnerabilidade de cada trabalhador, os factores psicossociais associados a novos métodos de trabalho são uma das principais causas do comprometimento da saúde e bem-estar dos trabalhadores.

Segundo Villalobos, (2004), os factores psicossociais do trabalho, são no fundo um conjunto de percepções e experiencias, resultado da interacção entre o trabalho, o ambiente laboral, as condições organizacionais, e as características pessoais dos indivíduos.

O trabalho é considerado um dos principais valores da sociedade, exerce um papel fundamental na vida dos indivíduos (Leite, 2009).

O mesmo autor refere Serra (1999) no que diz respeito à influência do trabalho na auto-estima do indivíduo e na sua identidade social, este último valoriza ainda o facto de o trabalho conferir estatuto social e aumentar os contactos sociais, podendo ser uma fonte de rendimento, motivação, realização pessoal e de crescimento psicológico.

O desemprego está muitas vezes associado a *distress* e depressão, Claussen et al, (1993) e os seus colaboradores durante varias investigações encontraram uma prevalência de depressão, ansiedade, e patologia psicossomática quatro a dez vezes superiores em desempregados comparativamente a indivíduos empregados, no entanto é de extrema relevância referir que o ambiente de trabalho e actividade profissional também se associa muitas vezes a experiencias de stress de curta e de longa duração (Ross e Altmaier, 1994 cit por Leite, 2009).

Para os mesmos autores o risco psicossocial surge “(...) *da interacção das condições de trabalho com as características do individuo, de tal modo que as exigências que lhe são criadas, ultrapassam a sua capacidade de lidar com as mesmas (...)*” (Ross e Altmaier, 1994).

São vários os modelos teóricos sobre factores psicossociais e saúde ocupacional, o **modelo Exigências -Controlo** desenvolvido por Karasek (1979), que é considerado um dos mais influentes modelos nesta área de investigação, defende que é essencial promover a

aprendizagem e a motivação no trabalho, e que a maioria das reacções psicológicas adversas, como a fadiga, ansiedade, depressão, e a doença física, surgem quando no processo laboral existem muitas exigências e pouco controlo (Rosário, 2013).

Para Reis et al ,(2010), este modelo assenta em duas dimensões, o *controlo do trabalho* e a *exigência de trabalho*. O *controlo do trabalho* pelo individuo no que respeita as suas tarefas e a sua conduta diária, que é por sua vez influenciado pela autoridade para decidir, pelo o uso de habilidades (habilidades de realizar tarefas, de aprendizagem de organização), pela influencia na politica da organização, controle sobre as incertezas e pelos recursos para decidir. Quanto à segunda dimensão, *exigência de trabalho*, Karasek (1979) defende que existem stressores psicológicos quando é realizado trabalho, dando como exemplo, tarefas inesperadas, volume de trabalho, nível de atenção e concentração requeridos, pressão do tempo, dependência da realização de tarefas por outros, conflitos de papéis, interrupção de tarefas.

Neste modelo, assume-se que a saúde psicossocial no trabalho é a resultante de factores ambientais e individuais, e quando há uma combinação de elevadas exigências e baixa percepção e recursos ocorrem consequências negativas (Rosário, 2013).

Deste modelo saiu um outro que é o **modelo Exigencia-Controlo-Suporte Social**, de Jonhson & Hall 1988, que afirma que o apoio social, de superiores e ou colegas, pode funcionar como amortecedor na relação exigencia-controle (Reis et al, 2010).

Outro **modelo é desequilíbrio esforço-recompensa**, desenvolvido por Siegrist em 1998,que defende que o trabalho é crucial na auto estima, auto eficácia e na estrutura social do indivíduo (Reis et al, 2010).

Este modelo, hipotetiza que níveis elevados de esforço e pouca recompensa resultam num desequilíbrio emocional com consequências negativas para a saúde (Rosário, 2013).

O **modelo das Características do Trabalho**, desenvolvido por Hackman e Oldham em 1980, que afirma que a satisfação no trabalho depende de cinco dimensões: *tipo e variedade de competências* (execução de trabalho que exige por parte do individuo habilidades),*identidade da tarefa* (desenvolvimento de uma trabalho/tarefa, iniciado e concluído pelo individuo com um resultado concreto), *significado da tarefa* (impacto do resultado da tarefa desenvolvida pelo individuo), *autonomia no desenvolvimento da tarefa*

(grau de independência do indivíduo para planear, e realizar trabalho) e *feedback* (informação dada ao indivíduo após a realização da tarefa), estas dimensões quanto mais presentes maior a satisfação no trabalho, no fundo a sua presença leva a uma percepção de auto realização e auto recompensa (Rosário, 2013).

O **modelo Vitamina** de Peter Warr, de 1987, defende que a saúde psicossocial dos trabalhadores depende de oportunidade para controlo pessoal; *oportunidade para uso de habilidades; metas externas; variedade; clareza /transparência ambiental; oportunidade de contacto interpessoal; salário justo; valorização social; supervisão adequada; perspectiva de carreira; equidade*. Existe uma analogia entre o consumo de vitaminas e o seu efeito benéfico para a saúde, mas o seu consumo em excesso ou a ausência de consumo traz malefícios marcantes, assim os doze determinantes ambientais são comparados a vitaminas neste modelo (Rosário, 2013).

O **modelo de stress organizacional de Michigan**, desenvolvido por French e Kahn em 1962, afirma que as características organizacionais podem originar stress psicológico o que pode levar a doença física e ou mental (Rosário, 2013).

Existem ainda o **modelo Ecológico** de Levi e Kagan de 1998, cuja ideia central é que cada indivíduo é composto pelo seu programa psicobiológico, e que a sua reacção a estímulos depende de ajustes individuais, quando a adaptação ao estímulo não é positiva, ou seja quando o organismo reage através de mecanismos patogénicos, do foro cognitivo, afectivo, comportamental ou fisiológico.

Finalmente o **modelo de NIOSH 2004**, da ênfase ao stress, que define como sendo reacções físicas e emocionais que ocorrem quando as exigências não se igualam às capacidades do indivíduo, aos recursos ou às necessidades do trabalhador (Reis et al 2010).

Uma das preocupações da Agencia Europeia para a Saúde é o surgimento de Riscos Psicossociais emergentes. Riscos causadores da deterioração da saúde mental e física bem como, com impacto social.

Segundo a Agencia Europeia para a Saúde, citada na campanha Europeia de avaliação de riscos psicossociais em 2012 (ACT), riscos psicossociais são: “(...) *são os aspectos de programação de organização e gestão do trabalho, que em interacção com os seus contextos sociais e ambientais, têm potencial para causar dano psicológico, social ou físico(...)*”

Martinez et al, (2003) cita a OIT (Organização Internacional do Trabalho), mencionando que o ambiente psicossocial no trabalho engloba a sua organização e as relações sociais de trabalho. A presença de risco psicossocial está ligada à presença de factores causadores de risco, que são aqueles que dizem respeito á interacção entre diferentes variáveis: o meio de trabalho, o seu conteúdo, a organização e as competências e habilidades do trabalhador, a cultura e causas extra laborais, que pela percepção e experiencia podem influenciar a saúde, o desempenho e a satisfação do trabalhador.

A OIT enumera como riscos psicossociais a sobrecarga horária, sobrecarga de trabalho mental e físico, monotonia, falta de empowerment (i.e. dar ao individuo o poder, a liberdade e a informação que lhes permitem tomar decisões e participar activamente da organização), burnout (i.e. estado de esgotamento físico e mental cuja causa está intimamente ligada à vida profissional), assédio moral e violência, insegurança no emprego, stress individual e no trabalho (Silva et al 2012).

Segundo os mesmos autores, a exposição a estes riscos passa por doenças e manifestações físicas como a ansiedade, depressão, stress, doenças cardiovasculares problemas no sono, isolamento, agressividade, inibição da capacidade de concentração e tomada de decisão, lentificação psicomotora, alterações neuroendócrinas, abuso de substâncias e ainda absentismo, acidentes de trabalho, deterioração do ambiente social no trabalho, decréscimo na produtividade e qualidade do trabalho.

Segundo a European Agency for Safety and Health atWork (EASHW), em 2007, no relatório de observação de risco, sobre riscos psicossociais emergentes relacionados com a saúde e segurança no trabalho, são dez factores de risco emergente (i.e. riscos que são novos e estão a aumentar) que se podem agrupar em cinco categorias.

Em detalhe e segundo a mesma fonte as categorias são:

- 1) Novas formas de contratação;
- 2) Envelhecimento dos trabalhadores;
- 3) Exigências emocionais;
- 4) Difícil conciliação entre a vida privada e profissional.
- 5) Intensificação do Trabalho

Sendo os dez riscos psicossociais emergentes:

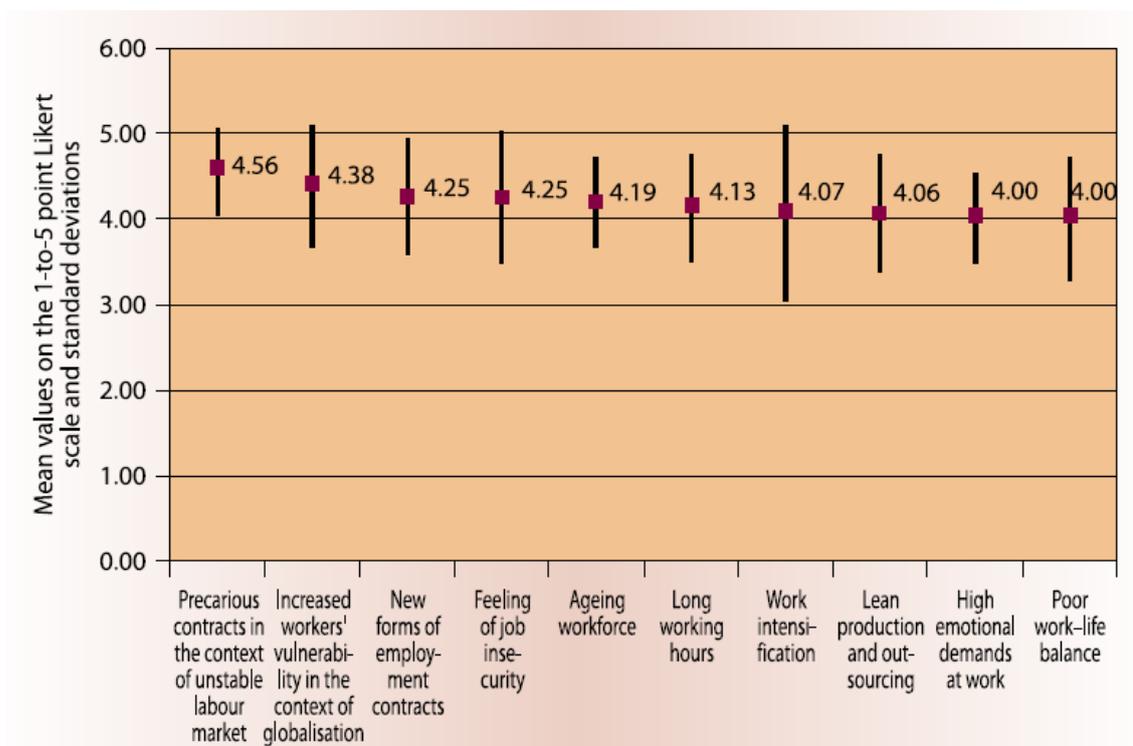


Figura2: Dez Riscos Psicossociais Emergentes (EASHW,2007)

Contratos precários num contexto de trabalho instável; Aumento da vulnerabilidade dos trabalhadores no contexto da globalização; Novas formas de contrato de trabalho; Sentimento de Insegurança; Envelhecimento da força de trabalho; Muitas horas de trabalho; Intensificação do Trabalho; Outsourcing; Elevadas exigências emocionais no trabalho; Dificuldade de equilíbrio entre o trabalho e a vida privada.

Com base neste relatório, a ACT em 2012, na sua campanha para avaliação de Riscos Psicossociais, elege como principais factores de risco psicossociais:

1. Falhas na organização do trabalho, definição de papéis, objectivos e funções;

“(...) quando a pessoa tem claro para si qual o seu papel, isto ajuda a posicionar-se diante das situações, dá-lhe mais confiança e propicia o desenvolvimento de um mais consistente conceito de si mesma.(...) A ambiguidade de papéis ocorre quando há falta de clareza das expectativas de trabalho e de certeza sobre as suas responsabilidades. O ambiente de trabalho pode gerar falta de confiança, insegurança, irritação, pouca tolerância e até mesmo rejeição, tornando-se factor gerador de stress (...)”(Camelo et al, 2008).

2. Prazos, trabalho por turnos, horários longos, trabalho nocturno;

No que diz respeito a este tipo de factor de risco, Camelo et al, (2008) sugerem que há dois fatos importantes, um que diz respeito ao esquema de trabalho, em que as alterações no esquema de trabalho particularmente no trabalho nocturno, estão relacionados com aumento da fadiga, acumulo de debito de sono e alterações de performance, e a outra esta relacionado com a carga horária, que em excesso reduz a oportunidade de apoio social ao individuo, causando tensão e insatisfação, mas que ao controlar as horas de trabalho poder-se-ia reduzir possíveis conflitos em casa, no trabalho, e minimizar perigos de stress.

Os autores defendem que deveria ser avaliado o desempenho de acordo com o trabalho e não com as horas de trabalho. O facto de um profissional ser capaz de em determinado período lidar com determinada carga de trabalho, não significa que o consiga sempre, sem restabelecimento.

3. Sobrecarga de trabalho, física ou mental;

4. Esvaziamento de funções;

5. Introdução de novas tecnologias e novos processos, sem formação e/ou apoio;

6. Contratos de trabalho precários, curta duração e grande rotatividade, *outsourcing* (i.e. processo de gestão pelo qual se passam actividades a terceiros, com os quais se estabelece uma relação de parceria);

7. Exigências emocionais resultantes da natureza da actividade;

8. Conflitos entre trabalhadores, mau ambiente de trabalho, isolamento, ausência de comunicação ou participação em equipa, agressividade, comportamentos hostis e discriminatórios;

Camelo et al, (2008), assumem que embora o conflito no trabalho possa ser positivo na medida em que se encontrem soluções para determinados problemas, o conflito pode também causar frustração e insatisfação.

Os mesmos autores reforçam a ideia de que o ambiente de trabalho e os seus equipamentos repercutem na qualidade de serviço prestado.

9. Estagnação da carreira, inexistência de reconhecimento, situações de crise;

10. Fraco apoio dos superiores ou de colegas de trabalho, deficiente comunicação nas relações interpessoais;

11. Dificuldade de conciliar a vida pessoal com a profissional.

Camelo et al (2008), afirmam que algumas das áreas de conflito são a culpa por parte do profissional, por este estar ausente da família e da vida social em virtude das horas de trabalho, a remuneração insuficiente e incapacidade de alcançar um estilo de vida desejado. A ACT, (2012) considera que os principais Riscos Psicossociais são:

Risco stress ocupacional, que refere como sendo um desequilíbrio entre as competências do trabalhador e a capacidade de resposta às exigências do meio de trabalho.

Risco de *Burnout*, síndrome que se revela como um esgotamento máximo, com manifestações físicas de fadiga, exaustão emocional, distanciamento emocional, sentimento de desistência.

Risco de Assedio Moral, quando o trabalhador é submetido a comportamentos que atingem a sua personalidade, dignidade, integridade física e/ou psíquica, levando à humilhação, ofensa e degradação.

Risco de Assedio Sexual, quando o trabalhador é alvo de um comportamento indesejado de caris sexual.

Risco de Violência no trabalho, ameaças e/ou agressões, físicas ou psíquicas que colocam em perigo o trabalhador a nível de segurança, saúde e bem-estar.

Um outro estudo desenvolvido pela *Simon Fraser University*, no Canadá, revela como treze os factores de risco com impacto para a saúde dos trabalhadores, nas organizações e com consequências económicas:

- Apoio Psicológico;
- Cultura Organizacional;
- Expectativas e Liderança;
- Respeito e Civismo;
- Adaptação psicológica ao trabalho;
- Crescimento e Desenvolvimento;
- Reconhecimento e Recompensa;
- Influência e Envolvimento;
- Carga Laboral;
- Comprometimento;
- Equilíbrio;
- Protecção Psicológica;
- Segurança Física e Protecção. (www.ccohs.ca)

Segundo Leite e Uva, 2010, sete profissões de saúde estão no grupo das vinte sete mais associadas a riscos psicossociais, nomeadamente o Stress, isto numa listagem de cento e trinta profissões distintas num estudo que englobou vinte e dois mil trabalhadores.

Os mesmos autores referem que os profissionais de saúde estão num grupo chamado de “profissões de ajuda” com múltiplas exigências a nível físico e psicológico, exigências essas que os tornam mais vulneráveis ao risco psicossocial.

McQuade, citado por Leite e Uva, 2010, acrescenta que uma característica importante associada a actividade dos profissionais de saúde, é o facto destes serem responsáveis por outras pessoas, responsabilidade que abrange o doente, mas também que se estende para os familiares e cuidadores, sendo estes últimos num âmbito mais relacionado com a satisfação e comunicação.

Recai sobre os profissionais de saúde a responsabilidade humana e social, sendo considerado pelos autores que este tipo de responsabilidades, são causadores de níveis mais elevados de Stress comparativamente a responsabilidades de natureza material.

Na exposição a factores de risco Psicossocial, surgem consequências, que se manifestam individualmente e a nível organizacional.

Estas consequências estão dependentes do tipo de exposição, mas também da individualidade de cada profissional.

Selye desenvolveu um estudo sobre as reacções do organismo perante um estímulo adverso, o investigador defende que após uma agressão física ou psíquica, que ameaça o equilíbrio interno, o organismo desencadeia uma reacção para restabelecer esse equilíbrio, foi chamada de *Síndrome Geral de Adaptação*, que se desenvolve em várias fases, fase de alarme em que ocorre a activação dos mecanismos de defesa do organismo; fase de resistência que corresponde ao nível máximo de adaptação do organismo e a fase de exaustão que surge caso a agressão se mantenha e que por mecanismos fisiológicos que passam pela reactivação terminal do sistema nervoso vegetativo e da glândula supra-renal em que há um colapso dos mecanismos de adaptação (Leite e Uva, 2010).

Esta investigação permitiu demonstrar que uma agressão mesmo que psicológica, não se limita à expressão emocional, tem com toda a certeza repercussões orgânicas e fisiológicas (Leite e Uva, 2010).

Outros estudos se desenvolveram para tentar perceber as consequências físicas de eventos, adversos, como é o caso da investigação de Homes e Rahe, que se concentra no efeito de grandes acontecimentos de vida na saúde dos indivíduos, (exemplo: morte de cônjuge; despedimento; aparecimento de uma doença crónica) ou seja estímulos de natureza psicossocial que levam a um reajuste e a um esforço individual (Leite e Uva, 2010).

Outro investigador, Serra, afirma que os acontecimentos diários também podem influenciar negativamente a saúde dos indivíduos (Leite e Uva, 2010).



Figura3: Relação entre acontecimentos de vida, características e estados psicológicos e alterações imunológicas (Leite e Uva, 2010).

Fonte: Leite e Uva,2010

A ACT, (2012) por sua vez, agrupa as consequências para a saúde das agressões psicossociais em sintomas em físicos, psicológicos e comportamentais.

Os sintomas Físicos: dor, lesões ou alterações músculo-esqueléticas, dificuldade respiratória, alergias, hipertensão e perturbações cardiovasculares, perturbações sexuais, gastrointestinais, insónias, fragilidade imunitária, fadiga.

Os sintomas Psicológicos: depressão e stress, nervosismo e irritabilidade, crises de choro, tristeza e ansiedade, alterações de memória e esgotamento, dificuldade de concentração e na tomada de decisão, instabilidade afectiva, subjugação e dependência de outrem, oscilação emocional e despersonalização.

Os sintomas Comportamentais: isolamento, descuido com necessidades pessoais, aumento do consumo de álcool, tabaco, da automedicação, drogas, cafeína, conflitos interpessoais e familiares, agressividade, falta de cooperação e indiferença, faltas ao trabalho e a compromissos, erro e falhas no desempenho, suicídio (www.act.gov.pt).

No que diz respeito às consequências organizacionais a ACT acrescenta que estas passam por: comportamentos hostis, erros anormais e trabalho inacabado, acumulação injustificada de serviço, humilhação e boatos contra a reputação e dignidade pessoal, manipulação de informação e comunicação, sobrecarga de trabalho, diferenciação negativa no tratamento dos trabalhadores, conflitos, absentismo e aumento de rotatividade, redução na produtividade, maior possibilidade de erro e de acidente de trabalho, degradação das relações de trabalho, ruído nas comunicações, mau ambiente, perdas de eficiência e de vitalidade dos grupos, novas necessidades de formação de trabalhadores, custos com saúde decorrentes de doença, pagamentos de indemnizações e compensações, aumento de conflitos e reclamações, perda de clientes/utentes e deterioração da imagem da própria instituição (www.act.gov.pt).

3.1 Prevenção e Gestão de Riscos Psicossociais

Segundo a directiva quadro 89/391/CEE, existem princípios gerais da prevenção de riscos Psicossociais.

