



Instituto Superior de Economia e Gestão

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

DESDE 1911

**MESTRADO**  
**CIÊNCIAS EMPRESARIAIS**

**TRABALHO FINAL DE MESTRADO**  
**TRABALHO DE PROJECTO**

CONSTRUÇÃO DE UMA GRELHA DE AVALIAÇÃO DOS RISCOS  
PSICOSSOCIAIS: CASO DO CENTRO HOSPITALAR DE LUTA  
CONTRA O CANCRO DE NICE – FRANÇA

TOMÁS HENRIQUE FERNANDES DOMINGUEZ

JUNHO – 2014



Instituto Superior de Economia e Gestão

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA

DESDE 1911

# MESTRADO EM CIÊNCIAS EMPRESARIAIS

## TRABALHO FINAL DE MESTRADO

### TRABALHO DE PROJECTO

CONSTRUÇÃO DE UMA GRELHA DE AVALIAÇÃO DOS RISCOS  
PSICOSSOCIAIS: CASO DO CENTRO HOSPITALAR DE LUTA  
CONTRA O CANCRO DE NICE – FRANÇA

TOMÁS HENRIQUE FERNANDES DOMINGUEZ

**ORIENTAÇÃO:**

DOUTOR PAULO ALEXANDRE GUEDES LOPES HENRIQUES

**CO-ORIENTAÇÃO:**

DR. ISABELLE BUGUET

JUNHO – 2014



Às pessoas que nunca cheguei a agradecer e àquelas a quem nunca é demais agradecer, o meu sincero obrigado.

“Ficar à espera de adoecer para se tratar, é ficar à espera de ter sede para cavar um poço” (provérbio chinês)



## RESUMO

O mundo do trabalho evolui a um ritmo frenético, resultando, nas últimas décadas, em transformações organizacionais importantes, que estão na origem da intensificação e da precarização do trabalho. Desde meados da década de 2000, estes riscos são reunidos sob o termo de “Riscos Psicossociais” ou RPS.

Foi efectuada uma revisão da literatura sobre a contextualização e definição deste fenómeno, importância da existência de uma grelha de avaliação identificando as causas e efeitos dos riscos e, finalmente, uma lista de orientações para a construção de uma ferramenta de avaliação dos Riscos Psicossociais.

O projecto elaborado no âmbito do estágio efectuado no Centro de Luta Contra o Cancro de Nice e enquadrado na metodologia de Avaliação das Práticas Profissionais foi aplicada esta grelha através dos métodos exploratório, qualitativo, abduativo e de 150 entrevistas a colaboradores.

A construção e seguidamente a aplicação desta grelha pretenderam identificar, avaliar, medir, discutir e cartografar os Riscos Psicossociais.

**Palavras-chave:** riscos psicossociais, grelha de avaliação, prevenção, qualidade de vida.

## ABSTRACT

The labour world has been evolving at a frantic pace in the last decades resulting in significant organizational changes that are the source of work intensification and casualization. Since the mid 2000's, these risks are grouped under the term of "Psychosocial Risks" or RPS.

A literature review on the context and definition of this phenomenon, on the importance of a grid identifying the causes and effects of hazards and finally, a list of guidelines for the construction of an evaluation tool concerning Psychosocial Risks were made.

Within the internship at the Centre for the Fight Against Cancer Nice and framed in the methodology of Evaluation of Professional Practices, this grid has been applied through exploratory, qualitative, abductive method and 150 interviews with collaborators.

The construction and then the application of the grid intended to identify, assess, measure, discuss and chart the Psychosocial Risks.

**Keywords:** occupational risks, evaluation grid, prevention, quality of life.



## AGRADECIMENTOS

A todos os que me acompanharam e em especial aos que contribuíram à realização do meu projecto elaborado no âmbito do estágio.

Em particular ao Dr Michel Escudier, Director de Recursos Humanos, pela oportunidade que me concedeu ao aprovar o meu pedido de realização de um estágio no Centro Antoine-Lacassagne.

À Dra Laurence Champion, Responsável Qualidade e Gestão de Riscos, pela forma como me acolheu no seio da sua equipa e pela introdução ao método Avaliação de Práticas Profissionais.