“(...)A directiva de 1989 estabelece os princípios para a aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores, prevendo o enquadramento, desenvolvido nas directivas especiais, de ambientes de trabalho específicos. O objectivo de inculcar uma cultura de prevenção baseia-se no duplo princípio de que os requisitos mínimos fornecem condições homogéneas para as empresas que operam no amplo mercado interno europeu e também um elevado grau de protecção para os trabalhadores, evitando a dor e o sofrimento e minimizando a perda de rendimento das empresas se estas evitarem os acidentes e as doenças profissionais. (...)”.(COM[2004]62)

Conforme o disposto na lei nº102/2009 de 10 de Setembro, alterada pela Lei n.º 3/2014, de 28/01:

- “(...)1-O trabalhador tem direito à prestação de trabalho em condições que respeitem a sua segurança e a sua saúde, asseguradas pelo empregador ou, nas situações identificadas na lei, pela pessoa, individual ou coletiva, que detenha a gestão das instalações em que a atividade é desenvolvida.*
- 2 - Deve assegurar-se que o desenvolvimento económico promove a humanização do trabalho em condições de segurança e de saúde.*
- 3 - A prevenção dos riscos profissionais deve assentar numa correta e permanente*

avaliação de riscos e ser desenvolvida segundo princípios, políticas, normas e programas que visem, nomeadamente:

a) A conceção e a implementação da estratégia nacional para a segurança e saúde no trabalho;

b) A definição das condições técnicas a que devem obedecer a conceção, a fabricação, a importação, a venda, a cedência, a instalação, a organização, a utilização e a transformação das componentes materiais do trabalho em função da natureza e do grau dos riscos, assim como as obrigações das pessoas por tal responsáveis;

c) A determinação das substâncias, agentes ou processos que devam ser proibidos, limitados ou sujeitos a autorização ou a controlo da autoridade competente, bem como a definição de valores limite de exposição do trabalhador a agentes químicos, físicos e biológicos e das normas técnicas para a amostragem, medição e avaliação de resultados;

d) A promoção e a vigilância da saúde do trabalhador;

e) O incremento da investigação técnica e científica aplicadas no domínio da segurança e da saúde no trabalho, em particular no que se refere à emergência de novos fatores de risco;

f) A educação, a formação e a informação para a promoção da melhoria da segurança e saúde no trabalho;

g) A sensibilização da sociedade, de forma a criar uma verdadeira cultura de prevenção;

h) A eficiência do sistema público de inspeção do cumprimento da legislação relativa à segurança e à saúde no trabalho.

4 - O desenvolvimento de políticas e programas e a aplicação de medidas a que se refere o número anterior devem ser apoiados por uma coordenação dos meios disponíveis, pela avaliação dos resultados quanto à diminuição dos riscos profissionais e dos danos para a saúde do trabalhador e pela mobilização dos agentes de que depende a sua execução, particularmente o empregador, o trabalhador e os seus representantes.(...)”(artigo 5º, Lei n.º 3/2014, de 28/01)

Segundo T.Cox, Griffith e Cox 1996, mencionados por Rosário, 2010, a avaliação dos riscos psicossociais é essencial para a prevenção, é um processo dinâmico que visa a corrigir as organizações no que respeita a prevenção do risco, dos acidentes de trabalho, e da doença profissional. A prevenção e gestão é um processo que a investigadora considera sistemático,

através do qual se identificam os perigos se analisam os riscos e se gerem os mesmos de forma a proteger vos trabalhadores.

Existe hoje um padrão de avaliação gestão e boas práticas no que respeita aos riscos psicossociais, a Especificação Publicamente Disponível (PAS1010), que é o resultado da articulação entre as orientações do modelo europeu para gestão de riscos psicossociais (PRIMA-EF) e o British Standards Institute (BSI).

4.Copenhagen Psychosocial Questionnaire

O Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), foi desenvolvido e validado em 2000, por Kristensen e Borg, para ir ao encontro das necessidades Dinamarquesas, no que respeitava aos factores psicossociais em ambiente de trabalho (Kristensen et al, 2005).

Os investigadores desenvolveram três versões diferentes do COPSOQ, uma versão longa para uso em investigação, uma versão média para ser usada pelos serviços de saúde ocupacional e uma versão curta para ser usada nos locais de trabalho, sendo as versões curta e média as incluem apenas dimensões psicossociais com evidência epidemiológica no que respeita à saúde (Kristensen et al, 2005; Silva et al, 2012).

Os investigadores dinamarqueses acharam que ao desenvolverem este tipo de instrumento, este deveria ser multidimensional, seguindo o modelo “ Demanda Controle”, que explica as consequências das elevadas exigências no trabalho e o baixo apoio social que resultam em degradação da saúde e bem-estar dos trabalhadores (Kristensen et al, 2005; Silva et al, 2012).

O COPSOQ pode ser utilizado em qualquer tipo de realidade laboral, e permite a obtenção de dados que ajudem a prevenção.

Este instrumento é de forma unânime, aquele que pode ser utilizado com maior abrangência, de forma a cobrir as diferentes dimensões psicossociais, é um questionário individual que avalia a exposição a factores de risco psicossocial (Kristensen et al, 2005; Silva et al 2012).

O COPSOQ é constituído por Subescalas, algumas validadas anteriormente e outras construídas para a construção deste instrumento.

Estas subescalas podem ser utilizadas em conjunto ou de forma independente, conforme a adaptação ao tipo de investigação e realidade em estudo.

As subescalas do COPSOQ são: *Exigências quantitativas, Ritmo de trabalho, Exigências cognitivas, Exigências emocionais, Influencia no Trabalho, Possibilidade de desenvolvimento, Previsibilidade, Transparência do Papel laboral desempenhado, Recompensas, Conflitos Laborais, Apoio Social de Colegas, Apoio Social de Superiores, Comunidade Social no trabalho, Qualidade da liderança, Confiança Horizontal, Confiança Vertical, Justiça e Respeito, Auto eficácia, Significado do Trabalho, Compromisso face ao local de trabalho, Satisfação no Trabalho, Conflito Trabalho/ Família, Problemas em dormir, Burnout, Stress, Sintomas depressivos, Comportamentos Ofensivos.*

METODOLOGIA

1.Objectivos

1.1Objetivo Geral

Segundo Reis, (2010) os objectivos da investigação devem enfatizar o que o investigador pretende com a realização da pesquisa e ser definidos com clareza, sendo essencial a existência de coerência destes com a justificação da escolha do tema e da problemática de investigação.

No sentido da iniciação do estudo definimos então o objectivo geral da investigação.

Identificar quais os Factores de Risco Psicossocial, percebidos pelos elementos integrantes da equipa de saúde em Unidades de Cuidados Continuados Integrados pertencentes à RNCCI.

1.2Objetivos Específicos

O estudo tem como objectivos específicos:

- Caracterizar as variáveis sociodemográficas da amostra;
- Caracterizar factores psicossociais;
- Descrever a variação de factores psicossociais em função das variáveis

sociodemográficas e dos factores relacionados com o trabalho: idade, género, estado civil, habilitações literárias, profissão, tipologia, formação, anos de trabalho, horas extra, vínculo laboral, prática de exercício físico, hábitos tabágicos, exigências laborais, fadiga e ambiente de trabalho.

2.Tipo de Estudo

O estudo projectado é do tipo Exploratório -Descritivo, utilizando predominantemente uma abordagem qualitativa, mas com metodologia quantitativa complementar.

As razões para a escolha desta metodologia de investigação prendem-se com o facto de esta ser uma temática ainda pouco explorada, sendo importante investigar a realidade

descrevendo-a e partir daí para novos caminhos de investigação, originando até outros estudos para que se possa aprofundar o conhecimento sobre a temática.

Como é referido por Batista, (2011), a investigação qualitativa exploratória tem como objectivo proceder ao reconhecimento de uma dada realidade, pouco estudada, e levantar hipóteses ou questões de entendimento dessa mesma realidade, é o tipo de investigação que se centra na compreensão dos problemas analisando comportamentos atitudes e ou valores.

A opção por esta abordagem permite compreender melhor a realidade profissional e a experiencia única dos Cuidados Continuados no universo da RNCCI e abordar as perspectivas dos próprios participantes.

No entanto o presente estudo não se esgota no método qualitativo, indo mais além, recorre também ao método quantitativo, na medida em que se pretende fazer tratamento dos dados recolhidos com o instrumento de recolha de dados, após a aplicação do mesmo na equipa de saúde da unidade em estudo.

3. Questões de Investigação

Sendo este um estudo Exploratório - Descritivo, recorrendo à metodologia mista, iremos apenas levantar questões de investigação e não se colocam hipóteses de investigação, isto porque se pretende conhecer uma realidade e não estabelecer relação entre variáveis.

As principais questões de investigação que se pretende investigar são:

Quais os principais Factores de Risco Psicossocial percebidos pelos profissionais de saúde que trabalham em Cuidados Continuados Integrados?

Qual a variação dos factores psicossociais em função das variáveis sócio demográficas e variáveis relacionadas com as condições de trabalho

4.Contexto Organizacional da Investigação

A presente investigação desenvolveu-se na Unidade de Cuidados Continuados Associação de Socorros da Freguesia da Encarnação, Mafra (ASFE, empresa L Nostrum SA), que é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS).

A ASFE tem como objectivos “(...) *intervenção nas áreas da saúde e apoio social, que possibilitam a prestação de serviços por forma a promover a qualidade de vida das pessoas idosas e/ou em situação de dependência. (...)*”(www.LNostrum.pt) .

Esta é uma empresa que engloba várias valências, com diferentes tipos de intervenção, entre as quais se encontra a UCCI, que por sua vez integra a RNCCI.

A ASFE-UCCI (antiga LNostrum), localiza-se na Rua da Bela Vista nº 30 Encarnação, e estabeleceu-se em 2008, e é a única Unidade do País que engloba as quatro tipologias de internamento da RNCCI:

- Convalescença;
- Media Duração e Reabilitação;
- Longa Duração e Manutenção;
- Paliativos.

A unidade apresenta aos seus utentes e familiares/cuidadores diversos tipos de serviços e recursos:

- Medicina;
- Enfermagem;
- Fisioterapia;
- Terapia Ocupacional;
- Terapia da Fala;
- Dietética;
- Serviço Social;
- Psicologia;
- Animação Sociocultural;
- Acompanhamento Espiritual;
- Piscina;
- Capela;

- Biblioteca;
- Atelier de Ocupação de tempos livres;
- Informática;
- Restauração;
- Cafetaria;
- Cabeleireiro/estética;
- Lavandaria;
- Internet e telefone. (LNostrum.pt)

O edifício da ASFE (L Nostrum SA), é composto por cinco pisos, e o internamento decorre em três, organizado por alas:

- Ala da Papoilas Unidade de Convalescença (piso 0);
- Alas dos Girassóis, Margaridas e Estrelícias Unidade de Média Duração e Reabilitação (pisos 0 e -1);
- Alas das Rosas, Acácias e Lírios Unidade de Longa Duração e Manutenção (pisos -1 e -2);
- Ala das Tulipas Unidade de Paliativos (piso -1).



Imagem1: Edifício ASFE (www.LNostrum.pt)

Fonte: www.L.Nostrum.pt



Imagem2: Interior do Edifício (www.LNostrum.pt)

Fonte: www.L.Nostrum.pt

Para além da UCCI, a ASFE engloba também a *Residência São Domingos*, que se trata de uma unidade residencial para idosos, a *clínica médica* com diferentes especialidades e o *Centro de Acção Social (CAS)*. (www.L Nostrum.pt)

6.Caractrização da Amostra

Determinou-se que a população seriam todos os profissionais de saúde, da Unidade de cuidados continuados que integra a ASFE(L-NOstrum) , que exercem funções em CCI.

De forma mais específica, todos os Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Terapeutas da Fala, Técnicos de Serviço Social, Psicólogos e Dietistas.

A amostra é composta pelos profissionais que responderam ao questionário, aplicado na Unidade.

A opção por esta instituição, teve em consideração esta ser pioneira e ser constituída por todas as tipologias dos CCI.

Optou-se por uma amostra não probabilística intencional/por conveniência.

Para Polit et al (2004), o investigador pode, de forma intencional, seleccionar os indivíduos com características da população em questão. Ideia reforçada por Reis (2010), que defende que este tipo de amostra é válido na medida em que representa, e é um bom exemplo da população universo.

Para a selecção dos constituintes da amostra utilizamos os seguintes critérios de inclusão:

- Profissionais de Saúde;
- Exercerem funções na Instituição em estudo;
- Não trabalhem exclusivamente em Cuidados Paliativos.

No momento da realização do estudo, a população integrou 70 profissionais de saúde, tendo sido distribuídos o mesmo número de questionários.

Foram recolhidos 31 questionários válidos, o que corresponde a uma taxa de resposta de 43%.

A amostra é constituída maioritariamente por mulheres (90,3%), com uma idade compreendida entre 22 e 71 anos, com uma média de 29,6 (DP=9,1).

7.Recolha de dados

7.1Instrumento de recolha de dados COPSQQ

Segundo Hill e Hill (2009) uma investigação empírica é uma investigação onde se fazem observações para melhor compreender o fenómeno a estudar.

Estes autores referem ainda que todas as ciências naturais e sociais têm por base investigações empíricas porque as observações deste tipo de investigação podem ser usadas para a construção de explicações ou teorias mais adequadas.

No entanto um dos problemas que surge em investigação está relacionado com a dificuldade em construir um instrumento de recolha de dados que seja fiável ou então utilizar um ou mais já existentes que sejam adequados.

A versão utilizada neste trabalho é a versão média do COPSOQII, validada para a população portuguesa pela equipa de investigação Carlos Silva, Vânia Amaral, Alexandra Pereira, Pedro Bem-haja, Anabela Pereira, Vítor Rodrigues, Teresa Cotrim, Jorge Silvério e Paulo Nossa, em 2012.

A amplitude da cotação dos itens varia entre 1 e 5 podendo utilizar-se com pontos de corte para a análise, os valores de 2,33 e 3,66 (Silva et al., 2012; Kristensen et al, 2005).

A versão do questionário tem 72 questões, tendo sido excluída a subescala de *comportamentos ofensivos*.

Para além do COPSOQ fiz-se também uma breve recolha de dados sociodemográfica e sobre factores relacionados com trabalho, para melhor caracterizar os elementos integrantes da equipa de saúde.

A caracterização sociodemográfica e de factores relacionados com o trabalho da amostra foi feita através de 15 questões de resposta rápida operacionalizadas da seguinte forma:

Sexo, pergunta fechada, dicotómica com duas hipóteses de resposta, masculino e feminino.

Idade, pergunta aberta definida em anos.

Estado Civil, pergunta fechada com seis hipóteses de resposta, solteiro(a), casado(a), união de facto, viúvo(a), separado(a), divorciado(a).

Habilitações literárias, com nove hipóteses de resposta, 4ºano, 6ºano, 9ºano, 12ºano, médio, bacharelato, licenciatura, mestrado, doutoramento.

Profissão, pergunta aberta.

Local de trabalho/tipologia, pergunta aberta.

Formação específica, pergunta fechada, dicotómica com duas hipóteses de resposta sim e não.

Anos de trabalho totais, pergunta aberta definida em anos.

Vínculo laboral, pergunta aberta.

Nº médio de horas extra mensais, pergunta aberta definida em horas.

Prática de exercício físico, pergunta fechada, dicotómica, com duas opções de resposta sim e não.

Hábitos Tabágicos, pergunta fechada com três hipóteses de resposta, fumador, ex-fumador, não fumador.

Exigências da Actividade Laboral, pergunta fechada com três hipóteses de resposta, mentais, físicas, ambas.

Classificação de Fadiga, pergunta fechada, quantitativa, com limite de resposta entre a ausência de fadiga (0) e a fadiga extrema (10).

Ambiente no local de trabalho, resposta fechada, com cinco níveis de classificação entre o nada incomodativo e o muito incomodativo, quanto ao ruído, a iluminação e ambiente térmico no verão e inverno.

7.2 Procedimentos Éticos e legais na recolha de dados.

Antes da colheita de dados, fizeram-se algumas diligências com o objectivo da realização do estudo.

O pedido de autorização para ser aplicado o questionário, que permitisse a realização da investigação foi feito, numa primeira instância, através de e-mail, onde se enviou a carta de apresentação, consentimento informado e questionário (documentos em anexo).

Os documentos foram avaliados pela comissão de ética da instituição, que deu parecer positivo para a sua aplicação.

Numa segunda fase, fez-se uma entrevista presencial com a responsável pela Unidade em estudo, e procedeu-se à entrega dos questionários nos vários departamentos.

Estabeleceu-se um prazo de duas semanas para o seu preenchimento, e posterior recolha.

Assumi-se a garantia de anonimato dos inquiridos, confidencialidade das respostas e disponibilização dos resultados.

7.3 Tratamento dos Dados

Todos os dados recolhidos, por via do preenchimento dos questionários pelos profissionais de saúde da ASFE (L-Nostrum), foram registados e tratados estatisticamente com o auxílio da aplicação informática SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Foram aplicadas medidas de estatística descritiva, nomeadamente, o cálculo de medidas de tendência central e de dispersão (médias e desvios-padrão).

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos após a aplicação do instrumento de recolha de dados e o tratamento dos mesmos.

1.Consistencia do Instrumento.

Subescalas	Amostra	α Original
Exigências Quantitativas	0,630	0,63
Ritmo de Trabalho	*	*
Exigências Cognitivas	0,644	0,60
Exigências emocionais	*	*
Influencia no Trabalho	0,615	0,70
Possibilidade de Desenvolvimento	0,604	0,76
Previsibilidade	0,698	0,72
Transparência do Papel Laboral	0,794	0,76
Recompensas	0,708	0,82
Conflitos Laborais	0,653	0,67
Apoio Social de Colegas	0,648	0,71
Apoio Social de Superiores	0,916	0,87
Comunidade Social no Trabalho	0,693	0,85
Qualidade da Liderança	0,898	0,90
Confiança Horizontal	0,367	0,29
Confiança Vertical	0,629	0,20
Justiça e Respeito	0,822	0,79
Auto-Eficácia	0,619	0,67
Significado do Trabalho	0,678	0,82
Compromisso com o local de trabalho	0,674	0,61
Satisfação no trabalho	0,851	0,82
Insegurança Laboral	*	*
Saúde Geral	*	*
Conflito Trabalho Família	0,847	0,86
Problemas em Dormir	0,848	0,84
Burnout	0,799	0,83
Stress	0,724	0,73
Sintomas Depressivos	0,642	0,80

Tabela 1: Valores de Consistência Interna segundo α de Cronbach.

Fonte: Amostra

A fidelidade do questionário aplicado foi avaliada através da sua consistência interna, para perceber a estabilidade das respostas, Tabela 1. Procedeu-se à análise da consistência interna do questionário através do cálculo do alfa de Cronbach, sendo considerado boa consistência interna um valor superior a 0,06.

2.Caracterização Sociodemográfica e de Factores Relacionados com o Trabalho

Quanto ao género, e sendo esta uma variável nominal, a amostra apresenta uma distribuição de 90,3% do género feminino e 9,7% do masculino.

A amostra é constituída por elementos com idade compreendida os 22 e 71 anos, com uma média de 29,6 (DP=9,1).

No que respeita ao Estado Civil, observa-se que a maioria dos participantes são solteiros (67,7%).

Quanto às Habilitações Literárias dos inquiridos, a maioria tem o grau de Licenciatura (83,9%), enquanto que 16,1% têm o grau de Mestre.

A amostra é composta maioritariamente por Enfermeiros (45,2%), o que corresponde a 14 indivíduos.

Após a recolha de dados observou-se que os profissionais de saúde, na sua maioria assinalam múltiplos locais de trabalho/tipologia de trabalho, como Convalescença (CV), Média Duração e Reabilitação (MDR) e Longa Duração e Manutenção (LDM) (38,7%) ou por outro lado assinalam apenas Longa Duração e Manutenção (35,5%).

A maioria dos inquiridos recebeu formação específica para a sua actividade nos últimos 2 anos (67,7%).

Relativamente aos anos de trabalho, verifica-se que em média os profissionais trabalham há 5,7 anos (DP=8,4), variando entre menos de 1 anos de trabalho e 45 anos de trabalho.

Observa-se que a maioria dos participantes apresenta um Contrato Sem Termo (CST) (48,4%).

Em média, por mês, os profissionais executam 9,3 horas extras (DP=14,7), variando entre 0 horas e 55 horas mensais extras.

Relativamente à Prática de Exercício Físico de forma regular, 15 participantes assinalam que praticam exercício (48,4%) e 16 sujeitos assinalam que não praticam exercício (51,6%).

Observa-se que na sua maioria, os sujeitos Não Fumam, nem nunca foram fumadores (67,7%).

Relativamente às Exigências Laborais, os sujeitos consideram que estas são tanto de ordem mental como física (77,4%).

Quanto à Fadiga, a questão colocada aos profissionais de saúde inquiridos, Como classifica o seu nível de fadiga no final de um turno de trabalho, perante uma opção de resposta que variou entre Ausência de Fadiga (Min=0) e Fadiga Extrema (Máx=10), verificou-se uma média de 6,37 (DP= 1,99).

Relativamente às características ambientais do local de trabalho, perante uma opção de resposta que variou entre Nada Incomodativo (1) e Muito Incomodativo (5), verifica-se, no caso do Ruído uma média de 2,5 (DP=0,9); na Iluminação uma média de 1,77 (DP=0,8), no que concerne o Ambiente Térmico no Verão uma média de 3,87 (DP=1,1) e no Inverno uma média de 2,35 (DP=1).

	N=31
Sexo	
Masculino	3 (9,7%)
Feminino	28 (90,3%)
Idade	M = 29,6 (DP = 9,1) Min=22 / Max=71
Estado Civil	
Solteiro(a)	21 (67,7%)
Casado(a)	7 (22,6%)
União de Facto	3 (9,7%)
Habilitações Literárias	
Licenciatura	26 (83,9%)
Mestrado	5 (16,1%)
Profissão	
Medico	1 (3,2%)
Enfermeiro	14 (45,2%)
Fisioterapeuta	5 (16,1%)
Terapeuta Ocupacional	2 (6,5%)
Terapeuta da Fala	1 (3,2%)
Dietista	1 (3,2%)
Psicólogo	3 (9,7%)
Assistente Social	4 (12,9%)
Local/Tipologia	
CV	3 (9,7%)
MDR	2 (6,5%)
LDM	11 (35,5%)
CV+MDR+LDM	12 (38,7%)
MDR+LDM	3 (9,6%)
Formação Específica	
Sim	21 (67,7%)
Não	10 (32,3%)
Anos de Trabalho	M=5,7 (DP=8,4) Min= \geq 1/Max=45
Vinculo	
Estágio	4 (12,9%)
CTC	4 (12,9%)
CST	15 (48,4%)
CPS	7 (22,6%)
Nulo	1 (3,2%)
Exercício Físico	
Sim	15 (48,4%)
Não	16(51,6%)
Horas Extra Mensais	M= 9,3 (DP=14,7) Min=0/Max=55
Exigências	
Mentais	7(22,6%)
Físicas + Mentais	24(77,4)
Fadiga	M=6,73 (DP=1,99) Min=0/Máx=10
Hábitos Tabágicos	
Fumador	7 (22,6%)
Não fumador	21 (67,7%)
Ex fumador	3 (9,7%)
Características local trabalho	
Ruido	M=2,5 (DP=0,9)
Iluminação	M=1,77 (DP=0,8)
A.Verão	M=3,87 (DP=1,1)
A.Inverno	M=2,35 (DP=1)

Tabela 2: Características sociodemográficas e de factores relacionados com o trabalho.

3. Classificação das subescalas COPSOQ

Na apresentação dos resultados separaram-se as subescalas em dois grupos, no primeiro, o **valor mais alto** corresponde ao **pior resultado (Tabela 3)** e, no segundo, o **valor mais baixo** corresponde ao **pior resultado (Tabela 4)**.

Os dois pontos de corte são, 3,66 para presença de valores críticos, e 2,33 para os melhores valores.

As amostras apresentam valores críticos para as subescalas “Exigências Cognitivas” e “Exigências Emocionais” (**Tabela 3**). Os valores favoráveis surgem para as Subescalas “Confiança Horizontal”, “Sintomas Depressivos”, “Problemas em Dormir”, “Transparência de Papeis”, “Possibilidade de Desenvolvimento”, “Comunidade Social”, “Significado do Trabalho”, “Auto Eficácia” e “Confiança Vertical” (**Tabela 3 e 4**).

Subescalas COPSOQ	Médias Padrão	Médias Amostra
Exigências quantitativas	2,46	2,47
Ritmo de trabalho	3,39	3,38
Exigências cognitivas	3,85	3,95
Exigências emocionais	3,89	4,09
Conflitos laborais	2,96	2,78
Confiança horizontal	2,67	2,24
Insegurança laboral	2,98	3,22
Saúde geral	3,41	3,25
Conflito trabalho/família	2,79	2,73
Problemas em dormir	2,55	2,11
Burnout	2,88	3,20
Stress	2,79	2,70
Sintomas depressivos	2,38	2,22

Tabela 3: Valor Crítico acima de 3,66.

Fonte: Amostra

Subescalas COPSOQ	Médias Padrão	Médias Amostra
Influencia no trabalho	2,71	2,76
Possibilidades de desenvolvimento	3,93	4,09
Previsibilidade	3,29	3,59
Transparência de papéis	4,22	4,32
Recompensas	3,62	3,74
Apoio social de colegas	3,41	3,80
Apoio social de superiores	3,00	3,05
Comunidade social	3,84	4,21
Qualidade de liderança	3,38	3,41
Confiança vertical	3,69	3,86
Justiça e respeito	3,32	3,59
Auto eficácia	3,82	3,79
Significado do trabalho	4,08	4,35
Compromisso local	3,45	3,43
Satisfação trabalho	3,29	3,45

Tabela 4: Valor Positivo acima de 3,66.

Fonte: Amostra

4.Classificação das Subescalas COPSOQ em função das Variáveis Sociodemográficas e Factores Relacionados com o Trabalho

Neste ponto será feita a descrição da classificação das subescalas do COPSOQ em função das variáveis Sociodemográficas e em função dos Factores Relacionados com o Trabalho.

Para as subescalas cujo valor mais alto corresponde ao pior, considera-se o ponto de corte de valores críticos 3,66 e o ponto de corte para os valores mais positivos 2,33.

Para as subescalas em que o valor mais baixo corresponde ao pior, considera-se o ponto de corte de valores críticos abaixo de 2,33, e acima de 3,66 valores positivos.

4.1 Classificação das subescalas do COPSOQ em função do Estado Civil

Relativamente ao Estado Civil, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas conflito Trabalho/Família ($\chi^2\kappa\omega(2) = 6,163$; $p = 0,046$; $N=31$) e na subescala Problemas em Dormir ($\chi^2\kappa\omega(2) = 6,684$; $p = 0,035$; $N=31$).

Como nesta variável existem 3 grupos distintos (solteiro, casado, união de facto) fez-se um teste de comparação múltipla das médias e ordens, observando-se diferenças estatisticamente significativas entre os solteiros e os inquiridos em união de facto, no que respeita ao Conflito Trabalho/Família sendo que os solteiros apresentam uma média superior ($p = 0,026$), ou seja um resultado pior.

Em relação à subescala Problemas em Dormir, existem diferenças significativas entre os solteiros e os inquiridos casados, em que o grupo de casados apresenta uma média superior que os solteiros ($p = 0,008$), ou seja um resultado pior.

4.2 Classificação das subescalas do COPSOQ em função das Habilitações Literárias

No que respeita às diferenças estatísticas entre as subescalas do COPSOQ e as Habilitações Literárias dos inquiridos, percebeu-se que existem diferenças na subescala Exigências emocionais ($U = 105$; $p = 0,031$; $N=31$), em que os profissionais de saúde com Mestrado apresentam valores mais altos nesta subescala, ou seja um resultado pior.

4.3 Classificação das subescalas do COPSOQ em função da Profissão

Relativamente a esta variável, a amostra revelou não existir variação suficiente de profissionais, sendo a grande maioria Enfermeiros (14).

No entanto aplicamos testes não paramétricos e não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os vários profissionais.

4.4. Classificação das subescalas do COPSOQ em função do Local de Trabalho/Tipologia

Quanto ao Local de trabalho/ tipologia, e embora não exista variação suficiente entre grupos, aplicaram-se testes não paramétricos que revelaram, apenas que existem diferenças entre as tipologias em relação à subescala Conflito Trabalho/ Família ($\chi^2_{(4)} = 12,292$; $p = 0,015$; $N = 31$) e em relação à subescala Burnout ($\chi^2_{(4)} = 9,703$; $p = 0,046$; $N = 31$).

Sendo relevante acrescentar que, ao nível da subescala Conflito Trabalho/ Família quem trabalha em MDR+LDM são os profissionais que apresentam os valores mais baixos, ou seja mais positivos e os profissionais que trabalham em MDR apenas, apresentam valores mais altos, considerados mais críticos.

4.5 Classificação das subescalas do COPSOQ em função da Formação Específica

Em relação a esta variável, observou-se que existem diferenças estatísticas relativamente à subescala Possibilidade de Desenvolvimento ($U = 58$; $p = 0,0048$; $N = 31$), em que os profissionais de saúde que tiveram formação específica nos últimos dois anos, apresentam valores mais altos e mais positivos.

Na subescala Transparência do Papel Laboral Desempenhado, os profissionais que tiveram formação específica apresentam valores mais altos, mais favoráveis, do que aqueles que não tiveram existindo diferenças estatisticamente significativas nesta subescala ($U = 44$; $p = 0,009$; $N = 31$),

No que respeita à subescalas Recompensas, existem diferenças estatisticamente significativas, ($U = 35,5$; $p = 0,002$; $N = 31$), os profissionais de saúde com formação específica apresentam valores mais altos, mais positivos, do que aqueles que não tiveram.

Ainda quanto a esta variável, verificou-se que existem diferenças em relação ao Apoio Social de Superiores ($U = 48,5$; $p = 0,015$; $N = 31$), os inquiridos que apresentam valores mais altos são os que tiveram formação específica nos últimos dois anos, e os seus resultados são mais favoráveis.

Quanto à subescala Comunidade Social no Trabalho, confirmaram-se diferenças estatisticamente importantes ($U= 45$; $p=0,010$; $N=31$), revelando assim que os profissionais com formação específica apresentam valores mais altos, mais positivos, neste caso, do que aqueles sem formação específica.

Também na subescala da Qualidade de Liderança se perceberam diferenças importantes ($U= 36$; $p= 0,003$; $N=31$), os profissionais com formação específica apresentam valores mais altos, e mais positivos.

Finalmente no que respeita a variável formação específica, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas em relação ao Significado do Trabalho ($U= 45$; $p= 0,015$; $N=31$), em que os profissionais de saúde inquiridos com formação específica nos últimos dois anos, apresentam valores mais altos e mais positivos que os restantes.

4.6 Classificação das subescalas do COPSQ em função do género.

Após a aplicação do teste não paramétrico, Teste Wilcoxon-Mann-Whitney, percebeu-se que apenas existem diferenças estatísticas entre os grupos na subescala Transparência do Papel desempenhado no local de trabalho ($U= 76,5$; $p= 0,014$), sendo os homens quem apresenta uma média superior (Média=5,00), ou seja mais positiva (**Tabela5**).

Subescalas	Género					
	Feminino			Masculino		
	Média	DP	N	Média	DP	N
Transparência de papeis	4,25	0,58	28	5,00	0,00	3

Tabela 5: Distribuição do segundo género

Fonte: Amostra

4.7 Classificação das subescalas do COPSQ quanto à Idade

Relativamente à variável idade, observa-se que existe uma correlação moderada e positiva entre a subescala Justiça e Respeito e a Idade dos Participantes ($R= 0,369$; $N=31$; $p= 0,041$), ou seja à medida que a idade aumenta a percepção de justiça e respeito também aumenta (**Tabela6**).

Subescalas	R (Pearson Correlation)	P (Sig)
Exigências	-0,175	0,347
Ritmo de trabalho	-0,128	0,494
Exigências Cognitivas	-0,150	0,419
Influencia no trabalho	-0,027	0,885
Exigências emocionais	-0,208	0,262
Possibilidade de desenvolvimento	-0,124	0,505
Previsibilidade	0,109	0,560
Transparência de papel	0,197	0,288
Recompensas	0,259	0,159
Conflitos laborais	0,132	0,479
Apoio social de colegas	0,056	0,766
Apoio social superiores	-0,147	0,429
Comunidade social	-0,104	0,579
Qualidade liderança	0,050	0,789
Confiança horizontal	-0,276	0,133
Confiança vertical	0,318	0,081
Justiça respeito	0,369	0,041
Auto eficácia	0,335	0,066
Significado do trabalho	0,063	0,741
Compromisso local	0,062	0,741
Satisfação trabalho	-0,121	0,516
Insegurança laboral	-0,190	0,306
Saúde geral	-0,326	0,073
Conflito trabalho família	-0,125	0,501
Problemas dormir	0,143	0,444
Burnout	-0,224	0,226
Stress	-0,209	0,258
Sintomas depressivos	-0,209	0,259

Tabela 6: Correlação do COPSOQ com a Idade.

Fonte: Amostra

4.8 Classificação das Subescalas do COPSOQ em função dos Anos de Trabalho

Relativamente à variável Anos de Trabalho, observa-se uma correlação moderada e negativa entre a subescala Saúde Geral e os Anos de Trabalho ($R = -0,374$; $p = 0,038$; $N = 31$), ou seja a medida que os anos aumentam a percepção de saúde geral piora. (Tabela7)

Subescalas	R (Pearson Correlation)	P (Sig)
Exigências Quantitativas	-0,081	0,665
Ritmo de trabalho	-0,090	0,631
Exigências Cognitivas	-0,155	0,404
Influencia no trabalho	-0,045	0,810
Exigências emocionais	-0,223	0,227
Possibilidade de desenvolvimento	-0,104	0,577
Previsibilidade	0,088	0,638
Transparência de papel	0,133	0,477
Recompensas	0,244	0,185
Conflitos laborais	0,195	0,294
Apoio social de colegas	-0,022	0,908
Apoio social superiores	-0,221	0,232
Comunidade social	-0,143	0,442
Qualidade liderança	0,014	0,939
Confiança horizontal	-0,201	0,278
Confiança vertical	0,301	0,100
Justiça respeito	0,319	0,080
Auto eficácia	0,285	0,120
Significado do trabalho	0,21	0,911
Compromisso local	0,122	0,513
Satisfação trabalho	-0,129	0,490
Insegurança laboral	-0,253	0,169
Saúde geral	-0,374	0,38
Conflito trabalho família	-0,92	0,624
Problemas dormir	0,131	0,483

Burnout	-0,216	0,243
Stress	-0,214	0,247
Sintomas depressivos	-0,150	0,421

Tabela7: Correlação do COPSQ com Anos de Trabalho

Fonte: Amostra

4.9 Classificação das Subescalas do COPSQ em função do Vínculo Laboral

No que respeita à relação entre a variável Vínculo Laboral e as Subescalas, e embora não haja variação suficiente na amostra, foram aplicados testes não paramétricos, e verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em relação às Exigências Cognitivas ($\chi^2 \kappa \omega(4) = 11,025; p=0,024; N=31$), Possibilidades de Desenvolvimento ($\chi^2 \kappa \omega(4) = 10,695; p=0,030; N=31$), Qualidade de Liderança ($\chi^2 \kappa \omega(4) = 9,6; p=0,048; N=31$) e Satisfação no Trabalho ($\chi^2 \kappa \omega(4) = 11,025; p=0,026; N=31$).

4.10 Classificação das Subescalas do COPSQ em função das Horas Extra

Após a aplicação da Correlação de Pearson, não se verificaram correlações entre a variável Horas Extra e as subescalas do COPSQ.

4.11 Classificação das Subescalas do COPSQ em função da Prática regular de Exercício Físico

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre a variável e as subescalas em estudo.

4.12 Classificação das Subescalas do COPSQ em função dos Hábitos Tabágicos

Após a aplicação de testes não paramétricos, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas em relação à variável Hábitos Tabágicos e a subescala

Compromisso face ao Local de Trabalho ($\chi^2\kappa\omega(2) = 6,464; p=0,039; N=31$) e ainda em relação à subescala Conflito Trabalho/Família ($\chi^2\kappa\omega(2) = 7,612; p=0,022; N=31$).

Em relação á subescala Compromisso Face ao Local de Trabalho, observam-se diferenças entre os Não Fumadores e os Ex Fumadores ($p=0,017$), em que os profissionais de saúde inquiridos Não Fumadores apresentam uma média inferior, menos positiva, nesta subescala em relação aos Ex-Fumadores.

Quanto à subescala Conflito Trabalho/Família, existem diferenças estatisticamente significativas entre os Fumadores e Não Fumadores ($p=0,005$), os Fumadores apresentam uma média superior aos Não Fumadores, ou seja menos positiva.

4.13 Classificação das subescalas do COPSQQ em função das Principais Exigências da Actividade de Trabalho

Não se verificaram quaisquer diferenças significativas nas subescalas relativamente a esta variável.

4.14 Classificação das subescalas do COPSQQ em função da Fadiga

Relativamente a esta variável observou-se uma correlação moderada e positiva com a subescala Exigências Quantitativas ($R= 0,531; p= 0,002; N=31$), ou seja quanto mais elevada a percepção de fadiga mais críticos valores da escala exigências quantitativas.

Em relação à variável fadiga, constatou-se uma correlação moderada e negativa com o Apoio Social de Colegas ($R=-0,327; p=0,039; N=31$), ou seja quanto pior o apoio social de colegas maior a percepção de fadiga.

Quanto à correlação entre fadiga e a subescala Confiança Vertical, esta é moderada e negativa ($R= -0,365; p=0,043; N=31$), quanto pior a confiança vertical maior a fadiga.

No que respeita à correlação entre fadiga e Problemas em Dormir, verificou-se que existe uma correlação moderada e positiva ($R= 0,368; p=0,042; N=31$), ou seja quanto mais problemas em dormir maior fadiga.

Entre esta variável e a subescala Burnout existe uma correlação moderada e positiva ($R= 0,508;p=0,003;N=31$), quanto mais burnout maior a fadiga.

Verificou-se uma correlação moderada e positiva entre a fadiga e o Stress ($R=0,545;p=0,002;N=31$), quanto mais stress maior a fadiga

Ainda em relação à fadiga observou-se que existe uma correlação moderada e positiva entre esta e os Sintomas Depressivos ($R=0,477;p=0,007,N=31$), ou seja quanto mais sintomas depressivos maior a fadiga (**Tabela8**).

Subescalas	R (Pearson Correlation)	P (Sig)
Exigências Quantitativas	0,531	0,002
Ritmo de trabalho	0,081	0,663
Exigências Cognitivas	-0,033	0,862
Influencia no trabalho	0,124	0,508
Exigências emocionais	0,182	0,328
Possibilidade de desenvolvimento	-0,088	0,637
Previsibilidade	-0,286	0,119
Transparência de papel	-0,254	0,168
Recompensas	-0,162	0,384
Conflitos laborais	0,096	0,607
Apoio social de colegas	-0,327	0,039
Apoio social superiores	0,066	0,723
Comunidade social	0,043	0,819
Qualidade liderança	-0,069	0,710
Confiança horizontal	0,290	0,114
Confiança vertical	-0,365	0,043
Justiça respeito	-0,299	0,102
Auto eficácia	-0,263	0,153
Significado do trabalho	-0,193	0,308
Compromisso local	-0,174	0,349
Satisfação trabalho	-0,217	0,242
Insegurança laboral	-0,019	0,920
Saúde geral	0,064	0,733

Conflito trabalho família	0,313	0,087
Problemas dormir	0,368	0,042
Burnout	0,508	0,003
Stress	0,545	0,002
Sintomas depressivos	0,477	0,007

Tabela8: Correlação do COPSQ com Fadiga

Fonte: Amostra

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Classificação das subescalas do COPSQ

Os resultados do COPSQ mostram que, para as subescalas em que o valor mais alto corresponde ao pior resultado, e comparando com as médias nacionais para os profissionais de saúde (Silva et al, 2012), são “Exigências Emocionais”, “Exigências Cognitivas”, “Insegurança Laboral” e “Burnout” as que apresentam valores de risco e críticos sendo a subescala “Exigências Emocionais” a que apresenta maior valor crítico.

Outros investigadores nesta área demonstraram que as “Exigências Cognitivas” e a “Insegurança Laboral” são subescalas com valores críticos (C. Cardoso, 2012; J. Santos, 2013).

As subescalas com melhor pontuação foram “Confiança Horizontal”, “Problemas em Dormir” e “Sintomas Depressivos”, resultados também encontrados num estudo sobre factores psicossociais no sector da higiene pública (A. Pereira; 2013).

Nas subescalas em que o valor mais baixo corresponde ao pior resultado destaca-se como pior resultado a “Influencia no Trabalho”, sendo que as restantes subescalas se encontram com valores semelhantes ou superiores ao do estudo nacional (Silva et al, 2012).

2.1 COPSQ em função do Estado Civil

No que diz respeito ao Estado Civil, e perante os resultados, percebe-se que são os Solteiros quem apresenta maior risco de Conflito Trabalho/Família, e que são os profissionais da equipa que são Casados quem apresenta mais Problemas em Dormir.

Numa investigação levada a cabo para analisar a capacidade para o trabalho e dos factores psicossociais em trabalhadores de serviços municipalizados e de controlo de trafego, em Lisboa, também se verificou que os indivíduos solteiros revelam piores resultados no que respeita ao Conflito Trabalho/Família, no entanto são também estes que apresentam mais Problemas em Dormir, o que não se verificou nesta investigação (C. Cardoso, 2012).

2.3COPSOQ em função das Habilitações Literárias

Neste caso os profissionais com grau de Mestre, são os que apresentam maior percepção de Exigências Emocionais.

2.4COPSOQ em função da Profissão

Relativamente às diferenças entre os profissionais, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, o que se prende com o facto da amostra ser composta maioritariamente por Enfermeiros (14), não existindo variação suficiente para a análise desta variável.

2.5COPSOQ em função do Local de Trabalho/Tipologia

Os profissionais que trabalham em MDR apresentam piores resultados no que respeita ao Conflito Trabalho/Família.

2.6COPSOQ em função da Formação Específica

Nesta variável percebeu-se através da análise dos resultados que os profissionais de saúde que tiveram formação específica nos últimos dois anos, percebem mais e melhor a Possibilidade de Desenvolvimento, a Transparência do Papel Laboral e a noção de Recompensas, são ainda estes profissionais que valorizam mais o Apoio Social de Superiores e a Comunidade Social no trabalho.

Percebeu-se também que quem valoriza mais a Qualidade de Liderança são aqueles que têm formação específica e é também para estes o Significado do Trabalho tem maior relevância.

2.7COPSOQ em função do Género.

Mulheres e Homens tem percepções diferentes relativamente à transparência do papel desempenhado no local de trabalho, e são os Homens quem percepção melhor o Papel desempenhado no Local de Trabalho.

O estudo desenvolvido por Silva et al em 2012, revelou que são também os homens quem tem mais influência no local de trabalho, têm mais reconhecimento e uma maior percepção de auto eficácia, sentindo mais satisfação.

2.8COPSOQ em função da Idade

Segundo a recolha e análise de dados percebeu-se que quanto mais velhos os sujeitos, melhor a sua percepção de Justiça e Respeito.

Estes resultados estão de acordo com o estudos portugueses, um realizado com 4162 trabalhadores de várias áreas de intervenção, que revelou que são os profissionais mais velhos aqueles que têm maior percepção de Justiça e Respeito (Silva, 2012), e outro desenvolvido por Cardoso,2012.

2.9COPSOQ em função dos Anos de Trabalho

Neste caso é visível que quanto mais anos de trabalho, os inquiridos apresentam valores mais baixos de Saúde Geral, ou seja valores mais críticos em relação à Saúde Geral.

2.10COPSOQ em função do Vinculo Laboral

Não foi possível perceber onde existem as diferenças especificamente através da aplicação do teste de comparação múltipla, isto devido à pouca variabilidade dos dados.

2.11COPSOQ em função das Horas Extra

Após a aplicação da Correlação de Pearson, não se verificaram correlações entre a variável Horas Extra e as subescalas do COPSOQ.

2.12COPSOQ em função da Prática regular de Exercício Físico

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre a variável e as subescalas em estudo.

2.13COPSOQ em função dos Hábitos Tabágicos

Os inquiridos Não Fumadores apresentam um menor Compromisso Face ao Local de Trabalho relativamente aos Ex Fumadores, visto que para esta subescala os valores críticos encontram-se abaixo de 2,33, por outro lado os Fumadores revelam maior Conflito Trabalho/Família, visto que para esta subescala os valores críticos encontram-se acima de 3,66.