À equipa responsável pela gestão do projecto de avaliação dos Riscos Psicossociais no Centro, em especial à minha co-orientadora Dra Isabelle Buguet, Médica do Trabalho, pela partilha e dedicação, e à Dra Alexia Tosi, Psicóloga do Trabalho e responsável do projecto, pela oportunidade de aprendizagem e pelo sua disponibilidade em acompanhar o desenrolar da minha missão.

Um especial agradecimento à Dra Corinne Lanoye, Directora Clínica, pela enriquecedora oportunidade que me proporcionou.



## ÍNDICE

1. Introdução.....	7
2. Revisão de Literatura .....	9
2.1. <i>O que são os Riscos Psicossociais (RPS)</i> .....	9
2.1.1. <i>Contextualização dos RPS no Trabalho</i> .....	9
2.1.2. <i>Definições e conceitos dos RPS</i> .....	10
2.2. <i>Importância da Existência de uma Grelha de Avaliação</i> .....	11
2.2.1. <i>Factores e causas dos RPS</i> .....	11
2.2.2. <i>Efeitos dos Riscos Psicossociais nas organizações e trabalhadores</i> .....	12
2.3. <i>Lista de orientações para a construção de uma ferramenta de avaliação dos RPS</i> ....	13
2.3.1. <i>Diferentes abordagens de identificação dos riscos</i> .....	13
2.3.2. <i>Diferentes modelos e metodologias de medição</i> .....	14
2.3.3. <i>Prevenção e tratamento dos riscos</i> .....	19
3. Metodologia .....	22
3.1. <i>Recolha de informação</i> .....	22
3.2. <i>Método de Avaliação das Práticas Profissionais (APP)</i> .....	24
3.3. <i>Avaliação dos factores de risco</i> .....	28
4. Construção da grelha de avaliação.....	29
4.1. <i>Construção do questionário</i> .....	30
4.2. <i>Construção da grelha</i> .....	31
4.3. <i>Análise da grelha</i> .....	33
4.4. <i>Preenchimento da grelha</i> .....	35
5. Aplicação da grelha de avaliação.....	36
5.1. <i>Conhecer o contexto do trabalho</i> .....	36
5.2. <i>Recolha da informação para a grelha</i> .....	36
5.3. <i>Preenchimento da grelha</i> .....	38
5.4. <i>Comunicação dos resultados</i> .....	39
6. Conclusões .....	39
6.1. <i>Resultados da avaliação dos RPS – CAL 2014</i> .....	39
6.2. <i>Limitações da grelha</i> .....	40
6.3. <i>Pistas para a prevenção</i> .....	40
Referências bibliográficas.....	42
Anexos .....	46



## 1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado de Ciências Empresariais, no Instituto Superior de Economia e Gestão (ISEG), surgiu a oportunidade de efectuar um projecto no âmbito de um estágio Erasmus no Centro Antoine-Lacassagne (CAL), Centro de Luta Contra o Cancro de Nice – França – no departamento de Recursos Humanos afectado ao serviço da Medicina do Trabalho.

O Centro Hospitalar faz parte da Federação Francesa de Centros de Luta Contra o Cancro, que reúne 20 Centros repartidos pelo território francês combinando uma estratégia comum. Estes estabelecimentos de saúde privados sem fins lucrativos e de características hospitalo-universitárias estão integrados no serviço público de saúde francês.

Com um orçamento de exploração de 72 milhões de euros e uma capacidade de 164 camas, emprega cerca de 732 funcionários. O CAL assegura tratamentos fundamentais de oncologia tais como a despistagem e prevenção de cancros, acompanhamento e apoio ao longo do processo de tratamento, investigação clínica e científica, bem como o ensino universitário, formação contínua e difusão do conhecimento a profissionais de saúde.

O projecto elaborado no âmbito do estágio teve a duração de seis meses, correspondente a um total de 450 horas. Teve como missão avaliar os Riscos Psicossociais no Hospital com vista à certificação do estabelecimento para 2014 em colaboração com os departamentos de Qualidade, Medicina do Trabalho e Recursos Humanos.

Embora o conceito dos Riscos Psicossociais ainda seja pouco abordado, existe um crescente interesse do meio científico, impulsionado pela esfera social, económica, política e mediática (Lhuilier, 2010), esta última sob a influência da “hipermediatização” dos suicídios nas empresas France Télécom, La Poste e Renault. Estes riscos para a saúde mental, física ou social dos trabalhadores, que se podem traduzir por casos extremos, são originados pelo contexto actual do trabalho: instabilidade organizacional, exigências elevadas de performance e qualidade, diminuição de efectivos e recursos, aumento da carga horária, mudanças repentinas e sucessivas ou ainda a individualização no trabalho. Estas transformações têm vindo a



agravar as condições de trabalho e aumentar os riscos para a saúde dos colaboradores com consequências negativas para as empresas.

É neste contexto particular que a questão dos Riscos Psicossociais se foi tornando cada vez mais pertinente, devido a uma lógica gestionária que se tem afastado dos valores do trabalho no seio das organizações (Gollac, 2012), onde as condições de trabalho se agravaram significativamente.

Posto isto, a relevância dos Riscos Psicossociais como objecto de estudo para o Trabalho Final de Mestrado (TFM) pareceu-me extremamente atraente, por ser um tema de actualidade, complexo, que reúne diferentes áreas científicas. Torna-o também particularmente interessante o facto de ser um tema sensível – pelos efeitos que os RPS podem ter na vida dos trabalhadores – com um forte potencial de desenvolvimento a médio prazo. “*Last but not least*”, a escolha do tema apoia-se igualmente no facto de acreditar profundamente num diálogo construtivo nas organizações, com vista a melhorar tanto as condições de trabalho como a performance das empresas apesar das limitações financeiras dos últimos anos.

O estudo transposto no Trabalho de Projecto procurou desenvolver três temas centrais, designadamente i) a contextualização dos Riscos Psicossociais no enquadramento teórico das Ciências Empresariais, ii) a construção de uma grelha de avaliação e prevenção dos RPS e iii) a sua aplicação da grelha.

Para responder aos objectivos do TFM, este trabalho divide-se em seis capítulos. O primeiro capítulo consiste na presente introdução, que contém a informação básica sobre o trabalho. O segundo capítulo corresponde à revisão da literatura internacional e francesa relevante para o estudo, respeitando a contextualização e definição do tema, a importância de uma grelha de avaliação, causas e efeitos, bem como a lista de orientações para a construção da grelha. O terceiro capítulo apresenta a metodologia do trabalho e da investigação. O quarto capítulo expõe a construção da grelha – CAL 2014. O quinto capítulo refere-se à aplicação da grelha no estabelecimento. Por fim, o sexto e último capítulo expõe as conclusões e introduz pistas para a prevenção dos RPS.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão da literatura pretendemos abordar a temática dos Riscos Psicossociais (RPS) e dar a conhecer os mais recentes estudos científicos sobre a temática.

A revisão da literatura foi estruturada da seguinte forma: i) contextualização dos RPS no trabalho; ii) definições e conceitos dos RPS; iii) factores e causas dos RPS; iv) efeitos dos RPS nas organizações e trabalhadores; v) diferentes abordagens na identificação dos riscos; vi) diferentes modelos e metodologias de medição; e vii) prevenção e tratamento dos RPS.

### 2.1. *O que são os Riscos Psicossociais (RPS)*

Neste primeiro capítulo pretende-se contextualizar o fenómeno dos RPS no campo teórico das ciências empresariais e definir o conceito delimitando o fenómeno.

#### 2.1.1. *Contextualização dos RPS no Trabalho*

O conceito de “riscos psicossociais” começou a ganhar forma nos países anglo-saxónicos no fim dos anos 70 através do modelo de Karasek (1979). Contudo é só a partir dos anos 2000, com o aumento dos acidentes graves atribuídos directamente ao factor trabalho, e conseqüentemente a mobilização do meio académico para responder a este problema, que os países do sul da Europa procuraram tratar este campo teórico dos Riscos Psicossociais no trabalho (Légeron, 2008).