2.14COPSOQ em função das Principais Exigências da Actividade de Trabalho

Não se verificaram quaisquer diferenças significativas nas subescalas relativamente a esta variável.

2.15COPSOQ em função da Fadiga

Relativamente a esta variável observou-se que quanto maiores valores de Fadiga mais altos os valores ao nível da subescala, cujos valores críticos se encontram acima de 3,66, o que revela que os profissionais inquiridos com valores mais elevados de fadiga percebem mais Exigências Quantitativas.

Maiores valores de Fadiga menores valores de Apoio Social de Colegas, de Confiança Vertical, cujos valores críticos se encontram abaixo de 2,33, revelando que os profissionais

com mais Fadiga têm percepção de menos Apoio Social de Colegas e revelam menor Confiança Vertical.

Pode dizer-se que os profissionais com mais Fadiga têm mais Problemas em Dormir, mais Burnout, mais Stress e mais Sintomas Depressivos.

CONCLUSÕES

1. Limitações ao Estudo

Ao longo da elaboração desta dissertação para a obtenção do grau de Mestre deparamo-nos com algumas limitações que nos fizeram repensar e alterar os planos delineados.

Inicialmente pensamos investigar as Barreiras percebidas pelos Fisioterapeutas que trabalhassem em CCI, na região de Lisboa e Vale do Tejo, no entanto por motivos relacionados com a abrangência do tema, o tempo, a limitação física da investigadora e a demora por parte das Unidades abordadas, decidimos centrarmo-nos em apenas uma Unidade que fosse representativa, quer no que respeita às várias tipologias quer em relação à equipa de saúde e decidimos abranger todos os profissionais de saúde e não apenas os Fisioterapeutas.

Decidimos dar enfoque às barreiras do foro psicossocial.

Devem ser registadas algumas limitações ao estudo, como é o caso do número reduzido da amostra final e da pouca variação desta.

Percebemos algumas dificuldades no que respeita à pesquisa de informação relacionada com os CCI em Portugal e ainda relacionadas com a aplicação do COPSOQ em profissionais da área da saúde no nosso País.

2. Considerações Finais

Esta Dissertação com o tema “Factores de Risco Psicossocial em Cuidados Continuados Integrados”, desenvolveu-se através da colaboração dos vários profissionais de saúde pertencentes à equipa Interdisciplinar da Unidade em Estudo, nomeadamente Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Terapeutas da Fala, Terapeutas Ocupacionais, Assistentes Sociais, Dietista e Psicólogos.

O estudo apresentado centrou-se na pesquisa dos Factores de Risco Psicossocial percebidos pelos Profissionais de Saúde da equipa de CCI, e na problemática da relação entre o risco psicossocial e as características sociodemográficas da amostra bem como as condições relacionadas com o trabalho.

Para darmos resposta às questões de investigação e aos objectivos propostos, e tendo por base a revisão da literatura, aplicamos um questionário composto por uma primeira parte que englobou a recolha de dados sociodemográficos e dados relacionados com as condições de trabalho e a segunda parte composta pela versão média do Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Silva et al, 2012), validada para a população portuguesa.

O estudo desenvolveu-se numa Unidade de CCI, integrada na RNCCI. A amostra foi constituída por 31 profissionais num Universo de 70 sendo a taxa de resposta de 42%.

A média da idade apresentada neste estudo foi de 29,6 (DP= 9,1) sendo inferior em comparação com estudos estrangeiros, como mencionam vários investigadores (Cardoso, 2012; Pereira, 2013).

Tendo em conta os objectivos desta investigação podemos afirmar que, os factores de risco mais evidenciados pelos Profissionais de Saúde da Unidade em estudo foram, as “Exigências Emocionais”, as “Exigências Cognitivas”, a “Insegurança Laboral” e o “Burnout”.

Achou-se importante salientar que o factor de risco psicossocial, considerado critico, para estes profissionais foi “ Exigências Emocionais”.

A abordagem para a minimização deste passa por criar recursos para dar resposta aos problemas e dificuldades emocionais e minimizar as Exigências Emocionais.

Outros factores de risco identificados foram a “Influencia no Trabalho” e “Previsibilidade” no entanto com menor significância.

Não foi possível avaliar as relações entre as subescalas do COPSOQ e as variáveis Profissão e o Vínculo Laboral, isto porque a amostra não apresentava variação quer relativamente à Profissão, em que a maioria dos inquiridos eram Enfermeiros estando menos representados os restantes grupos profissionais, quer em relação aos tipos de “Vínculo Laboral”.

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nas variáveis Horas Extra, Prática Regular de Exercício Físico e nas Principais Exigências da Actividade de Trabalho.

Para futuras investigações sugere-se uma amostra mais representativa, para perceber se na área dos CCI o principal factor de risco é também a “Exigência Emocional”, ou se outros riscos Psicossociais surgem com valores críticos.

Ao identificar-se os factores de risco psicossocial no local de trabalho, é possível desenvolver estratégias com o objectivo de minimizar estes riscos, através de uma intervenção da saúde ocupacional e da organização do trabalho, de modo a promover a satisfação, saúde e bem-estar dos profissionais, aumentando a qualidade dos serviços e cuidados prestados aos utentes.

Propõe-se que sejam então desenvolvidos estudos neste sentido e com abordagens distintas, como por exemplo que sejam realizados estudos longitudinais, para se conseguir acompanhar os profissionais de saúde e perceber se existem diferenças ao longo do tempo.

Enriquecer a amostra de forma a poder diferenciar-se o trabalho desenvolvido nas diferentes tipologias da REDE.

Este trabalho serve para alertar as entidades competentes e responsáveis pelos CCI em Portugal, para a realidade da prática diária dos seus Profissionais de Saúde.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografia Referenciada:

Aust, B.; Rugulies, R.; Skakon, J.; Sherzer, T.; & Claris, J. (2007). Psychosocial work environment of hospital workers: Validation of a comprehensive assessment scale. *International Journal of Nursing Studies*. 814-825.vol.44.

Campanha Europeia de Avaliação dos Riscos Psicossociais(2012).[brochura], Lisboa.Autoridade para as Condições do Trabalho(ACT).

Comissão da Comunidades Europeias.(2004). Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das regiões. (COM[2004]62]. Bruxelas U.E.

Cardoso, C.L. (2012). Análise da Capacidade para o trabalho e dos Factores Psicossociais em trabalhadores de serviços municipalizados e de controlo de trafego.

Dissertação apresentada ao Departamento de Ergonomia da Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa para obtenção do grau de Mestre. <http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/5019>, 2014

Claussen,B.(1993).Health and Reemployment in two year follow up of long term unemployed. *Journal of epidemiology and Community health*,14-18.

Covita,H.; Pacheco,C.;& Santos,I.(2011).Identificar necessidades de formação em cuidados continuados integrados.in Relatorio Final,Directorio de competencias,necessidades formativas,bases para o plano de formação.Equipa de Projecto da Faculdade de Ciencias Médicas[FCM].Lisboa:Universidade Nova de Lisboa.

Camelo,A.;& Angerani,E.(2008).Riscos Psicossociais no Trabalho que podem levar ao Estresse:uma analise da literatura. *Ciências Cuidados Saude*,232-240,vol.2.

European Agency for Safety and Health at Work[EASHW].(2007). *Expert forecast on emerging psycosocial risks related to occupational safety and health*.Luxemburgo: European Agency for Safety and Health at Work.

Fernandes da Silva, C. (6/6/2012). Estudo da UA garante que portugueses têm boa capacidade de trabalho. Universidade de Aveiro. in www.uaonline.ua.pt

Fernandes,E.;& Branco,F.(2005).Assistente Social.Associação dos Profissionais de Serviço Social.[versão electrónica].in www.apss.web.pt

Goldim,J.(2006).Bioética: origens e complexidade.*Revista do Hospital de Clinicas de Porto Alegre e Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*, 86-92.vol.2.

Kristensen,T.;Hannerz,H.;Hogh,A.;& Borg,V. (2005),The Copenhagen Psychosocial Questionnaire-a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment.*Scandinavian Journal for Environment Health*, 438-449.vol.6.

Lopes,N.(2006).Equipas de Saude:uma perspectiva sociologica sobre o exercicio profissional.*Re(habilitar) Revista da Escola Superior de Saude Egas Moniz(ESSEM)*. 25-35.vol3.

Martinez,M.; Paraguay,A.(2003).Satisfação e Saude no Trabalho-aspectos conceituais e metodologicos.*Cadernos de Psicologia*.59-78.vol.6.

Neves,M.(2012).O papel dos Enfermeiros na Equipa Multidisciplinar em Cuidados de SAude Primários-Revisão Sistemática da Literatura.*Revista de EnfermagemIIIserie*,125-134.vol.8

National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH].(1999).Stress at Work.Cincinnati,USA:DHHS Publication.

Nubling,M.;Vomstein,M.;Schmidt,S.;Gregersen,S.;Dulon,M.;& Nienhaus, A. (2010). Psychosocial work load and stress in geriatric care.*Biomed Central Public Health*. [versão electrónica] in <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/428>.

Pinho,M.(2006).Trabalho em Equipe de Saude: limites e possibilidades de actuação eficaz. *Ciencias e Cognição*.[versão electrónica],66-87.vol.8.

Pereira, A.P (2013). Capacidade de trabalho e Factores Psicossociais do sector de higiene publica com e sem acidentes de trabalho.

Dissertação apresentada ao Departamento de Ergonomia da faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa para obtenção do grau de Mestre. <http://www.repsitory.utl.pt/handle/10400.5/5861> 2014

Polit,F.;Beck,T.;& Hungles,P.(2004) Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem:metodos,avaliação e utilização.Porto Alegre:Artmed

Ross,R.; & Altmaier,E.(1994).Intervention in Occupational stress.London:Thousand Oaks Sage Puplications.

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI].(2011).*Manual do Prestador.Recomendações para Melhoria Continua*.Portugal: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.,

Reis,A.; Fernandes,S.;& Gomes,A.(2010). Estresse e Factores Psicossociais. *Psicologia Ciencia e Profissão*,712-725.vol4.

Reis,F.:(2010).Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado segundo Bolonha.Lisboa:Pactor.

Silva,C.; Amaral,V.; Pereira,A.,Bem-haja,P.;Pereira,A.; Rodrigues V.; Cotrim,T. et al(2012) Copenhagen Psychosocial Questionnaire(COPSOQ),Portugal e Países Africanos de lingua oficial portuguesa.Fundação para a Ciencia e Tecnologia (FCT)

Santos, J. C. (2013). Caracterização de uma amostra de cuidadores formais de idosos. Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da Universidade de Aveiro para obtenção do grau de Mestre. <http://ria.ua.pt/handle/10773/111417>, 2014

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados[UMCCI].(2012).*Relatorio de Monitorização do Desenvolvimento da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*.Portugal: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

Susel, R. (2012) Validação e Adaptação Linguística e Cultural da Versão Longa do Questionario Copenhagen Psychosocial Questionnaire II (COPSOQII) em Português. Dissertação apresentada ao Departamento de Engenharia da Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, para obtenção do grau de Mestre. <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/69479> 2014

Villalobos, J. (2004). *Estrés y trabajo. Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista de Medicina y Salud*. in www.medspain.com/n3-feb99/stress.htm

Bibliografia Consultada:

Benavides, F.; Benach, J.; & Muntaner, C.(2002). Psychosocial Risk Factors at the workplace: is there enough evidence to establish reference values? [versão electrónica].56:244-245,2013,in www.jech.com

Brevidelli, M.; & Cianciarullo, T.(2009).Factores Psicossociais e Organizacionais na adesão às Precauções - Padrão. *Revista de Saúde Publica*.46 (6)

Fub, J.; Nubling, M.; Hasselhorn, H.; Schanappach, D.; & Mieger, M.(2008).Working conditions and Work-Family conflict in German hospital physicians: Psychosocial and organizational predictors and consequences. *Biomedical Public Health*. In <http://www.biomedicalcentral.com/147-2458/8/353>. 8:353.

Golbasi,Z.;Kelleci,M.;& Dogan,S.(2008).Relationships between coping strategies,individual characteristics and job satisfaction in a sample of hospital nurses: cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 1800-1806.vol.45.

Junior,L.,&Reis,P.(2007).Cuidados Paliativos no Doente Idoso: o papel do Fisioterapeuta no contexto multidisciplinar. *Fisioterapia em Movimento*.127-135.vol.20

Kompier, M.; & Kristensen, T.(2003).As intervenções em estresse organizacional: considerações teóricas, metodológicas e práticas. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 37-58.vol.6.

Leite, E. (2012, Novembro). *Revista Saúde e Trabalho*. [ISSN1647-0583]. Vol.8.

Leite, E. *Avaliação de Riscos Psicossociais em Estabelecimentos de Saúde*. Comunicação apresentada no Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital de Santa Maria pela Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho. Lisboa, Portugal.

Olesen, K.; Carneiro, I.;Jorgensen, M.; Rugulies, R.; Rasmussen, C.; Sogaard, K.; Holterman, A.; & Flyvholm, M. (2011).Associations between psychosocial work environment and hypertension among non-western immigrant and Danish cleaners. *IntArchOccupEnviron Health*. D0710.1007/500420-011-0728-2.

Piovesan, A.; & Temporini, E.(1995).Pesquisa Exploratória: procedimentos metodológicos para o estudo de factores humanos no campo da saúde pública. *Revista de Saúde Publica da Universidade de São Paulo*, 318-325.vol.4.

Pejtersen, J.; Feveile, H.; Christensen, K.; & Burr,H. (2011). Skiness absence associated with shared and open plan offices-a national cross sectional questionnaire survey. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 376-382.vol5.in www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21528171

Rodrigues, C. (2012). V Encontro Ibérico Riscos Psicossociais no âmbito do Trabalho. Lisboa. Autoridade para as Condições de Trabalho (ACT).

Souza, S.; Costa, R.; Shiroma, L.; Maliska, I.; Amadigi, F., Pires, D.; & Ramos, F. (2010). Reflexões de Profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. *Revista Electronica de Enfermagem*.ISSN1518-1944.

Yin, R.; (2010). Estudo de Caso, Planejamento e Métodos. Porto Alegre: Bookman.

Suporte Electrónico Consultado/Referenciado:

European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA], (2007). *Previsão dos Peritos sobre os Riscos Psicossociais emergentes Relacionados com a segurança e saúde no trabalho (SST)*.in <http://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/74> ,em <http://osha.eurpo.eu>

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI]. *Perfis Profissionais, presença efectiva e dotações diárias (mínimos)*. in www.rncci.min-saude.pt.

Instituto Nacional de Estatística[INE].Censos 2011.www.ine.pt.

Autoridade para as Condições do Trabalho [ACT]. 2013.in www.act.gov.pt

Tavares, J. Barreiras e Soluções nos cuidados Continuados a pessoas idosas.in www.scielo.oces.mctes.pt 2010.

www.medspain.com/n3-feh99/stress.htm

www.l.nostrum.pt

Legislação Referenciada:

Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro, Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE).

Decreto-Lei nº 564/99, de 21 de Dezembro, Carreira de Técnico Diagnóstico e Terapêutica.

Decreto-Lei nº 177/2009, de 4 de Agosto. Carreira Médica.

Decreto-Lei nº 241/94, de 22 de Setembro, Reformulação da carreira dos Técnicos Superiores de Saúde.

Decreto-Lei nº 109/2006, de 6 de Junho, Regime Jurídico para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

Directiva - Quadro 89/391/CEE, de 12 de Setembro, Segurança e Saúde no Trabalho (SST).

ANEXOS

ANEXO I- Carta de Apresentação

Exma.Sra.Eng.^a Cristina Mendonça,

Directora da Unidade *L.Nostrum S.A.*

Filipa Isabel Madeira Correia Teixeira, Fisioterapeuta a exercer funções no Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Mestranda em Cuidados Continuados Integrados na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa, vem por este meio requerer permissão para a realização da investigação, para elaboração da Dissertação de Mestrado, com o objectivo da obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados Integrados, sob a supervisão da *Orientadora* Dra. Felipa Reis e da *Co-Orientadora* Dra. Teresa Cotrim.

A pertinência de desenvolver a minha investigação na Vossa instituição, prende-se com o facto da Unidade L. Nostrum S.A., ser pioneira na área dos Cuidados Continuados Integrados e também, por esta ser um exemplo para o desenvolvimento da RNCCI.

Com o objectivo geral de explorar quais os principais factores de risco psicossocial percebidos pelos profissionais de saúde que trabalham em Cuidados Continuados Integrados, pretendo aplicar um questionário validado para a população portuguesa COPSOQII versão média, bem como recolher alguns dados sociodemográficos, de forma anónima e com termo de consentimento informado.

Para a recolha de dados serão fornecidos aos profissionais de saúde, em envelope fechado os questionários, que após um mês serão recolhidos para se proceder então ao tratamento dos dados recolhidos.

Atentamente

Filipa Isabel Madeira Correia Teixeira.

934157818

lipatx@gmail.com

lipa_isa@hotmail.com

ANEXOII: Questionário Aplicado + COPSOQ



UNIVERSIDADE LUSÓFONA
de Humanidades e Tecnologias
Humani nihil alienum

QUESTIONÁRIO

Mestrado em Cuidados Continuados Integrados

Este questionário tem como objectivo:

Caracterizar a percepção dos Fatores de Risco Psicossociais pelos Membros da Equipa de Saúde em Cuidados Continuados.

Contamos com a participação de todos! A sua colaboração é voluntária e o seu contributo é muito importante. Todos os dados são anónimos, confidenciais e utilizados para fins estatísticos.

Instruções de Preenchimento:

Responda a todas as questões assinalando a sua opção.

Para responder faça um círculo em redor do número da alternativa de resposta que melhor reflecte a sua opinião, ou faça uma cruz (X) no espaço fornecido.

Parte 1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Por favor, preencha o questionário com atenção e *responda a todas as questões.*

Data: ___/___/___

DADOS GERAIS

1. SEXO

Feminino..... 1
 Masculino..... 2

2. IDADE : _____ anos

3. ESTADO CIVIL

Solteiro(a)..... 1
 Casado(a)..... 2
 União de facto..... 3
 Viúvo..... 4
 Separado(a)..... 5
 Divorciado(a)..... 6

4. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

Básico – 1º ciclo (4º ano)..... 1
 Básico – 2º ciclo (6º ano)..... 2
 Básico – 3º ciclo (9º ano)..... 3
 Secundário (12º ano)..... 4
 Médio..... 5
 Bacharelato..... 6
 Licenciatura..... 7
 Mestrado..... 8
 Doutoramento..... 9

5. PROFISSÃO:

6. LOCAL DE TRABALHO/TIPOLOGIA:

7. RECEBEU FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA A SUA ACTIVIDADE NOS ÚLTIMOS 2 ANOS?

Sim Não

8. ANOS DE TRABALHO TOTAIS: _____

9. VINCULO LABORAL: _____

10. Nº MÉDIO DE HORAS EXTRA MENSAIS: _____

11. PRÁTICA REGULARMENTE EXERCÍCIO FÍSICO?

Sim Não

12. HÁBITOS TABÁGICOS:

Fumador Não Fumador Ex-Fumador

13. AS PRINCIPAIS EXIGÊNCIAS DA SUA ACTIVIDADE DE TRABALHO SÃO:

Mentais..... 1
 Físicas..... 2
 Ambas, mentais e físicas..... 3

14. COMO CLASSIFICA O SEU NÍVEL DE FADIGA GERAL NO FINAL DE UM TURNO DE TRABALHO:

Ausência de Fadiga |-----| Fadiga Extrema

15. COMO CONSIDERA O AMBIENTE DO SEU LOCAL DE TRABALHO?

	Nada Incomodativo			Muito Incomodativo	
	1	2	3	4	5
Ruído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iluminação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambiente térmico	Verão <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inverno <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2. COPSQ II

Por favor, preencha com atenção e **responda a todas as questões.**

Das seguintes afirmações indique (X) a que mais se adequa à sua resposta de acordo com as alternativas.

1- Sempre 2- Frequentemente 3- Às vezes 4- Raramente 5- Nunca/ quase nunca

	1	2	3	4	5
1. A sua carga de trabalho acumula-se por ser mal distribuída?					
2. Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho?					
3. Precisa fazer horas-extra?					
4. Precisa trabalhar muito rapidamente?					
5. O seu trabalho exige a sua atenção constante?					
6. O seu trabalho requer que seja bom a propor novas ideias?					
7. O seu trabalho exige que tome decisões difíceis?					
8. O seu trabalho exige emocionalmente de si?					
9. Tem um elevado grau de influência no seu trabalho?					
10. Participa na escolha das pessoas com quem trabalha?					
11. Pode influenciar a quantidade de trabalho que lhe compete a si?					
12. Tem alguma influência sobre o tipo de tarefas que faz?					
13. O seu trabalho exige que tenha iniciativa?					
14. O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas?					
15. O seu trabalho permite-lhe usar as suas habilidades ou perícias?					
16. No seu local de trabalho, é informado com antecedência sobre decisões importantes, mudanças ou planos para o futuro?					
17. Recebe toda a informação de que necessita para fazer bem o seu trabalho?					
18. O seu trabalho apresenta objectivos claros?					
19. Sabe exactamente quais as suas responsabilidades?					
20. Sabe exactamente o que é esperado de si?					
21. O seu trabalho é reconhecido e apreciado pela direcção?					
22. A direcção do seu local de trabalho respeita-o?					
23. É tratado de forma justa no seu local de trabalho?					
24. Faz coisas no seu trabalho que uns concordam mas outros não?					
25. Por vezes tem que fazer coisas que deveriam ser feitas de outra maneira?					
26. Por vezes tem que fazer coisas que considera desnecessárias?					
27. Com que frequência tem ajuda e apoio dos seus colegas de trabalho?					

1- Sempre 2- Frequentemente 3- Às vezes 4- Raramente 5- Nunca/ quase nunca

	1	2	3	4	5
28. Com que frequência os seus colegas estão dispostos a ouvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho?					
29. Com que frequência os seus colegas falam consigo acerca do seu desempenho laboral?					
30. Com que frequência o seu superior imediato fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho?					
31. Com que frequência tem ajuda e apoio do seu superior imediato?					
32. Com que frequência é que o seu superior imediato fala consigo em relação ao seu desempenho laboral?					
33. Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas?					
34. Existe uma boa cooperação entre os colegas de trabalho?					
35. No seu local de trabalho sente-se parte de uma comunidade?					