Jain, Leka e Zwetsloot (2011) e Vézina e Derriennic (2001) identificam diferentes factores que contribuem para o aumento dos RPS: contexto de trabalho em constante mudança, intensificação do ritmo de trabalho, diminuição dos efectivos, flexibilidade e diversificação no trabalho, desenvolvimento de novas tecnologias e serviços de apoio social e, para Vézina e Saint-Arnaud (2011), aumento da exigência emocional em determinados sectores (e.g. saúde). Estas mudanças obrigam as empresas e trabalhadores a adaptar-se, originando por vezes conflitos no local de trabalho.

No entanto, Nasse e Légeron (2008) afirmam que existe uma grande diversidade de campos teóricos relativos aos RPS que estão na origem de uma grande confusão em torno do fenómeno. As dificuldades na interpretação deste tema devem-se ao facto dos RPS misturarem os factores determinantes dos riscos e os efeitos, sem distinção entre causas e conseqüências. Esta confusão não se deve apenas à grande diversidade dos riscos mas também à complexidade das relações que os unem, não sendo evidente uma

causalidade linear, mas sim circular ou sistémica, devido à forte interacção entre os riscos e os seus efeitos.

A complexidade do tema, que junta várias correntes e disciplinas, permitiu um conjunto alargado de publicações académicas e uma grande diversidade de denominações: “Factores Psicossociais” (Gollac, 2012; Bocéréan *et al.*, 2012); “Stress Profissional” (Légeron, 2008); “Saúde Psicossocial” (Fernet, 2012); “Stress Ocupacional” (Kasperczyk, 2010); e a designação de referência nos países latinos e usada neste trabalho: “Riscos Psicossociais” (Rosnet e Steiler, 2011).

### 2.1.2. Definições e conceitos dos RPS

Têm vindo a ser efectuados esforços de concertação sobre a definição dos RPS, no entanto, ainda existem variadas definições. Estas diferentes interpretações e definição dos RPS são originadas pela variedade de temáticas que envolvem os riscos, mas também pelas diferentes abordagens consoante a cultura do país e nível de desenvolvimento do estudo do fenómeno.

Algumas das definições mais consensuais, na perspectiva da gestão, foram elaboradas por Cox, Griffiths e Gonzalez (2000), que definem os RPS como sendo os riscos causados pelos aspectos do desenho organizacional e gestão do trabalho, no contexto social e organizacional, que têm o potencial de causar danos físicos ou psicológicos.

Na perspectiva da psicologia, os RPS são definidos como as experiências desagradáveis e as emoções negativas, tais como a tensão, ansiedade, frustração, raiva e depressão resultantes de aspectos do trabalho, e denunciados através da reacção fisiológica do corpo ou da reacção psicológica e emocional sofrida por um indivíduo como resultado dos estímulos no local de trabalho (Satija e Khan, 2013). Outra definição faz referência aos RPS como sendo a reacção emocional, cognitiva, comportamental e fisiológica a aspectos adversos e nocivos do trabalho, ambiente de trabalho e organização do trabalho que contribuem para os resultados psicológicos e fisiológicos negativos (Candilera *et al.* 2013).

Do ponto de vista da ergonomia, os RPS resultam da confrontação entre as exigências do funcionamento físico e as da organização (Petit, Dugué e Daniellou, 2011).

Em resumo, pode-se definir os RPS como sendo os “riscos para a saúde mental, física e social causados pelas condições de trabalho, factores organizacionais e

relacionais que podem interagir com o funcionamento mental” (Colégio de peritos do Ministério do Trabalho Francês, 2012)<sup>1</sup>.

## 2.2. *Importância da Existência de uma Grelha de Avaliação*

O segundo capítulo da revisão da literatura pretende explicar a importância para as organizações de uma grelha de avaliação dos RPS, através da identificação das causas e dos efeitos que estão na origem de dificuldades para empresas e trabalhadores.

### 2.2.1. *Factores e causas dos RPS*

Antes de procurar compreender as causas dos RPS importa definir o que são os factores de risco. Sendo assim Vézina (2008) defende que os RPS são explicados pelas transformações do trabalho que se traduziram por uma intensificação e uma precarização do mesmo. Para Légeron (2008) os factores de riscos psicossociais são todos os tipos de condições ambientais e profissionais que influenciam a saúde dos colaboradores e das organizações.

À medida que a investigação foi avançando sobre o tema, surgiu a necessidade de identificar em detalhe os factores causais dos riscos; assim, Cartron e Guaspere (2012) demonstraram que o mal-estar que os funcionários ressentem no trabalho é causado por situações de desajustamento derivadas de diversas situações ocorridas no trabalho, tais como: i) o cargo exercido e a formação ministrada ou ausência de formação e de preparação prévia; ii) o cargo exercido e a qualificação necessária à realização das tarefas; iii) os objectivos estabelecidos e os meios disponibilizados pela empresa; v) as expectativas da hierarquia e a definição e organização do trabalho; vi) a falta de conhecimento implícito do meio profissional e do trabalho; vii) o investimento no trabalho e o seu reconhecimento; viii) e por último, a incompatibilidade entre os valores pessoais e os valores da organização. Foi evidenciado por Cartron e Guaspere (2012) que os factores de risco no trabalho são causados pela interacção entre o trabalhador e os factores organizacionais.

Jain, Leka e Zwetsloot (2011) e Légeron (2008) identificam vários factores problemáticos na relação entre o trabalhador e a organização. Estes, tais como feedback deficiente, avaliação inadequada, falta de comunicação, insegurança no local

---

<sup>1</sup> A definição de RPS do colégio de peritos do Ministério do Trabalho Francês foi a definição escolhida pelo Centro Antoine-Lacassagne e a definição de referência do trabalho de projecto.

de trabalho, horários de trabalho exigentes, estilo de gestão inapropriado, ou ainda assédio moral, são causas de preocupação por parte dos trabalhadores.

### 2.2.2. *Efeitos dos Riscos Psicossociais nas organizações e trabalhadores*

As complexidade e abrangência do tema, expressas no elevado conjunto de factores organizacionais, individuais e sociais que podem incidir de múltiplas maneiras sobre os trabalhadores, não permitem identificar com clareza os custos humanos, financeiros e sociais dos RPS (Légeron, 2008). Devido à dificuldade em quantificar os impactos dos RPS, permitindo uma tomada de consciência por parte de empresas e chefias, estas tardam em abordar a problemática.

Por outro lado, as transformações das condições de trabalho foram por vezes analisadas apenas do ponto de vista dos benefícios económicos que estas trouxeram às empresas. Mas para Vézina (2008), estas mudanças também desencadearam efeitos nefastos para a saúde dos trabalhadores tais como, depressão, esgotamento profissional, sofrimento psicológico elevado e mesmo suicídio. Estes efeitos acarretam custos económicos e sociais importantes para as organizações mas igualmente para os estados. Embora os resultados não sejam evidentes, Kasperczyk (2010) afirma que os custos para a economia relacionados com os RPS no trabalho são superiores aos custos directamente atribuídos à remuneração dos trabalhadores. Segundo Kasperczyk (2010) e Vézina *et al.* (2008), os custos económicos indirectos dos riscos têm sido atribuídos às ausências não programadas, nível de absentismo elevado, aumento dos acidentes de trabalho, falta de produtividade, *turnover* ou rotatividade de funcionários elevada, incapacidades permanentes, dificuldades de inserção profissional, desmotivação progressiva no trabalho e por fim, perda do posto de trabalho resultando em condições de vida precárias.

Posto isto, para Fernet (2012), as empresas, para serem competitivas, não devem apenas procurar encontrar os indivíduos mais competentes, devem também procurar encontrar as melhores soluções para os trabalhadores, na medida em que a sua produtividade e eficácia no trabalho serão tanto melhores quanto a sua saúde mental e física e o seu grau de motivação sejam elevados. No entanto, a pressão para maximizar a produtividade e minimizar os custos nas organizações através de uma maior intensidade de trabalho e redução de efectivos, tem resultados por vezes desastrosos para os funcionários. Ainda para Fernet (2012), uma das consequências destes fenómenos para a saúde mental e física dos trabalhadores é o aumento de riscos como:

stress psicológico, fraca qualidade de vida, doenças mentais, ou ainda consequências mais graves como violência no local de trabalho, *burnout*, depressão e em último caso o suicídio, assinalado por Légeron (2008).