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

36. Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento?					
37. Dá prioridade à satisfação no trabalho?					
38. É bom no planeamento do trabalho?					
39. É bom a resolver conflitos?					

As questões seguintes referem-se ao seu local de trabalho no seu todo.

1- Sempre 2- Frequentemente 3- Às vezes 4- Raramente 5- Nunca/ quase nunca

	1	2	3	4	5
40. Os funcionários ocultam informações uns dos outros?					
41. Os funcionários ocultam informação à direcção?					
42. Os funcionários confiam uns nos outros de um modo geral?					
43. A direcção confia nos seus funcionários para fazerem o seu trabalho bem?					
44. Confia na informação que lhe é transmitida pela direcção?					
45. A direcção oculta informação aos seus funcionários?					
46. Os conflitos são resolvidos de uma forma justa?					
47. As sugestões dos funcionários são tratadas de forma séria pela direcção?					
48. O trabalho é igualmente distribuído pelos funcionários?					
49. Sou sempre capaz de resolver problemas, se tentar o suficiente.					
50. É-me fácil seguir os meus planos e atingir os meus objectivos.					

1- Extremamente 2- Muito 3- Moderadamente 4- Um pouco 5- Nada/ quase nada

	1	2	3	4	5
51. O seu trabalho tem algum significado para si?					
52. Sente que o seu trabalho é importante?					
53. Sente-se motivado e envolvido com o seu trabalho?					
54. Gosta de falar com os outros sobre o seu local de trabalho?					
55. Sente que os problemas do seu local de trabalho são seus também?					

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

56. As suas perspectivas de trabalho?					
57. As condições físicas do seu local de trabalho?					
58. A forma como as suas capacidades são utilizadas?					
59. O seu trabalho de uma forma global?					
60. Sente-se preocupado em ficar desempregado?					

	Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
61. Em geral, sente que a sua saúde é:					

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

1- Extremamente 2- Muito 3- Moderadamente 4- Um pouco 5- Nada/ quase nada

	1	2	3	4	5
62. Sente que o seu trabalho lhe exige muita <u>energia</u> que acaba por afectar a sua vida privada negativamente?					
63. Sente que o seu trabalho lhe exige muito <u>tempo</u> que acaba por afectar a sua vida privada negativamente?					
64. A sua família e os seus amigos dizem-lhe que trabalha demais?					

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

1- Sempre 2- Frequentemente 3- Às vezes 4- Raramente 5- Nunca/ quase nunca

	1	2	3	4	5
65. Dificuldade a adormecer?					
66. Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguia adormecer novamente?					
67. Fisicamente exausto?					
68. Emocionalmente exausto?					
69. Irritado?					
70. Ansioso?					
71. Triste?					
72. Falta de interesse por coisas quotidianas?					

ANEXOIII- Consentimento Informado

Termo de Consentimento Informado

“Factores de Risco Psicossocial em Cuidados Continuados Integrados”

Filipa Isabel Madeira Correia Teixeira, Fisioterapeuta, a exercer funções no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, vem solicitar a sua participação no seu trabalho de investigação subordinado ao tema “Factores de Risco Psicossocial em Cuidados Continuados Integrados”, com vista à realização da Dissertação para obtenção de Grau de Mestre, no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados Integrados (1ª edição) a decorrer na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa.

Objectivo: Identificar quais os Factores de Risco Psicossocial, percebidos pelos elementos integrantes da equipa de saúde em Unidades de Cuidados Continuados Integrados, pertencentes à RNCCI.

Metodologia: O estudo em questão é do tipo Exploratório-Descritivo, com uma abordagem predominantemente qualitativa mas com metodologia quantitativa complementar.

A amostra será composta pelos elementos integrantes na equipa de saúde em CCI, a exercerem funções na Unidade “*L.Nostrum S.A.*” que aceitem participar no estudo.

A colheita de dados será efectuada através de questionário, com recolha de dados sociodemográficos e aplicação do questionário COPSOQ II, versão média validada para a população Portuguesa.

Posteriormente os dados obtidos serão analisados segundo método estatístico.

Eu, _____ declaro
que fui informado(a) do objectivo e metodologia da investigação intitulada “Factores de Risco
Psicossocial em Cuidados Continuados Integrados”.

Estou consciente de que em nenhum momento serei exposto(a) a riscos em virtude da
minha participação nesta investigação e que poderei em qualquer momento recusar continuar
sem nenhum prejuízo para a minha pessoa.

Sei também que os dados recolhidos serão usados somente para fins científicos.

Aquando do tratamento dos dados, estes serão codificados mantendo assim o
anonimato.

Os resultados do estudo serão por mim consultados sempre que solicitar.

Fui informado(a) de que não terei nenhum tipo de despesas nem receberei nenhum
pagamento ou gratificação pela minha participação nesta investigação.

Depois do anteriormente referido, concordo, voluntariamente, em participar no
estudo.

(Participante)

Data __/__/__

Investigadora: Filipa Isabel Madeira Correia Teixeira

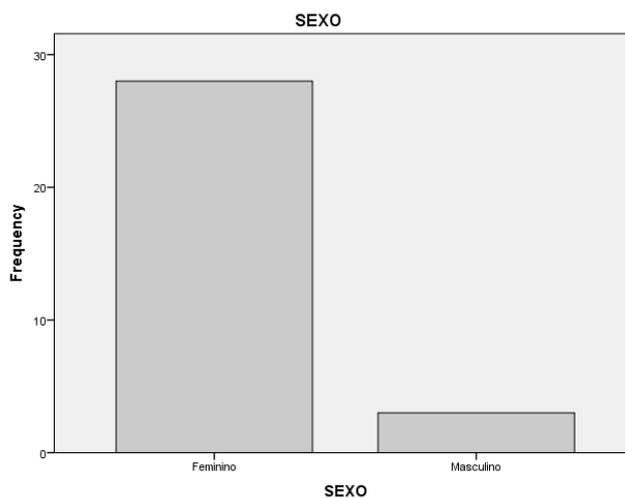
Contacto: 934157818

ANEXOIV: Outputs SPSS

Analise descritiva da Amostra

SEXO

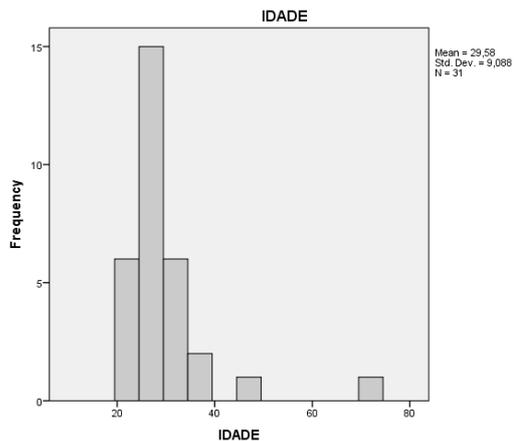
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Feminino	28	90,3	90,3	90,3
Valid Masculino	3	9,7	9,7	100,0
Total	31	100,0	100,0	



Statistics

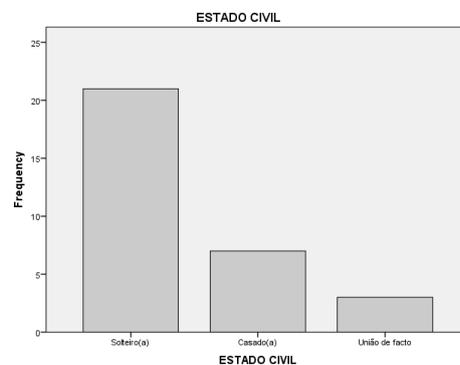
		IDADE
N	Valid	31
	Missing	0
Mean		29,58

Std. Deviation	9,088
Minimum	22
Maximum	71



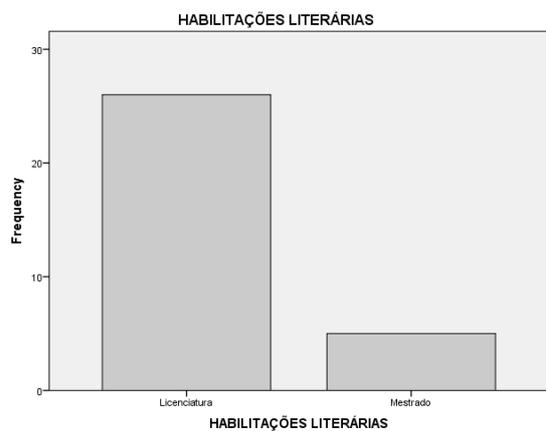
ESTADO CIVIL

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Solteiro(a)	21	67,7	67,7	67,7
Casado(a)	7	22,6	22,6	90,3
União de facto	3	9,7	9,7	100,0
Total	31	100,0	100,0	



HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

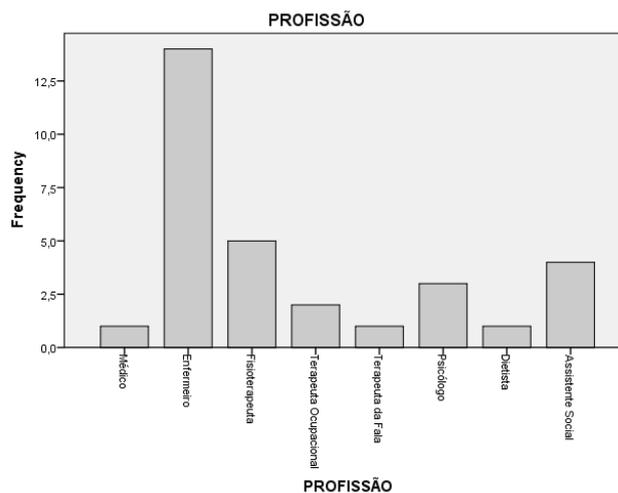
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Licenciatura	26	83,9	83,9	83,9
Valid Mestrado	5	16,1	16,1	100,0
Total	31	100,0	100,0	



PROFISSÃO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Médico	1	3,2	3,2	3,2

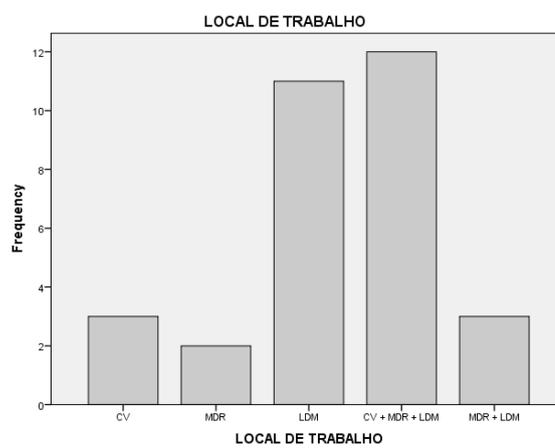
Enfermeiro	14	45,2	45,2	48,4
Fisioterapeuta	5	16,1	16,1	64,5
Terapeuta Ocupacional	2	6,5	6,5	71,0
Terapeuta da Fala	1	3,2	3,2	74,2
Psicólogo	3	9,7	9,7	83,9
Dietista	1	3,2	3,2	87,1
Assistente Social	4	12,9	12,9	100,0
Total	31	100,0	100,0	



LOCAL DE TRABALHO

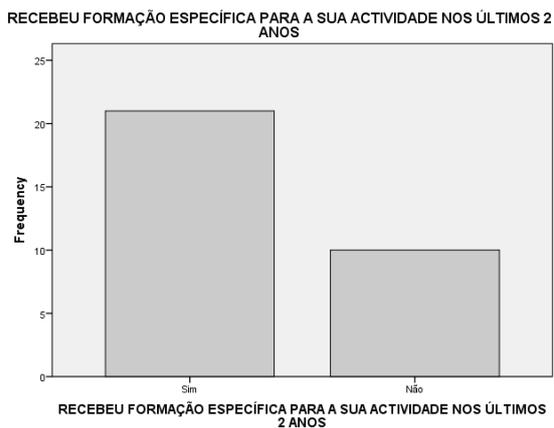
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid CV	3	9,7	9,7	9,7
MDR	2	6,5	6,5	16,1

LDM	11	35,5	35,5	51,6
CV + MDR + LDM	12	38,7	38,7	90,3
MDR + LDM	3	9,6	9,6	100,0
Total	31	100,0	100,0	



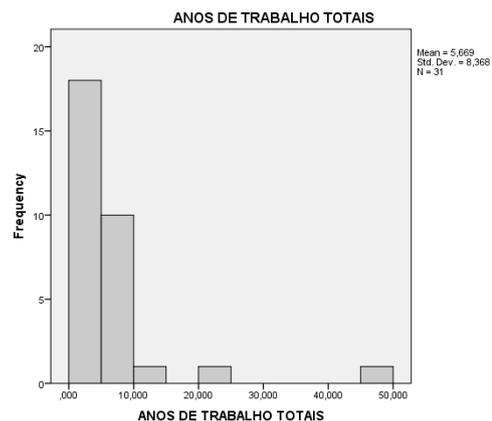
RECEBEU FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA A SUA ACTIVIDADE NOS ÚLTIMOS 2 ANOS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	21	67,7	67,7	67,7
Não	10	32,3	32,3	100,0
Total	31	100,0	100,0	



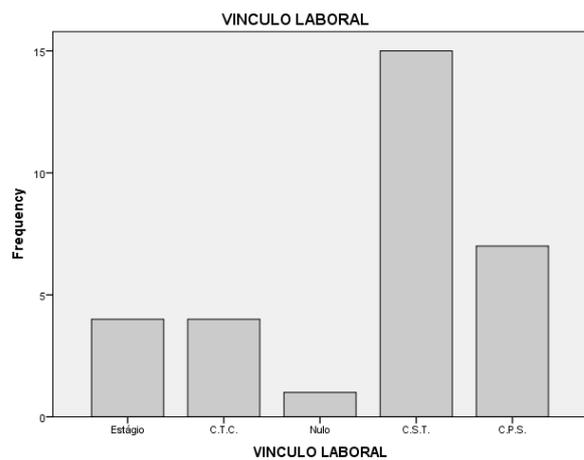
Statistics

		ANOS DE TRABALHO TOTAIS
N	Valid	31
	Missing	0
Mean		5,66923
Std. Deviation		8,368130
Minimum		,000
Maximum		45,000



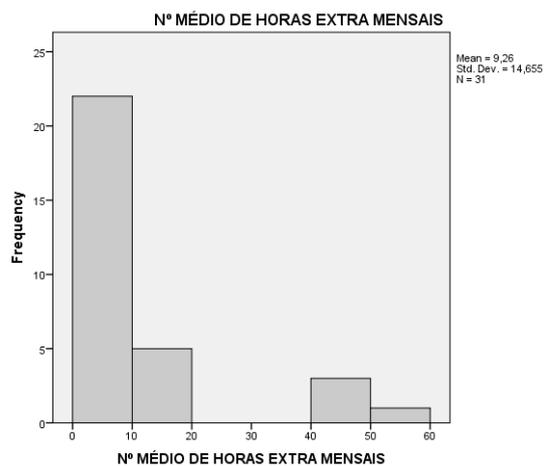
VINCULO LABORAL

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Estágio	4	12,9	12,9	12,9
C.T.C.	4	12,9	12,9	25,8
Nulo	1	3,2	3,2	29,0
C.S.T.	15	48,4	48,4	77,4
C.P.S.	7	22,6	22,6	100,0
Total	31	100,0	100,0	



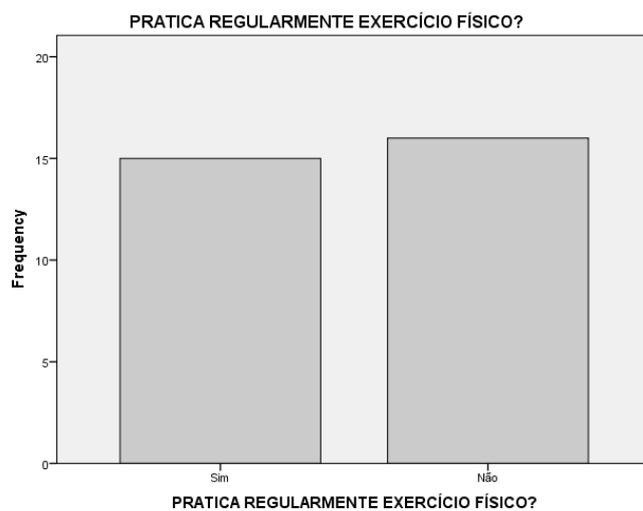
Statistics

		Nº MÉDIO DE HORAS EXTRA MENSAIS
N	Valid	31
	Missing	0
Mean		9,26
Std. Deviation		14,655
Minimum		0
Maximum		55



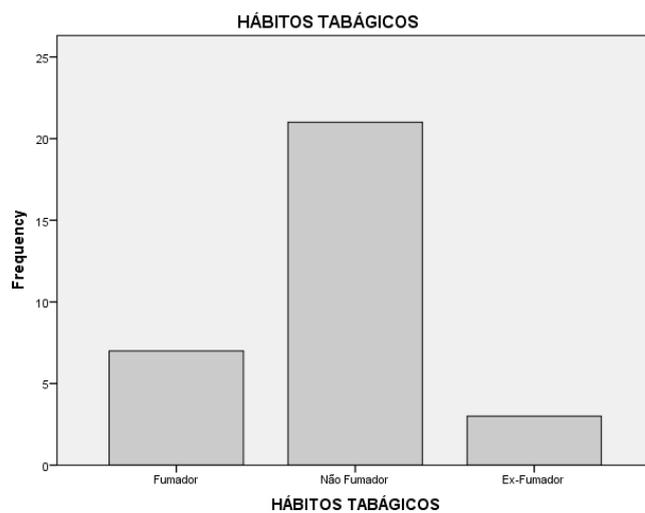
PRATICA REGULARMENTE EXERCÍCIO FÍSICO?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sim	15	48,4	48,4	48,4
Valid Não	16	51,6	51,6	100,0
Total	31	100,0	100,0	



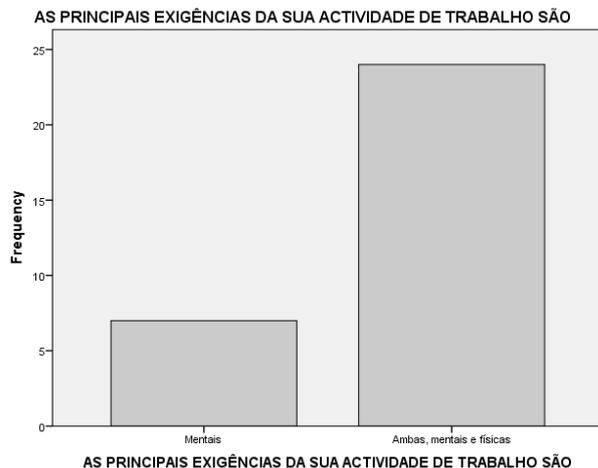
HÁBITOS TABÁGICOS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Fumador	7	22,6	22,6	22,6
Não Fumador	21	67,7	67,7	90,3
Ex-Fumador	3	9,7	9,7	100,0
Total	31	100,0	100,0	



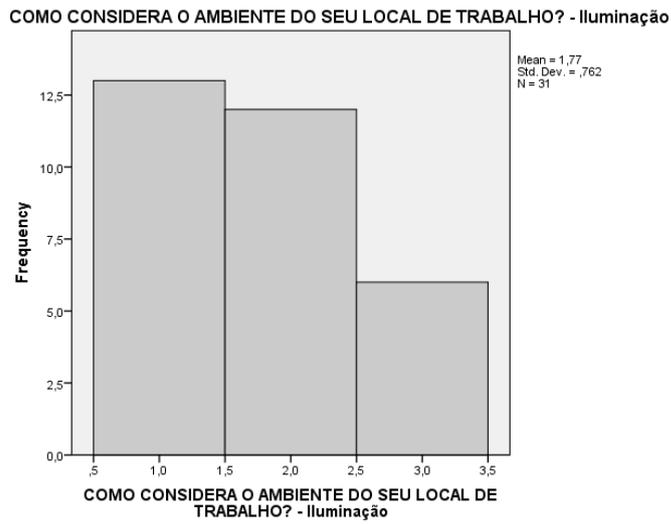
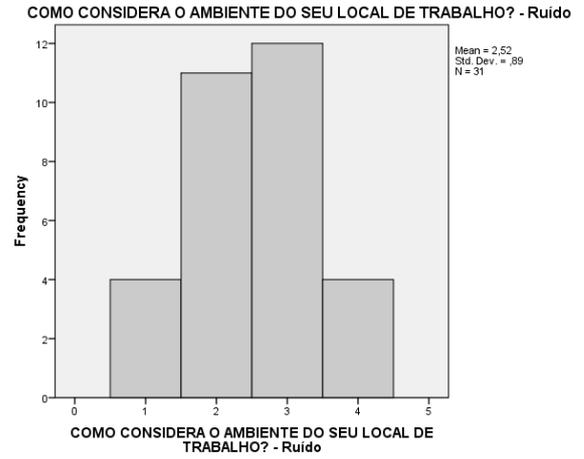
AS PRINCIPAIS EXIGÊNCIAS DA SUA ACTIVIDADE DE TRABALHO SÃO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Mentais	7	22,6	22,6	22,6
Valid Ambas, mentais e físicas	24	77,4	77,4	100,0
Total	31	100,0	100,0	

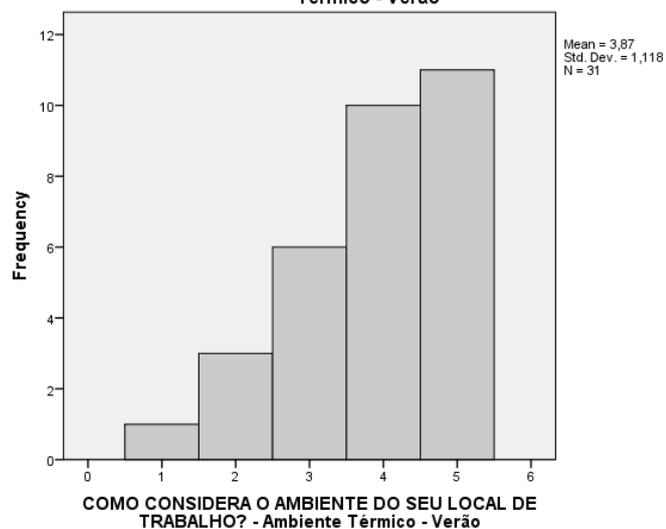


Statistics

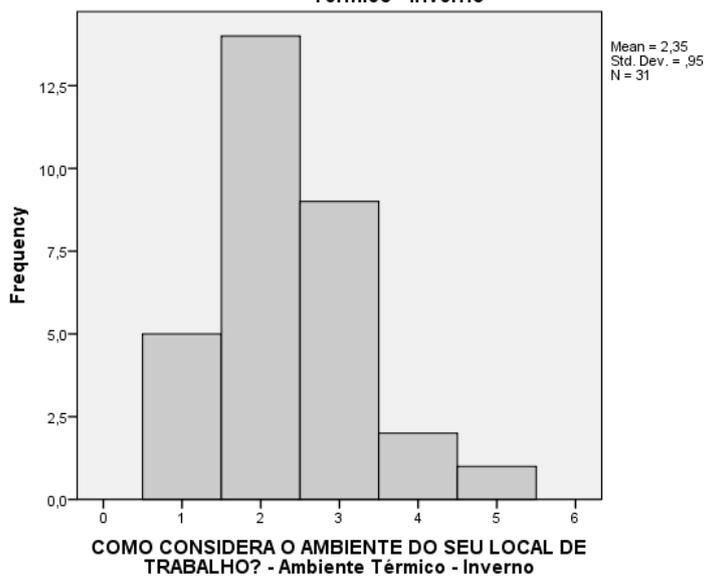
	COMO CONSIDERA O AMBIENTE DO SEU LOCAL DE TRABALHO? – Ruído	COMO CONSIDERA O AMBIENTE DO SEU LOCAL DE TRABALHO? - Iluminação	COMO CONSIDERA O AMBIENTE DO SEU LOCAL DE TRABALHO? - Ambiente Térmico - Verão	COMO CONSIDERA O AMBIENTE DO SEU LOCAL DE TRABALHO? - Ambiente Térmico - Inverno
N				
Valid	31	31	31	31
Missing	0	0	0	0
Mean	2,52	1,77	3,87	2,35
Std. Deviation	,890	,762	1,118	,950
Minimum	1	1	1	1
Maximum	4	3	5	5



COMO CONSIDERA O AMBIENTE DO SEU LOCAL DE TRABALHO? - Ambiente Térmico - Verão



COMO CONSIDERA O AMBIENTE DO SEU LOCAL DE TRABALHO? - Ambiente Térmico - Inverno



Consistencia Interna

Reliability

Scale: Exigências Quantitativas

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,630	3

Scale: Exigências Cognitivas

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,644	3

Scale: Influência no Trabalho

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,615	4

Scale: Possibilidades de Desenvolvimento

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,604	3

Scale: Previsibilidade

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,698	2

Scale: Transparência do papel laboral

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,794	3

Scale: Recompensas

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,708	3

Scale: Conflitos Laborais

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,653	3

Scale: Apoio Social de Colegas

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,648	3

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,367	3

Scale: Apoio Social de Superiores

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,916	3

Scale: Confiança Vertical

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,629	3

Scale: Comunidade Social

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,693	3

Scale: Justiça e Respeito

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,822	3

Scale: Qualidade da Liderança

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,898	4

Scale: Auto-Eficácia

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,619	2

Scale: Confiança Horizontal

Reliability Statistics

Scale: Significado do Trabalho

Cronbach's Alpha	N of Items
,678	3

Scale: Stress

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,724	2

Scale: Compromisso face ao local de trabalho

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,674	2

Scale: Sintomas Depressivos

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
0,642	2

Scale: Satisfação no trabalho

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,851	4

Scale: Conflito trabalho/família

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,847	3

Scale: Problemas em dormir

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,848	2

Scale: Burnout

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,799	2

Medias das Subescalas

Statistics

		Exigências_Q uantitativas	Ritmo_Trabalh o	Exigências_C ognitivas	Influência_Tra balho
N	Valid	31	31	31	31
	Missing	0	0	0	0
	Mean	2,4731	3,3871	3,9570	2,7661
	Std. Deviation	,61928	,80322	,42810	,71861
	Minimum	1,33	1,00	3,33	1,50
	Maximum	4,00	5,00	5,00	4,25

Statistics

		Exigências_Emo cionais	Possibilidades_D esenvolvimento	Previsibilidade	Transparência_P apel
N	Valid	31	31	31	31
	Missing	0	0	0	0
	Mean	4,0968	4,0968	3,5968	4,3226
	Std. Deviation	,78972	,57215	,70023	,59928
	Minimum	2,00	3,33	2,50	2,67
	Maximum	5,00	5,00	5,00	5,00

Statistics

		Recompensas	Conflitos_Laborais	Apoio_Social_Colegas	Apoio_Social_Superiores
N	Valid	31	31	31	31
	Missing	0	0	0	0
	Mean	3,7419	2,7849	3,8065	3,0538
	Std. Deviation	,61288	,56140	,49272	1,04384
	Minimum	2,00	1,67	2,67	1,00
	Maximum	4,67	4,00	5,00	5,00

Statistics

		Comunidade_Social	Qualidade_Liderança	Confiança_Horizontal	Confiança_Vertical
N	Valid	31	31	31	31
	Missing	0	0	0	0
	Mean	4,2151	3,4113	2,2473	3,8602
	Std. Deviation	,44346	,70282	,47115	,53593
	Minimum	3,33	1,75	1,33	2,67
	Maximum	5,00	5,00	3,00	4,67

Statistics

		Justiça_Respeito	Auto_eficácia	Significado_Trabalho	Compromisso_Local
--	--	------------------	---------------	----------------------	-------------------

N	Valid	31	31	30	31	
	Missing	0	0	1	0	
	Mean	3,5914	3,7903	4,3556	3,4355	
	Std. Deviation	,60068	,52874	,58679	,69212	
	Minimum	2,33	3,00	3,00	1,50	
	Maximum	5,00	5,00	5,00	5,00	
	Percentiles	2,33	2,3333	3,0000	3,0000	1,5000
		3,66	2,4475	3,0000	3,0000	1,5856
		5	2,7333	3,0000	3,0000	1,8000

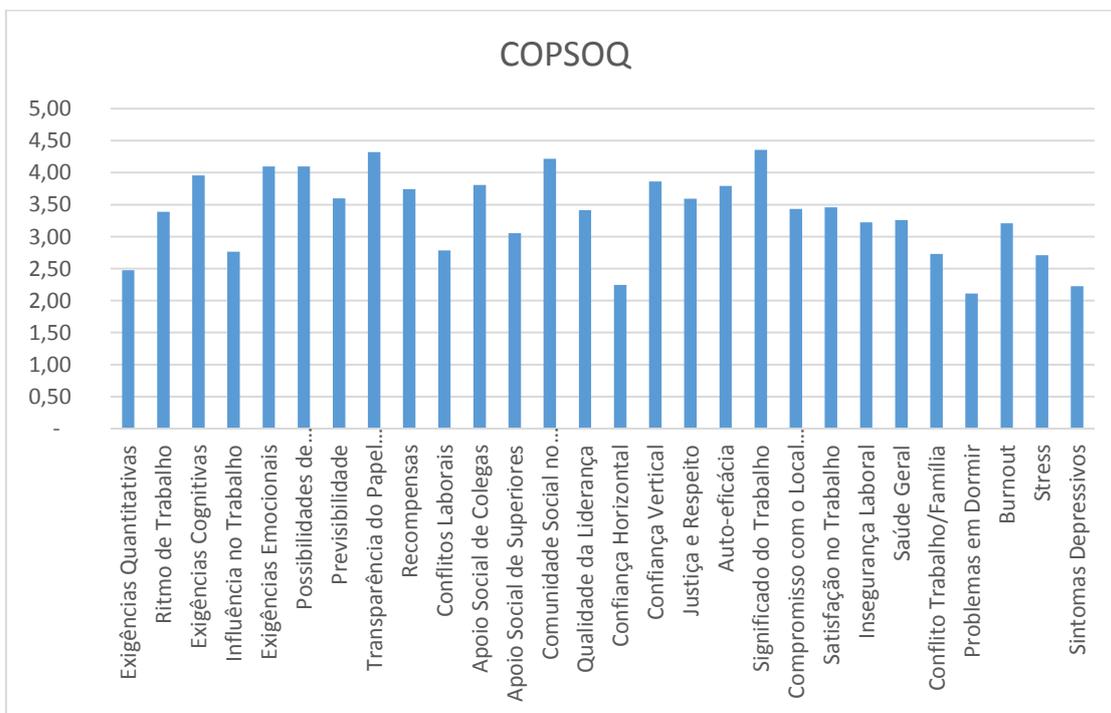
Statistics

		Satisfação_Trabalho	Insegurança_Laboral	Saúde_Geral	Conflito_Trabalho_Família
N	Valid	31	31	31	31
	Missing	0	0	0	0
	Mean	3,4597	3,2258	3,2581	2,7312
	Std. Deviation	,65859	1,43084	,68155	,97911
	Minimum	1,50	1,00	2,00	1,33
	Maximum	5,00	5,00	5,00	5,00

Statistics

		Problemas_Dormir	Burnout	Stress	Sintomas_Depressivos

N	Valid	31	31	31	31
	Missing	0	0	0	0
	Mean	2,1129	3,2097	2,7097	2,2258
	Std. Deviation	,96358	,82436	,79345	,77286
	Minimum	1,00	1,00	1,00	1,00
	Maximum	4,00	5,00	4,50	4,00



Variveis Vs COPSQQ

Sexo VS COPSQQ

Tests of Normality^{c,d}

SEXO		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Exigências_Quantitativas	Feminino	,138	27	,198	,961	27	,399
	Masculino	,175	3	.	1,000	3	1,000
Ritmo_Trabalho	Feminino	,275	27	,000	,810	27	,000
	Masculino	,175	3	.	1,000	3	1,000
Exigências_Cognitivas	Feminino	,206	27	,005	,915	27	,031
	Masculino	,175	3	.	1,000	3	1,000
Influência_Trabalho	Feminino	,134	27	,200 [*]	,968	27	,554
	Masculino	,253	3	.	,964	3	,637
Exigências_Emocionais	Feminino	,293	27	,000	,806	27	,000
	Masculino	,385	3	.	,750	3	,000
Possibilidades_Desenvolvimento	Feminino	,176	27	,031	,909	27	,022
	Masculino	,175	3	.	1,000	3	1,000
Previsibilidade	Feminino	,209	27	,004	,916	27	,031
	Masculino	,385	3	.	,750	3	,000
Transparência_Papel	Feminino	,196	27	,009	,910	27	,022
	Feminino	,196	27	,009	,937	27	,103
Recompensas	Masculino	,385	3	.	,750	3	,000
	Feminino	,149	27	,130	,944	27	,153
Conflitos_Laborais	Masculino	,385	3	.	,750	3	,000
	Feminino	,167	27	,053	,962	27	,400
Apoio_Social_Colegas	Masculino	,385	3	.	,750	3	,000

Apoio_Social_Superiores	Feminino	,138	27	,200*	,969	27	,588
	Masculino	,269	3	.	,949	3	,567
Comunidade_Social	Feminino	,234	27	,001	,915	27	,030
	Masculino	,253	3	.	,964	3	,637
Qualidade_Liderança	Feminino	,132	27	,200*	,966	27	,501
	Masculino	,204	3	.	,993	3	,843
Confiança_Horizontal	Feminino	,172	27	,038	,932	27	,080
	Masculino	,385	3	.	,750	3	,000
Confiança_Vertical	Feminino	,135	27	,200*	,949	27	,202
	Masculino	,175	3	.	1,000	3	1,000
Justiça_Respeito	Feminino	,191	27	,013	,929	27	,065
	Masculino	,292	3	.	,923	3	,463
Auto_eficácia	Feminino	,322	27	,000	,806	27	,000
	Masculino	,385	3	.	,750	3	,000
Significado_Trabalho	Feminino	,170	27	,045	,896	27	,011
	Masculino	,385	3	.	,750	3	,000
Compromisso_Local	Feminino	,228	27	,001	,928	27	,063
	Masculino	,385	3	.	,750	3	,000
Satisfação_Trabalho	Feminino	,209	27	,004	,879	27	,005
	Masculino	,175	3	.	1,000	3	1,000
Insegurança_Laboral	Feminino	,203	27	,006	,883	27	,006
	Masculino	,385	3	.	,750	3	,000
Saúde_Geral	Feminino	,357	27	,000	,788	27	,000
	Masculino	,385	3	.	,750	3	,000
Conflito_Trabalho_Família	Feminino	,149	27	,126	,946	27	,171
	Masculino	,204	3	.	,993	3	,843

Problemas_Dormir	Feminino	,217	27	,002	,861	27	,002
Burnout	Feminino	,153	27	,107	,927	27	,057
	Masculino	,292	3	.	,923	3	,463
Stress	Feminino	,179	27	,026	,929	27	,065
	Masculino	,175	3	.	1,000	3	1,000
Sintomas_Depressivos	Feminino	,198	27	,008	,936	27	,096
	Masculino	,175	3	.	1,000	3	1,000

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

c. Transparência_Papel is constant when SEXO = Masculino. It has been omitted.

d. Problemas_Dormir is constant when SEXO = Masculino. It has been omitted.

Test of Homogeneity of Variance^{a,c}

		Levene Statistic
Exigências_Quantitativas	Based on Mean	.b
Ritmo_Trabalho	Based on Mean	.b
Exigências_Cognitivas	Based on Mean	.b
Influência_Trabalho	Based on Mean	.b
Exigências_Emocionais	Based on Mean	.b
Possibilidades_Desenvolvimento	Based on Mean	.b
Previsibilidade	Based on Mean	.b
Transparência_Papel	Based on Mean	.b
Recompensas	Based on Mean	.b
Conflitos_Laborais	Based on Mean	.b
Apoio_Social_Colegas	Based on Mean	.b

Apoio_Social_Superiores	Based on Mean	. b
Comunidade_Social	Based on Mean	. b
Qualidade_Liderança	Based on Mean	. b
Confiança_Horizontal	Based on Mean	. b
Confiança_Vertical	Based on Mean	. b
Justiça_Respeito	Based on Mean	. b
Auto_eficácia	Based on Mean	. b
Significado_Trabalho	Based on Mean	. b
Compromisso_Local	Based on Mean	. b
Satisfação_Trabalho	Based on Mean	. b
Insegurança_Laboral	Based on Mean	. b
Saúde_Geral	Based on Mean	. b
Conflito_Trabalho_Família	Based on Mean	. b
Problemas_Dormir	Based on Mean	. b

a. Transparência_Papel is constant when SEXO = Masculino. It has been omitted.

b. There are not enough unique spread/level pairs to compute the Levene statistic.

c. Problemas_Dormir is constant when SEXO = Masculino. It has been omitted.

Nonparametric Tests

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Exigências_Quantitativas is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,636 ¹	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of Ritmo_Trabalho is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,462 ¹	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of Exigências_Cognitivas is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,256 ¹	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of Influência_Trabalho is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,881 ¹	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of Exigências_Emocionais is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,590 ¹	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of Possibilidades_Desenvolvimento is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,077 ¹	Retain the null hypothesis.
7	The distribution of Previsibilidade is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,975 ¹	Retain the null hypothesis.
8	The distribution of Transparência_Papel is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,014 ¹	Reject the null hypothesis.
9	The distribution of Recompensas is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,256 ¹	Retain the null hypothesis.
10	The distribution of Conflitos_Laborais is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,881 ¹	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

¹Exact significance is displayed for this test.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
11	The distribution of Apoio_Social_Colegas is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	1,000 ^d	Retain the null hypothesis.
12	The distribution of Apoio_Social_Superiores is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,462 ^d	Retain the null hypothesis.
13	The distribution of Comunidade_Social is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,635 ^d	Retain the null hypothesis.
14	The distribution of Qualidade_Liderança is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,140 ^d	Retain the null hypothesis.
15	The distribution of Confiança_Horizontal is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,875 ^d	Retain the null hypothesis.
16	The distribution of Confiança_Vertical is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,729 ^d	Retain the null hypothesis.
17	The distribution of Justiça_Respeito is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,545 ^d	Retain the null hypothesis.
18	The distribution of Auto_eficácia is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,159 ^d	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

^dExact significance is displayed for this test.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
19	The distribution of Significado_Trabalho is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,226 ^d	Retain the null hypothesis.
20	The distribution of Compromisso_Local is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,545 ^d	Retain the null hypothesis.
21	The distribution of Satisfação_Trabalho is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,316 ^d	Retain the null hypothesis.
22	The distribution of Insegurança_Laboral is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,055 ^d	Retain the null hypothesis.
23	The distribution of Saúde_Geral is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,729 ^d	Retain the null hypothesis.
24	The distribution of Conflito_Trabalho_Família is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,875 ^d	Retain the null hypothesis.
25	The distribution of Problemas_Dormir is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,777 ^d	Retain the null hypothesis.
26	The distribution of Burnout is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,349 ^d	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

^dExact significance is displayed for this test.

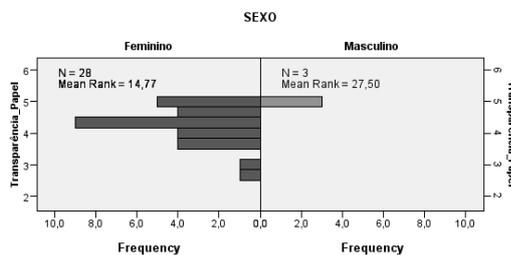
Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
27	The distribution of Stress is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,204 ¹	Retain the null hypothesis.
28	The distribution of Sintomas_Depressivos is the same across categories of SEXO.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,077 ¹	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

¹Exact significance is displayed for this test.

Independent-Samples Mann-Whitney U Test



Total N	31
Mann-Whitney U	76,500
Wilcoxon W	82,500
Test Statistic	76,500
Standard Error	14,609
Standardized Test Statistic	2,362
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,018
Exact Sig. (2-sided test)	,014

Idade VS COPSQQ

Correlations

Correlations

		IDADE
Exigências_Quantitativas	Pearson Correlation	-,175
	Sig. (2-tailed)	,347
	N	31

	Pearson Correlation	-,128
Ritmo_Trabalho	Sig. (2-tailed)	,494
	N	31
	Pearson Correlation	-,150
Exigências_Cognitivas	Sig. (2-tailed)	,419
	N	31
	Pearson Correlation	-,027
Influência_Trabalho	Sig. (2-tailed)	,885
	N	31
	Pearson Correlation	-,208
Exigências_Emocionais	Sig. (2-tailed)	,262
	N	31
	Pearson Correlation	-,124
Possibilidades_Desenvolvim ento	Sig. (2-tailed)	,505
	N	31
	Pearson Correlation	,109
Previsibilidade	Sig. (2-tailed)	,560
	N	31
	Pearson Correlation	,197
Transparência_Papel	Sig. (2-tailed)	,288
	N	31
	Pearson Correlation	,259
Recompensas	Sig. (2-tailed)	,159
	N	31
	Pearson Correlation	,132
Conflitos_Laborais	Sig. (2-tailed)	,479

	N	31
	Pearson Correlation	,056
Apoio_Social_Colegas	Sig. (2-tailed)	,766
	N	31
	Pearson Correlation	-,147
Apoio_Social_Superiores	Sig. (2-tailed)	,429
	N	31
	Pearson Correlation	-,104
Comunidade_Social	Sig. (2-tailed)	,579
	N	31
	Pearson Correlation	,050
Qualidade_Liderança	Sig. (2-tailed)	,789
	N	31
	Pearson Correlation	-,276
Confiança_Horizontal	Sig. (2-tailed)	,133
	N	31
	Pearson Correlation	,318
Confiança_Vertical	Sig. (2-tailed)	,081
	N	31
	Pearson Correlation	,369*
Justiça_Respeito	Sig. (2-tailed)	,041
	N	31
	Pearson Correlation	,335
Auto_eficácia	Sig. (2-tailed)	,066
	N	31
Significado_Trabalho	Pearson Correlation	,063

	Sig. (2-tailed)	,741
	N	30
	Pearson Correlation	,062
Compromisso_Local	Sig. (2-tailed)	,741
	N	31
	Pearson Correlation	-,121
Satisfação_Trabalho	Sig. (2-tailed)	,516
	N	31
	Pearson Correlation	-,190
Insegurança_Laboral	Sig. (2-tailed)	,306
	N	31
	Pearson Correlation	-,326
Saúde_Geral	Sig. (2-tailed)	,073
	N	31
	Pearson Correlation	-,125
Conflito_Trabalho_Família	Sig. (2-tailed)	,501
	N	31
	Pearson Correlation	,143
Problemas_Dormir	Sig. (2-tailed)	,444
	N	31
	Pearson Correlation	-,224
Burnout	Sig. (2-tailed)	,226
	N	31
	Pearson Correlation	-,209
Stress	Sig. (2-tailed)	,258
	N	31

	Pearson Correlation	-,209
Sintomas_Depressivos	Sig. (2-tailed)	,259
	N	31

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

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

EstadoCivil VS COPSOQ

Nonparametric Tests

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Exigências_Quantitativas is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,295	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of Ritmo_Trabalho is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,925	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of Exigências_Cognitivas is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,981	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of Influência_Trabalho is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,093	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of Exigências_Emocionais is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,367	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of Possibilidades_Desenvolvimento is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,890	Retain the null hypothesis.
7	The distribution of Previsibilidade is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,771	Retain the null hypothesis.
8	The distribution of Transparência_Papel is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,295	Retain the null hypothesis.
9	The distribution of Recompensas is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,259	Retain the null hypothesis.
10	The distribution of Conflitos_Laborais is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,560	Retain the null hypothesis.
11	The distribution of Apoio_Social_Colegas is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,099	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Hypothesis Test Summary

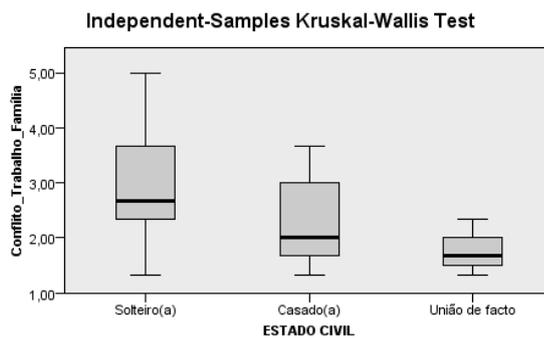
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
12	The distribution of Apoio_Social_Superiores is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,654	Retain the null hypothesis.
13	The distribution of Comunidade_Social is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,165	Retain the null hypothesis.
14	The distribution of Qualidade_Liderança is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,497	Retain the null hypothesis.
15	The distribution of Confiança_Horizontal is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,288	Retain the null hypothesis.
16	The distribution of Confiança_Vertical is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,596	Retain the null hypothesis.
17	The distribution of Justiça_Respeito is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,224	Retain the null hypothesis.
18	The distribution of Auto_eficácia is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,283	Retain the null hypothesis.
19	The distribution of Significado_Trabalho is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,886	Retain the null hypothesis.
20	The distribution of Compromisso_Local is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,818	Retain the null hypothesis.
21	The distribution of Satisfação_Trabalho is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,876	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Hypothesis Test Summary

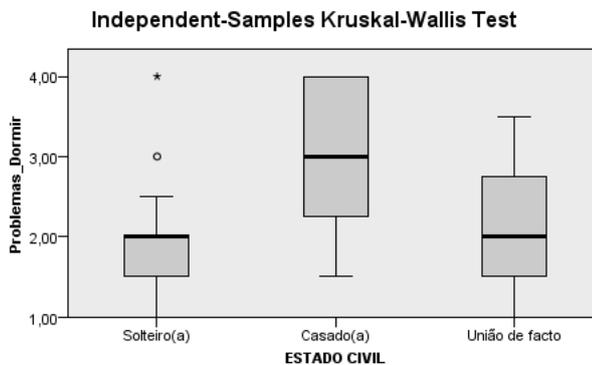
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
22	The distribution of Insegurança_Laboral is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,504	Retain the null hypothesis.
23	The distribution of Saúde_Geral is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,902	Retain the null hypothesis.
24	The distribution of Conflito_Trabalho_Família is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,046	Reject the null hypothesis.
25	The distribution of Problemas_Dormir is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,035	Reject the null hypothesis.
26	The distribution of Burnout is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,502	Retain the null hypothesis.
27	The distribution of Stress is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,368	Retain the null hypothesis.
28	The distribution of Sintomas_Depressivos is the same across categories of ESTADO CIVIL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,353	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.