### 2.3. *Lista de orientações para a construção de uma ferramenta de avaliação dos RPS*

O terceiro e último capítulo da revisão da literatura pretende dar a conhecer orientações práticas para a construção de uma ferramenta de avaliação dos RPS numa organização, e está estruturado da seguinte forma: i) diferentes abordagens na identificação dos riscos; ii) diferentes modelos e metodologias de medição; e iii) prevenção e tratamento dos riscos.

#### 2.3.1. *Diferentes abordagens de identificação dos riscos*

Rosnet e Steiler (2011) apontam três abordagens distintas na identificação dos RPS, utilizando várias ferramentas comuns às ciências de gestão e às ciências humanas: observação, entrevistas, questionários, recolha de dados organizacionais e recolha de dados psicofisiológicos.

A primeira abordagem, denominada abordagem “por medida”, é a utilização combinada de várias ferramentas de estudo do fenómeno como a escala de ansiedade concebida por Spielberger em 1970, a medida do stress psicológico desenvolvida em 1988 por Lemyre e Tessier ou a utilização de outras ferramentas desenvolvidas para medir os factores de risco (Rosnet e Steiler, 2011). Esta abordagem é considerada uma das mais eficazes para medir e comparar diferentes sectores profissionais devido às especificidades e problemáticas distintas de cada sector. Para responder a essa necessidade de alguns sectores em avaliar os RPS é necessário encontrar um conjunto de ferramentas que cruzem dados sobre o absentismo ou *turnover* com a qualidade de vida no local de trabalho. No entanto, a utilização de várias ferramentas pode levar a uma elevada complexidade e à necessidade de despender muito tempo na preparação e recolha de dados.

A segunda abordagem, descrita por Rosnet e Steiler (2011), é “composta”, tendo por objectivo medir três dimensões diferentes: i) os factores de stress causados pelo meio envolvente e profissional que incidem na saúde do trabalhador; ii) os constrangimentos causados pelos efeitos psicológicos ou fisiológicos individuais ou ainda pelos efeitos organizacionais; e iii) as dimensões moderadoras que influenciam a

relação entre as duas dimensões anteriores, factores de stress e constrangimentos. Esta abordagem permite utilizar uma única ferramenta que engloba os principais indicadores dos RPS. Rosnet e Steiler (2011) defendem que esta abordagem é de fácil compreensão, utilização, limita potenciais erros e permite a adesão ao sistema. Para as organizações, a standardização desta ferramenta facilita a compreensão entre unidades da mesma empresa, permitindo obter resultados uniformes, facilmente compreensíveis e comparáveis. Esta metodologia pode também ser posta em prática pela direcção de recursos humanos sem ser necessária a supervisão de especialistas. Por fim, pode ser usada através de um acompanhamento individual ou de grupo, avaliada através dos próprios trabalhadores, medicina do trabalho ou chefias. No entanto, esta abordagem evidencia algumas limitações, nomeadamente a dificuldade em validar as ferramentas originalmente de língua inglesa devido à sua complexidade e a dificuldade de adaptação em termos de particularidade do contexto estudado. Por último, esta abordagem, ao tentar medir o conjunto das dimensões do stress, implica outros dois limites: i) metodológico – fadiga e desmotivação dos trabalhadores no preenchimento de ferramentas exigentes e ii) operacional – necessita de muito tempo para ser preenchida e aplicada.

A terceira e última abordagem identificada por Rosnet e Steiler (2011), desenvolvida para colmatar os limites das duas ferramentas anteriores, é considerada uma abordagem “global”. Os mesmos autores defendem que o diagnóstico dos RPS é um processo interdisciplinar que requer a participação da medicina, das ciências de gestão e da psicologia. Os métodos utilizados por estas disciplinas são: observação, entrevista, questionários e resultados organizacionais. Com a utilização destes métodos de pesquisa e recolha de dados é possível ter uma visão quase completa dos fenómenos dos RPS. No entanto, o principal limite identificado por Rosnet e Steiler (2011) são a sua complexidade e quantidade de recursos necessários para pôr em prática esta abordagem.