Total N	31
Test Statistic	6,163
Degrees of Freedom	2
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,046

1. The test statistic is adjusted for ties.



Total N	31
Test Statistic	6,684
Degrees of Freedom	2
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,035

1. The test statistic is adjusted for ties.

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) ESTADO CIVIL	(J) ESTADO CIVIL	Mean Difference (I-J)	Std. Error
Rank of Conflito_Trabalho_Familia	Solteiro(a)	Casado(a)	6,214286	3,636081
		União de facto	12,071429*	5,142196
	Casado(a)	Solteiro(a)	-6,214286	3,636081
		União de facto	5,857143	5,749150
	União de facto	Solteiro(a)	-12,071429*	5,142196
		Casado(a)	-5,857143	5,749150
Rank of Problemas_Dormir	Solteiro(a)	Casado(a)	-10,000000*	3,529757
		União de facto	-2,500000	4,991830
	Casado(a)	Solteiro(a)	10,000000*	3,529757
		União de facto	7,500000	5,581036
	União de facto	Solteiro(a)	2,500000	4,991830
		Casado(a)	-7,500000	5,581036

Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) ESTADO CIVIL	(J) ESTADO CIVIL	Sig.	95% Confidence Interval
				Lower Bound
Rank of Conflito_Trabalho_Familia	Solteiro(a)	Casado(a)	,099	-1,23389
		União de facto	,026*	1,53812
	Casado(a)	Solteiro(a)	,099	-13,66246
		União de facto	,317	-5,91946
	União de facto	Solteiro(a)	,026*	-22,60474
		Casado(a)	,317	-17,63374
Rank of Problemas_Dormir	Solteiro(a)	Casado(a)	,008*	-17,23038
		União de facto	,620	-12,72530
	Casado(a)	Solteiro(a)	,008*	2,76962
		União de facto	,190	-3,93223
	União de facto	Solteiro(a)	,620	-7,72530
		Casado(a)	,190	-18,93223

Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) ESTADO CIVIL	(J) ESTADO CIVIL	95% Confidence Interval
			Upper Bound
Rank of Conflito_Trabalho_Família	Solteiro(a)	Casado(a)	13,66246
		União de facto	22,60474*
	Casado(a)	Solteiro(a)	1,23389
		União de facto	17,63374
	União de facto	Solteiro(a)	-1,53812*
		Casado(a)	5,91946
Rank of Problemas_Dormir	Solteiro(a)	Casado(a)	-2,76962*
		União de facto	7,72530
	Casado(a)	Solteiro(a)	17,23038*
		União de facto	18,93223
	União de facto	Solteiro(a)	12,72530
		Casado(a)	3,93223

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Habilitações Literárias VS COPSOQ

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Exigências_Quantitativas is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,620 ¹	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of Ritmo_Trabalho is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,176 ¹	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of Exigências_Cognitivas is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,658 ¹	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of Influência_Trabalho is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,257 ¹	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of Exigências_Emocionais is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,031 ¹	Reject the null hypothesis.
6	The distribution of Possibilidades_Desenvolvimento is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,938 ¹	Retain the null hypothesis.
7	The distribution of Previsibilidade is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,358 ¹	Retain the null hypothesis.
8	The distribution of Transparência_Papel is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,775 ¹	Retain the null hypothesis.
9	The distribution of Recompensas is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,775 ¹	Retain the null hypothesis.
10	The distribution of Conflitos_Laborais is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,775 ¹	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

¹Exact significance is displayed for this test.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
11	The distribution of Apoio_Social_Colegas is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,176 ¹	Retain the null hypothesis.
12	The distribution of Apoio_Social_Superiores is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,387 ¹	Retain the null hypothesis.
13	The distribution of Comunidade_Social is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,480 ¹	Retain the null hypothesis.
14	The distribution of Qualidade_Liderança is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,448 ¹	Retain the null hypothesis.
15	The distribution of Confiança_Horizontal is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,514 ¹	Retain the null hypothesis.
16	The distribution of Confiança_Vertical is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,815 ¹	Retain the null hypothesis.
17	The distribution of Justiça_Respeito is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	1,000 ¹	Retain the null hypothesis.
18	The distribution of Auto_eficácia is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,696 ¹	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

¹Exact significance is displayed for this test.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
19	The distribution of Significado_Trabalho is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,416 ¹	Retain the null hypothesis.
20	The distribution of Compromisso_Local is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,214 ¹	Retain the null hypothesis.
21	The distribution of Satisfação_Trabalho is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,235 ¹	Retain the null hypothesis.
22	The distribution of Insegurança_Laboral is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	1,000 ¹	Retain the null hypothesis.
23	The distribution of Saúde_Geral is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,979 ¹	Retain the null hypothesis.
24	The distribution of Conflito_Trabalho_Família is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,305 ¹	Retain the null hypothesis.
25	The distribution of Problemas_Dormir is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,897 ¹	Retain the null hypothesis.
26	The distribution of Burnout is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,129 ¹	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

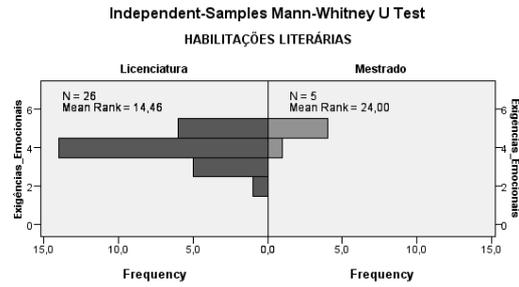
¹Exact significance is displayed for this test.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
27	The distribution of Stress is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,856 ¹	Retain the null hypothesis.
28	The distribution of Sintomas_Depressivos is the same across categories of HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	1,000 ¹	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

¹Exact significance is displayed for this test.



Total N	31
Mann-Whitney U	105,000
Wilcoxon W	120,000
Test Statistic	105,000
Standard Error	17,164
Standardized Test Statistic	2,330
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,020
Exact Sig. (2-sided test)	,031

Local de Trabalho Vs COPSOQ

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Exigências_Quantitativas is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent Samples Kruskal-Wallis Test	,074	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of Ritmo_Trabalho is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent Samples Kruskal-Wallis Test	,271	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of Exigências_Cognitivas is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent Samples Kruskal-Wallis Test	,337	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of Influência_Trabalho is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent Samples Kruskal-Wallis Test	,593	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of Exigências_Emocionais is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent Samples Kruskal-Wallis Test	,121	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of Possibilidades_Desenvolvimento is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent Samples Kruskal-Wallis Test	,515	Retain the null hypothesis.
7	The distribution of Previsibilidade is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent Samples Kruskal-Wallis Test	,519	Retain the null hypothesis.
8	The distribution of Transparência_Papel is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent Samples Kruskal-Wallis Test	,279	Retain the null hypothesis.
9	The distribution of Recompensas is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent Samples Kruskal-Wallis Test	,322	Retain the null hypothesis.
10	The distribution of Conflitos_Laborais is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent Samples Kruskal-Wallis Test	,343	Retain the null hypothesis.
11	The distribution of Apoio_Social_Colegas is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent Samples Kruskal-Wallis Test	,319	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Hypothesis Test Summary

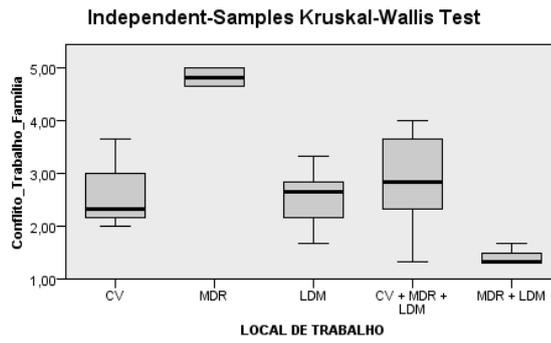
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
12	The distribution of Apoio_Social_Superiores is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.402	Retain the null hypothesis.
13	The distribution of Comunidade_Social is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.602	Retain the null hypothesis.
14	The distribution of Qualidade_Liderança is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.741	Retain the null hypothesis.
15	The distribution of Confiança_Horizontal is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.143	Retain the null hypothesis.
16	The distribution of Confiança_Vertical is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.168	Retain the null hypothesis.
17	The distribution of Justiça_Respeito is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.391	Retain the null hypothesis.
18	The distribution of Auto_eficácia is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.280	Retain the null hypothesis.
19	The distribution of Significado_Trabalho is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.816	Retain the null hypothesis.
20	The distribution of Compromisso_Local is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.618	Retain the null hypothesis.
21	The distribution of Satisfação_Trabalho is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.711	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Hypothesis Test Summary

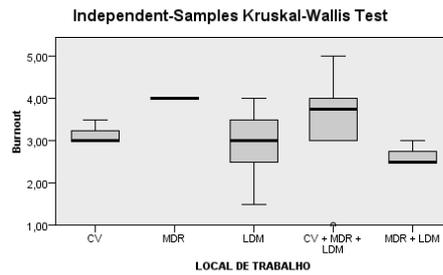
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
22	The distribution of Insegurança_Laboral is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.434	Retain the null hypothesis.
23	The distribution of Saúde_Geral is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.715	Retain the null hypothesis.
24	The distribution of Conflito_Trabalho_Família is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.015	Reject the null hypothesis.
25	The distribution of Problemas_Dormir is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.488	Retain the null hypothesis.
26	The distribution of Burnout is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.046	Reject the null hypothesis.
27	The distribution of Stress is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.178	Retain the null hypothesis.
28	The distribution of Sintomas_Depressivos is the same across categories of LOCAL DE TRABALHO.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.461	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.



Total N	31
Test Statistic	12,292
Degrees of Freedom	4
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,015

1. The test statistic is adjusted for ties.



Total N	31
Test Statistic	9,703
Degrees of Freedom	4
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,046

1. The test statistic is adjusted for ties.

Formação específica VS COPSOQ

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Exigências_Quantitativas is the same across categories of RECEBEU FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA A SUA ACTIVIDADE NOS ÚLTIMOS 2 ANOS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.819 ¹	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of Ritmo_Trabalho is the same across categories of RECEBEU FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA A SUA ACTIVIDADE NOS ÚLTIMOS 2 ANOS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.265 ¹	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of Exigências_Cognitivas is the same across categories of RECEBEU FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA A SUA ACTIVIDADE NOS ÚLTIMOS 2 ANOS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.884 ¹	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of Influência_Trabalho is the same across categories of RECEBEU FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA A SUA ACTIVIDADE NOS ÚLTIMOS 2 ANOS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.787 ¹	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of Exigências_Emocionais is the same across categories of RECEBEU FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA A SUA ACTIVIDADE NOS ÚLTIMOS 2 ANOS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.306 ¹	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of Possibilidades_Desenvolvimento is the same across categories of RECEBEU FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA A SUA ACTIVIDADE NOS ÚLTIMOS 2 ANOS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.048 ¹	Reject the null hypothesis.
7	The distribution of Previsibilidade is the same across categories of RECEBEU FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA A SUA ACTIVIDADE NOS ÚLTIMOS 2 ANOS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.105 ¹	Retain the null hypothesis.
8	The distribution of Transparência_Papel is the same across categories of RECEBEU FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA A SUA ACTIVIDADE NOS ÚLTIMOS 2 ANOS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.009 ¹	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

¹Exact significance is displayed for this test.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
9	The distribution of Recompensas is the same across categories of RECEBEU FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA A SUA ACTIVIDADE NOS ÚLTIMOS 2 ANOS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.002 ¹	Reject the null hypothesis.
10	The distribution of Conflitos_Laborais is the same across categories of RECEBEU FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA A SUA ACTIVIDADE NOS ÚLTIMOS 2 ANOS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.819 ¹	Retain the null hypothesis.
11	The distribution of Apoio_Social_Colegas is the same across categories of RECEBEU FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA A SUA ACTIVIDADE NOS ÚLTIMOS 2 ANOS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.079 ¹	Retain the null hypothesis.
12	The distribution of Apoio_Social_Superiores is the same across categories of RECEBEU FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA A SUA ACTIVIDADE NOS ÚLTIMOS 2 ANOS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.015 ¹	Reject the null hypothesis.
13	The distribution of Comunidade_Social is the same across categories of RECEBEU FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA A SUA ACTIVIDADE NOS ÚLTIMOS 2 ANOS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.010 ¹	Reject the null hypothesis.
14	The distribution of Qualidade_Liderança is the same across categories of RECEBEU FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA A SUA ACTIVIDADE NOS ÚLTIMOS 2 ANOS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.003 ¹	Reject the null hypothesis.
15	The distribution of Confiança_Horizontal is the same across categories of RECEBEU FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA A SUA ACTIVIDADE NOS ÚLTIMOS 2 ANOS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.079 ¹	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

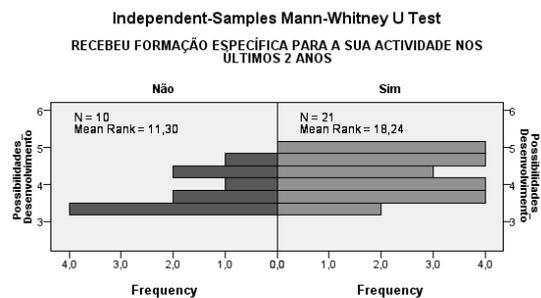
¹Exact significance is displayed for this test.

Hypothesis Test Summary

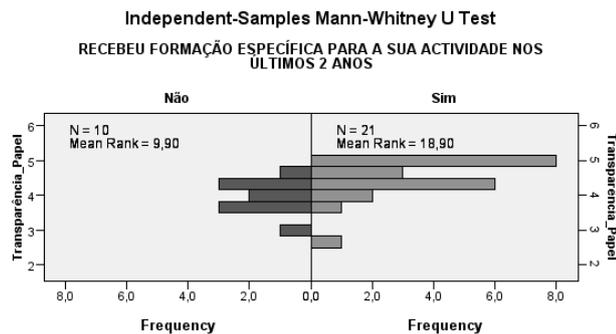
	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
23	The distribution of Saúde_Geral is the same across categories of RECEBEU FORMAÇÃO ESPECIFICA PARA A SUA ACTIVIDADE NOS ÚLTIMOS 2 ANOS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,186 ¹	Retain the null hypothesis.
24	The distribution of Conflito_Trabalho_Familia is the same across categories of RECEBEU FORMAÇÃO ESPECIFICA PARA A SUA ACTIVIDADE NOS ÚLTIMOS 2 ANOS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,950 ¹	Retain the null hypothesis.
25	The distribution of Problemas_Dormir is the same across categories of RECEBEU FORMAÇÃO ESPECIFICA PARA A SUA ACTIVIDADE NOS ÚLTIMOS 2 ANOS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,724 ¹	Retain the null hypothesis.
26	The distribution of Burnout is the same across categories of RECEBEU FORMAÇÃO ESPECIFICA PARA A SUA ACTIVIDADE NOS ÚLTIMOS 2 ANOS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,852 ¹	Retain the null hypothesis.
27	The distribution of Stress is the same across categories of RECEBEU FORMAÇÃO ESPECIFICA PARA A SUA ACTIVIDADE NOS ÚLTIMOS 2 ANOS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,306 ¹	Retain the null hypothesis.
28	The distribution of Sintomas_Depressivos is the same across categories of RECEBEU FORMAÇÃO ESPECIFICA PARA A SUA ACTIVIDADE NOS ÚLTIMOS 2 ANOS.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,893 ¹	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

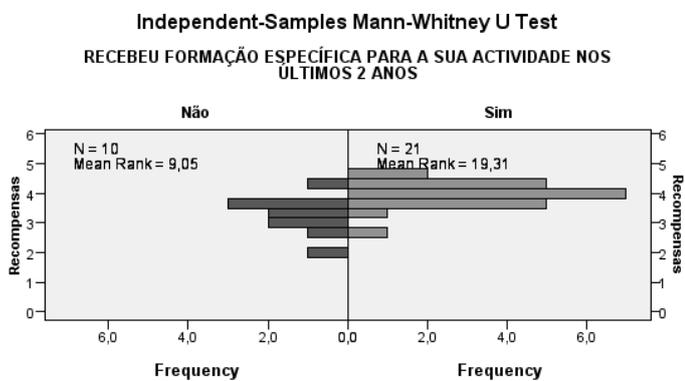
¹Exact significance is displayed for this test.