### *2.3.2. Diferentes modelos e metodologias de medição*

Para os investigadores Rosnet e Steiler (2011) e Légeron (2008), o simples facto das organizações se interessarem pelo fenómeno dos RPS e de o tentarem resolver sem antes o ter medido e identificado, conduz a resultados fracos, ambíguos e incapazes de serem medidos quanto ao retorno sobre o investimento. Apesar de tudo, foram demonstrados alguns métodos de medição.

Os estudos sobre a medição dos riscos têm vindo a evoluir à medida que a comunidade científica documenta, explora a problemática e valida ferramentas. Dois modelos estão largamente documentados, o modelo de Karasek (1979) e o modelo de Siegrist (1996). Embora estes modelos sejam os mais sustentados cientificamente, outros modelos mais recentes têm vindo a emergir para completar algumas das lacunas identificadas pelos investigadores do tema.

No modelo Exigências – Autonomia de Karasek (1979), exemplificado na figura 1, existem duas principais componentes: i) as exigências psicológicas e intelectuais – apeladas de solicitação psicológica, atribuídas à carga de trabalho (e.g. rapidez, intensidade, falta de tempo) – e as exigências profissionais (e.g. imprevisibilidade, dependência de terceiros); e ii) a latitude decisional relacionada com o grau de autonomia, controlo que o trabalhador tem sobre o seu trabalho (e.g. possibilidade de agir e tomar decisões). Este modelo parte do pressuposto de que uma forte solicitação psicológica ou uma fraca latitude decisional, ou a combinação das duas, aumentam os riscos de desenvolver um problema de saúde física e mental no trabalho (Vézina, 2008; Ndjaboué, Vézina e Brisson, 2012). Para Vézina (2008) a solicitação psicológica prende-se com a quantidade de trabalho a cumprir, as exigências mentais e os constrangimentos de tempo para efectuar esse trabalho. Quanto à latitude decisional, esta prende-se com a capacidade de tomar decisões referentes ao seu próprio trabalho, mas principalmente a possibilidade de ser criativo e poder utilizar e desenvolver as suas competências.

Através deste modelo, Vézina et al. (2006) e Vézina (2008) comprovam que, contrariamente à crença popular, são os trabalhadores nos níveis mais baixos da hierarquia que estão mais sujeitos ao risco, devido ao fraco poder decisional que estes têm na realização da sua actividade.

FIGURA 1: MODELO EXIGÊNCIAS – AUTONOMIA DE KARASEK (1979)

**SOLICITAÇÃO PSICOLÓGICA!**

	FRACO!	ELEVADO!
FRACO!	Trabalho passivo!	Trabalho sobrecarregado!
ELEVADO!	Trabalho descontraído!	Trabalho dinâmico!

**LATITUDE DECISIONAL!!!!**

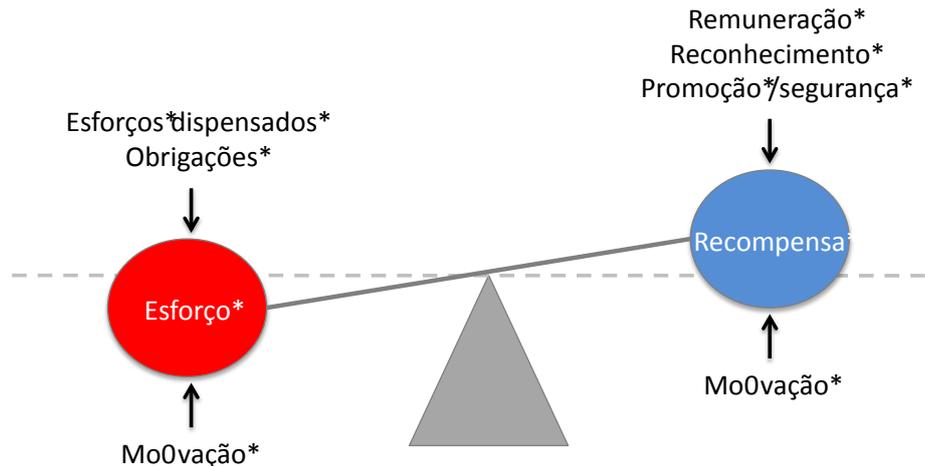
Fonte: Adaptado de Robert e Karasek (1979)