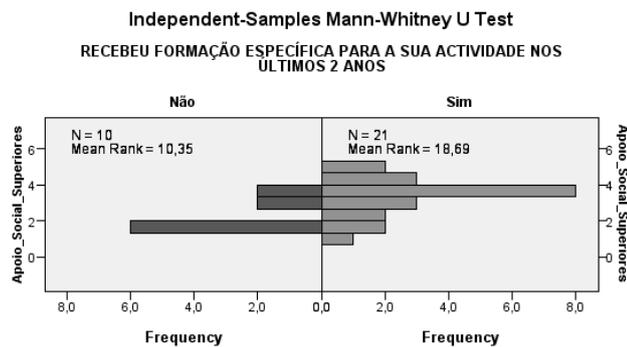
Total N	31
Mann-Whitney U	58,000
Wilcoxon W	113,000
Test Statistic	58,000
Standard Error	23,328
Standardized Test Statistic	-2,015
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,044
Exact Sig. (2-sided test)	,048



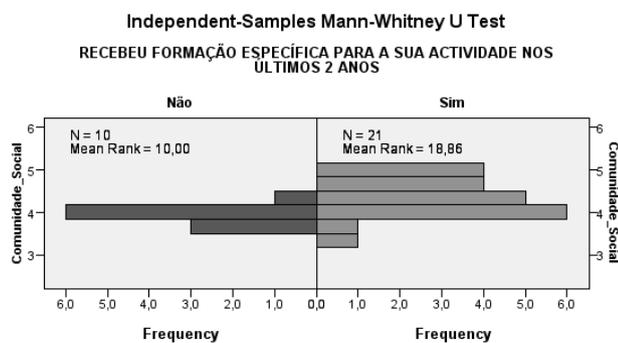
Total N	31
Mann-Whitney U	44,000
Wilcoxon W	99,000
Test Statistic	44,000
Standard Error	23,099
Standardized Test Statistic	-2,641
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,008
Exact Sig. (2-sided test)	,009



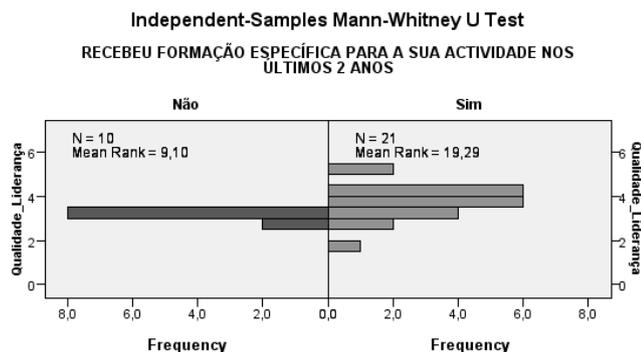
Total N	31
Mann-Whitney U	35,500
Wilcoxon W	90,500
Test Statistic	35,500
Standard Error	23,226
Standardized Test Statistic	-2,992
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,003
Exact Sig. (2-sided test)	,002



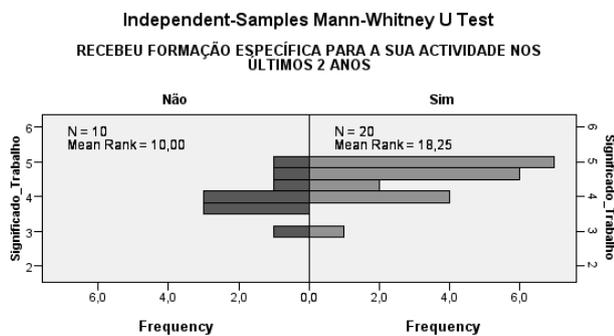
Total N	31
Mann-Whitney U	48,500
Wilcoxon W	103,500
Test Statistic	48,500
Standard Error	23,492
Standardized Test Statistic	-2,405
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,016
Exact Sig. (2-sided test)	,015



Total N	31
Mann-Whitney U	45,000
Wilcoxon W	100,000
Test Statistic	45,000
Standard Error	22,812
Standardized Test Statistic	-2,630
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,009
Exact Sig. (2-sided test)	,010



Total N	31
Mann-Whitney U	36,000
Wilcoxon W	91,000
Test Statistic	36,000
Standard Error	23,429
Standardized Test Statistic	-2,945
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,003
Exact Sig. (2-sided test)	,003



Total N	30
Mann-Whitney U	45,000
Wilcoxon W	100,000
Test Statistic	45,000
Standard Error	22,206
Standardized Test Statistic	-2,477
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,013
Exact Sig. (2-sided test)	,015

Anos de Trabalho VS COPSOQ

Correlations

		ANOS DE TRABALHO TOTAIS
	Pearson Correlation	1
ANOS DE TRABALHO TOTAIS	Sig. (2-tailed)	
	N	31
	Pearson Correlation	-,081
Exigências_Quantitativas	Sig. (2-tailed)	,665
	N	31
	Pearson Correlation	-,090
Ritmo_Trabalho	Sig. (2-tailed)	,631
	N	31
	Pearson Correlation	-,155
Exigências_Cognitivas	Sig. (2-tailed)	,404
	N	31
	Pearson Correlation	-,045
Influência_Trabalho	Sig. (2-tailed)	,810
	N	31
	Pearson Correlation	-,223
Exigências_Emocionais	Sig. (2-tailed)	,227
	N	31
	Pearson Correlation	-,104
Possibilidades_Desenvolvimento	Sig. (2-tailed)	,577

	N	31
	Pearson Correlation	,088
Previsibilidade	Sig. (2-tailed)	,638
	N	31
	Pearson Correlation	,133
Transparência_Papel	Sig. (2-tailed)	,477
	N	31
	Pearson Correlation	,244
Recompensas	Sig. (2-tailed)	,185
	N	31
	Pearson Correlation	,195
Conflitos_Laborais	Sig. (2-tailed)	,294
	N	31
	Pearson Correlation	-,022
Apoio_Social_Colegas	Sig. (2-tailed)	,908
	N	31
	Pearson Correlation	-,221
Apoio_Social_Superiores	Sig. (2-tailed)	,232
	N	31
	Pearson Correlation	-,143
Comunidade_Social	Sig. (2-tailed)	,442
	N	31
	Pearson Correlation	,014
Qualidade_Liderança	Sig. (2-tailed)	,939
	N	31
Confiança_Horizontal	Pearson Correlation	-,201

	Sig. (2-tailed)	,278
	N	31
	Pearson Correlation	,301
Confiança_Vertical	Sig. (2-tailed)	,100
	N	31
	Pearson Correlation	,319
Justiça_Respeito	Sig. (2-tailed)	,080
	N	31
	Pearson Correlation	,285
Auto_eticácia	Sig. (2-tailed)	,120
	N	31
	Pearson Correlation	,021
Significado_Trabalho	Sig. (2-tailed)	,911
	N	30
	Pearson Correlation	,122
Compromisso_Local	Sig. (2-tailed)	,513
	N	31
	Pearson Correlation	-,129
Satisfação_Trabalho	Sig. (2-tailed)	,490
	N	31
	Pearson Correlation	-,253
Insegurança_Laboral	Sig. (2-tailed)	,169
	N	31
	Pearson Correlation	-,374*
Saúde_Geral	Sig. (2-tailed)	,038
	N	31

	Pearson Correlation	-,092
Conflito_Trabalho_Família	Sig. (2-tailed)	,624
	N	31
	Pearson Correlation	,131
Problemas_Dormir	Sig. (2-tailed)	,483
	N	31
	Pearson Correlation	-,216
Burnout	Sig. (2-tailed)	,243
	N	31
	Pearson Correlation	-,214
Stress	Sig. (2-tailed)	,247
	N	31
	Pearson Correlation	-,150
Sintomas_Depressivos	Sig. (2-tailed)	,421
	N	31

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

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

Vinculo Laboral VS COPSOQ

Nonparametric Tests

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Exigências_Quantitativas is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,814	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of Ritmo_Trabalho is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,898	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of Exigências_Cognitivas is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,024	Reject the null hypothesis.
4	The distribution of Influência_Trabalho is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,743	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of Exigências_Emocionais is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,306	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of Possibilidades_Desenvolvimento is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,030	Reject the null hypothesis.
7	The distribution of Previsibilidade is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,357	Retain the null hypothesis.
8	The distribution of Transparência_Papel is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,405	Retain the null hypothesis.
9	The distribution of Recompensas is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,206	Retain the null hypothesis.
10	The distribution of Conflitos_Labovis is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,862	Retain the null hypothesis.
11	The distribution of Apoio_Social_Colegas is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,342	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
12	The distribution of Apoio_Social_Superiores is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,247	Retain the null hypothesis.
13	The distribution of Comunidade_Social is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,255	Retain the null hypothesis.
14	The distribution of Qualidade_Liderança is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,048	Reject the null hypothesis.
15	The distribution of Confiança_Horizontal is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,501	Retain the null hypothesis.
16	The distribution of Confiança_Vertical is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,487	Retain the null hypothesis.
17	The distribution of Justiça_Respeito is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,377	Retain the null hypothesis.
18	The distribution of Auto_eficácia is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,097	Retain the null hypothesis.
19	The distribution of Significado_Trabalho is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,074	Retain the null hypothesis.
20	The distribution of Compromisso_Local is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,382	Retain the null hypothesis.
21	The distribution of Satisfação_Trabalho is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,026	Reject the null hypothesis.

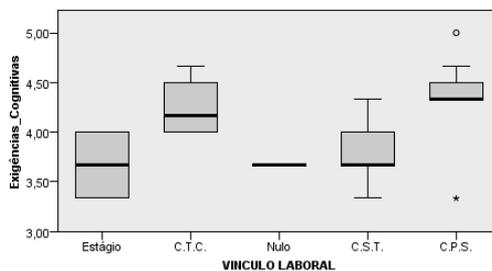
Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
22	The distribution of Insegurança_Laboral is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,221	Retain the null hypothesis.
23	The distribution of Saúde_Geral is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,252	Retain the null hypothesis.
24	The distribution of Conflito_Trabalho_Família is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,594	Retain the null hypothesis.
25	The distribution of Problemas_Dormir is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,905	Retain the null hypothesis.
26	The distribution of Burnout is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,488	Retain the null hypothesis.
27	The distribution of Stress is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,141	Retain the null hypothesis.
28	The distribution of Sintomas_Depressivos is the same across categories of VINCULO LABORAL.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,228	Retain the null hypothesis.

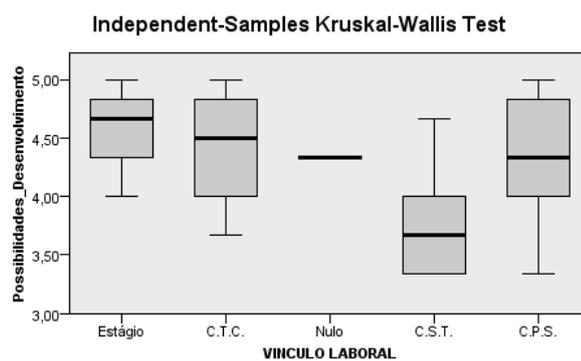
Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test



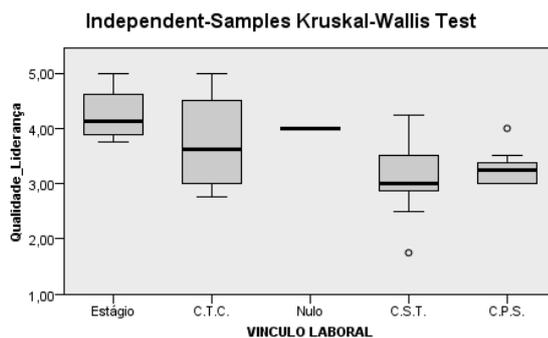
Total N	31
Test Statistic	11,240
Degrees of Freedom	4
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,024

1. The test statistic is adjusted for ties.



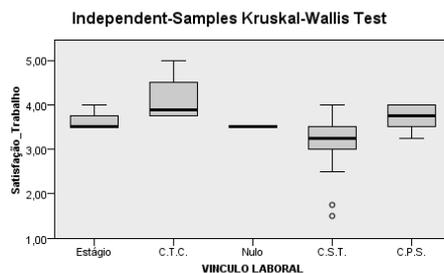
Total N	31
Test Statistic	10,695
Degrees of Freedom	4
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,030

1. The test statistic is adjusted for ties.



Total N	31
Test Statistic	9,600
Degrees of Freedom	4
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,048

1. The test statistic is adjusted for ties.



Total N	31
Test Statistic	11,025
Degrees of Freedom	4
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,026

1. The test statistic is adjusted for ties.

Nonparametric Tests

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Exigências_Quantitativas is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,595	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of Ritmo_Trabalho is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,822	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of Exigências_Cognitivas is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,092	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of Influência_Trabalho is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,167	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of Exigências_Emocionais is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,101	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of Possibilidades_Desenvolvimento is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,765	Retain the null hypothesis.
7	The distribution of Previsibilidade is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,484	Retain the null hypothesis.
8	The distribution of Transparência_Papel is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,430	Retain the null hypothesis.
9	The distribution of Recompensas is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,063	Retain the null hypothesis.
10	The distribution of Conflitos_Laborais is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,179	Retain the null hypothesis.
11	The distribution of Apoio_Social_Colegas is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,371	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
12	The distribution of Apoio_Social_Superiores is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,195	Retain the null hypothesis.
13	The distribution of Comunidade_Social is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,430	Retain the null hypothesis.
14	The distribution of Qualidade_Liderança is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,104	Retain the null hypothesis.
15	The distribution of Confiança_Horizontal is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,683	Retain the null hypothesis.
16	The distribution of Confiança_Vertical is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,097	Retain the null hypothesis.
17	The distribution of Justiça_Respeito is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,215	Retain the null hypothesis.
18	The distribution of Auto_eficácia is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,074	Retain the null hypothesis.
19	The distribution of Significado_Trabalho is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,616	Retain the null hypothesis.
20	The distribution of Compromisso_Local is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,039	Reject the null hypothesis.
21	The distribution of Satisfação_Trabalho is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,862	Retain the null hypothesis.

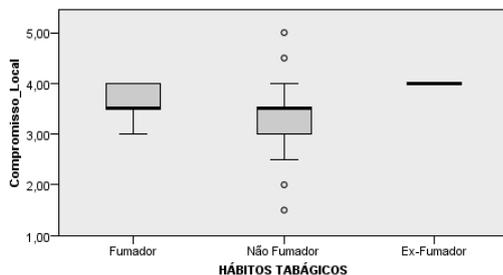
Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
22	The distribution of Insegurança_Laboral is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,551	Retain the null hypothesis.
23	The distribution of Saúde_Geral is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,851	Retain the null hypothesis.
24	The distribution of Conflito_Trabalho_Familia is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,022	Reject the null hypothesis.
25	The distribution of Problemas_Dormir is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,756	Retain the null hypothesis.
26	The distribution of Burnout is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,086	Retain the null hypothesis.
27	The distribution of Stress is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,958	Retain the null hypothesis.
28	The distribution of Sintomas_Depressivos is the same across categories of HABITOS TABAGICOS.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,795	Retain the null hypothesis.

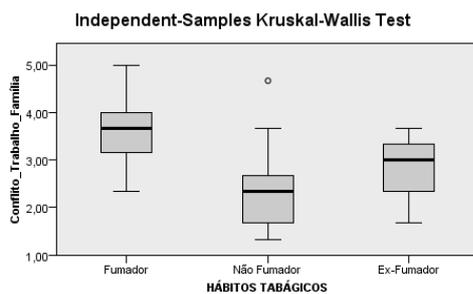
Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test



Total N	31
Test Statistic	6,464
Degrees of Freedom	2
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,039

1. The test statistic is adjusted for ties.



Total N	31
Test Statistic	7,612
Degrees of Freedom	2
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,022

1. The test statistic is adjusted for ties.

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) HÁBITOS TABÁGICOS	(J) HÁBITOS TABÁGICOS	Mean Difference (I-J)
Rank of Compromisso_Local	Fumador	Não Fumador	5,428571
		Ex-Fumador	-7,000000
	Não Fumador	Fumador	-5,428571
		Ex-Fumador	-12,428571*
	Ex-Fumador	Fumador	7,000000
		Não Fumador	12,428571*

Rank of Conflito_Trabalho_Família	Fumador	Não Fumador	10,833333*
		Ex-Fumador	6,833333
	Não Fumador	Fumador	-10,833333*
		Ex-Fumador	-4,000000
	Ex-Fumador	Fumador	-6,833333
		Não Fumador	4,000000

Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) HÁBITOS TABÁGICOS	(J) HÁBITOS TABÁGICOS	Std. Error
Rank of Compromisso_Local	Fumador	Não Fumador	3,472578
		Ex-Fumador	5,490627
	Não Fumador	Fumador	3,472578
		Ex-Fumador	4,910966*
	Ex-Fumador	Fumador	5,490627
		Não Fumador	4,910966*
Rank of Conflito_Trabalho_Família	Fumador	Não Fumador	3,523810*
		Ex-Fumador	5,571632
	Não Fumador	Fumador	3,523810*
		Ex-Fumador	4,983419
	Ex-Fumador	Fumador	5,571632
		Não Fumador	4,983419

Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) HÁBITOS TABÁGICOS	(J) HÁBITOS TABÁGICOS	Sig.
Rank of Compromisso_Local	Fumador	Não Fumador	,129
		Ex-Fumador	,213
	Não Fumador	Fumador	,129
		Ex-Fumador	,017*
	Ex-Fumador	Fumador	,213
		Não Fumador	,017*
Rank of Conflito_Trabalho_Família	Fumador	Não Fumador	,005*
		Ex-Fumador	,230
	Não Fumador	Fumador	,005*
		Ex-Fumador	,429
	Ex-Fumador	Fumador	,230
		Não Fumador	,429

Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) HÁBITOS TABÁGICOS	(J) HÁBITOS TABÁGICOS	95% Confidence Interval
			Lower Bound
Rank of Compromisso_Local	Fumador	Não Fumador	-1,68468
		Ex-Fumador	-18,24704
	Não Fumador	Fumador	-12,54182
		Ex-Fumador	-22,48823*

Rank of Conflito_Trabalho_Família	Ex-Fumador	Fumador	-4,24704
		Não Fumador	2,36891 ⁺
	Fumador	Não Fumador	3,61514 ⁺
		Ex-Fumador	-4,57964
	Não Fumador	Fumador	-18,05153 ⁺
		Ex-Fumador	-14,20807
	Ex-Fumador	Fumador	-18,24630
		Não Fumador	-6,20807

Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) HÁBITOS TABÁGICOS	(J) HÁBITOS TABÁGICOS	95% Confidence Interval
			Upper Bound
Rank of Compromisso_Local	Fumador	Não Fumador	12,54182
		Ex-Fumador	4,24704
	Não Fumador	Fumador	1,68468
		Ex-Fumador	-2,36891 ⁺
	Ex-Fumador	Fumador	18,24704
		Não Fumador	22,48823 ⁺
Rank of Conflito_Trabalho_Família	Fumador	Não Fumador	18,05153 ⁺
		Ex-Fumador	18,24630
	Não Fumador	Fumador	-3,61514 ⁺
		Ex-Fumador	6,20807

Ex-Fumador	Fumador	4,57964
	Não Fumador	14,20807

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Means

Report

HÁBITOS TABÁGICOS		Compromisso_L ocal	Conflito_Trabalh o_Família
Fumador	Mean	3,6429	3,6190
	Std. Deviation	,37796	,89087
	N	7	7
Não Fumador	Mean	3,2857	2,4286
	Std. Deviation	,76765	,85077
	N	21	21
Ex-Fumador	Mean	4,0000	2,7778
	Std. Deviation	,00000	1,01835
	N	3	3
Total	Mean	3,4355	2,7312
	Std. Deviation	,69212	,97911
	N	31	31

Ambiente de trabalho VS COPSOQ

Correlations

		Correlations			
		COMO CONSIDERA O AMBIENTE DO SEU LOCAL DE TRABALHO? - Ruído	COMO CONSIDERA O AMBIENTE DO SEU LOCAL DE TRABALHO? - Iluminação	COMO CONSIDERA O AMBIENTE DO SEU LOCAL DE TRABALHO? - Ambiente Térmico - Verão	COMO CONSIDERA O AMBIENTE DO SEU LOCAL DE TRABALHO? - Ambiente Térmico - Inverno
Exigências_Quantitativas	Pearson Correlation	,167	,234	,476**	,102
	Sig. (2-tailed)	,369	,205	,007	,586
	N	31	31	31	31
Ritmo_Trabalho	Pearson Correlation	,084	-,016	,057	,163
	Sig. (2-tailed)	,652	,933	,759	,380
	N	31	31	31	31
Exigências_Cognitivas	Pearson Correlation	,089	,242	-,221	,011
	Sig. (2-tailed)	,632	,190	,232	,951
	N	31	31	31	31
Influência_Trabalho	Pearson Correlation	-,013	-,237	-,028	,065
	Sig. (2-tailed)	,943	,200	,879	,730
	N	31	31	31	31
Exigências_Emocionais	Pearson Correlation	,211	,314	-,099	,397*

Apoio_Social_Colegas	Sig. (2-tailed)	,254	,085	,597	,027
	N	31	31	31	31
	Pearson Correlation	-,363 [*]	-,127	-,345	-,351
Possibilidades_Desevolvimento	Sig. (2-tailed)	,045	,497	,058	,053
	N	31	31	31	31
	Pearson Correlation	-,270	-,020	-,133	-,204
Previsibilidade	Sig. (2-tailed)	,142	,914	,477	,272
	N	31	31	31	31
	Pearson Correlation	-,093	-,054	-,301	-,169
Transparência_Papel	Sig. (2-tailed)	,617	,772	,100	,364
	N	31	31	31	31
	Pearson Correlation	-,033	,014	-,196	-,028
Recompensas	Sig. (2-tailed)	,861	,941	,290	,880
	N	31	31	31	31
	Pearson Correlation	,163	,246	,255	,419 [*]
Conflitos_Laborais	Sig. (2-tailed)	,381	,182	,166	,019
	N	31	31	31	31
	Pearson Correlation	-,094	,176	-,269	-,181
Apoio_Social_Colegas	Sig. (2-tailed)	,615	,345	,144	,331
	N	31	31	31	31
	Pearson Correlation	,005	-,068	-,156	,014
Apoio_Social_Superiores	Sig. (2-tailed)	,979	,716	,403	,942
	N	31	31	31	31
	Pearson Correlation	-,234	,017	,013	-,187
Comunidade_Social	Sig. (2-tailed)	,204	,928	,945	,314
	N	31	31	31	31

	Pearson Correlation	-,338	-,023	-,185	-,163
Qualidade_Liderança	Sig. (2-tailed)	,063	,902	,320	,380
	N	31	31	31	31
	Pearson Correlation	-,050	-,396 [*]	,168	-,401 [*]
Confiança_Horizontal	Sig. (2-tailed)	,791	,027	,366	,025
	N	31	31	31	31
	Pearson Correlation	,086	,138	-,272	,122
Confiança_Vertical	Sig. (2-tailed)	,644	,460	,138	,512
	N	31	31	31	31
	Pearson Correlation	-,112	,350	-,296	,146
Justiça_Respeito	Sig. (2-tailed)	,549	,054	,106	,434
	N	31	31	31	31
	Pearson Correlation	-,294	-,163	-,470 ^{**}	-,046
Auto_eficácia	Sig. (2-tailed)	,109	,382	,008	,806
	N	31	31	31	31
	Pearson Correlation	-,208	-,093	-,237	-,157
Significado_Trabalho	Sig. (2-tailed)	,269	,626	,208	,407
	N	30	30	30	30
	Pearson Correlation	-,025	-,092	,010	-,040
Compromisso_Local	Sig. (2-tailed)	,892	,624	,956	,831
	N	31	31	31	31
	Pearson Correlation	-,106	-,019	-,268	-,243
Satisfação_Trabalho	Sig. (2-tailed)	,572	,920	,145	,188
	N	31	31	31	31
	Pearson Correlation	,115	,109	,144	,037
Insegurança_Laboral	Sig. (2-tailed)	,538	,558	,440	,843

	N	31	31	31	31
	Pearson Correlation	-,062	,373*	,001	,008
Saúde_Geral	Sig. (2-tailed)	,740	,039	,994	,965
	N	31	31	31	31
	Pearson Correlation	,330	,244	,130	,536**
Conflito_Trabalho_Família	Sig. (2-tailed)	,069	,187	,487	,002
	N	31	31	31	31
	Pearson Correlation	,105	,217	,354	-,082
Problemas_Dormir	Sig. (2-tailed)	,575	,240	,050	,663
	N	31	31	31	31
	Pearson Correlation	,461**	,370*	,211	,646**
Burnout	Sig. (2-tailed)	,009	,041	,254	,000
	N	31	31	31	31
	Pearson Correlation	,385*	,329	,501**	,605**
Stress	Sig. (2-tailed)	,033	,071	,004	,000
	N	31	31	31	31
	Pearson Correlation	,455*	,259	,421*	,341
Sintomas_Depressivos	Sig. (2-tailed)	,010	,159	,018	,060
	N	31	31	31	31

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

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