Mais recentemente foi integrada uma terceira componente ao modelo inicialmente apresentado por Karasek em 1979, o “apoio social”, que avalia a ajuda proporcionada pelos colegas e superiores, bem como o grau de cooperação no trabalho. A partir desta nova dimensão, que veio completar o modelo inicial, fala-se de Exigências – Autonomia – Apoio Social. Segundo Ndjaboué, Vézina e Brisson (2012), este modelo permite medir características do trabalho tais como os aspectos do meio envolvente e os aspectos organizacionais do trabalho. Esta componente descreve a ajuda de que o trabalhador pode beneficiar por parte da sua hierarquia e colegas, bem como o reconhecimento que recebe sob diversas formas. Vézina (2008) justifica a importância desta componente devido à redução dos efectivos, clima de tensão e de competitividade associados aos novos modelos de gestão do pessoal, que põem à prova a solidariedade, o espírito de equipa e o sentimento de valores partilhados dentro das organizações. O modelo Exigências – Autonomia – Apoio Social no trabalho dá relevância a factores como depressão, sofrimento psicológico, esgotamento profissional e consumo de psicotrópicos.

O segundo modelo denominado de Desequilíbrio – Esforço – Reconhecimento de Siegrist (1996), exemplificado na figura 2, baseia-se nos conceitos de reciprocidade e equidade do esforço e do reconhecimento no processo de interacção social. Segundo o modelo de Siegrist (1996), os riscos para a saúde dos trabalhadores ocorrem quando os esforços não são proporcionais ao reconhecimento recebido; por outras palavras Vézina (2008) clarifica que cada indivíduo deve ter acesso às vantagens às quais pode legitimamente ambicionar, tendo em conta os esforços dispensados no trabalho. A falta de reconhecimento pode ser de ordem económica (e.g. um salário pouco satisfatório), social (e.g. falta de estima e respeito) ou organizacional (e.g. precariedade e insegurança do trabalho e fracas perspectivas de promoção). Esta falta de

reconhecimento pode manifestar-se através de desordens a nível psicológico, fisiológico e comportamental com consequências para a saúde mental (e.g. depressão, esgotamento profissional, sofrimento psicológico elevado e suicídio). Segundo Ndjaboué, Vézina e Brisson (2012), o modelo de Siegrist tem a vantagem de incluir uma dimensão individual na avaliação dos RPS.

FIGURA 2: MODELO DESEQUILÍBRIO – ESFORÇO – RECONHECIMENTO DE SIEGRIST (1996)



Fonte: Adaptado de Siegrist (1996)

Finalmente, Vézina (2008) afirma que estes dois modelos são complementares para explicar as causas que contribuem para as desigualdades no trabalho e consequentemente para a saúde dos trabalhadores.

No entanto, surgiram modelos teóricos mais recentes, que tentam integrar novas componentes centradas principalmente na actividade de trabalho. Um destes modelos, apelidado de “Justiça Organizacional” permite avaliar os factores de riscos psicossociais e explicar a deterioração da saúde dos trabalhadores (Ndjaboué, Vézina e Brisson, 2012), medindo as situações ocorridas no local de trabalho, indo além dos aspectos individuais (Gollac, 2012). Esta teoria defende que os indivíduos desenvolvem crenças sobre o que é justo dentro das relações, procedimentos e distribuição de recursos em troca do trabalho prestado, comparando-se com os seus colegas. Distinguem-se três principais características: a justiça interrelacional (relações sociais), a justiça processual (processos que regem a organização) e a justiça distributiva (distribuição de recursos e vantagens).

Nyberg *et al.* (2009) desenvolveram um novo modelo teórico baseado no conceito de “liderança”, afirmando que a liderança positiva das chefias está relacionada com a saúde mental dos trabalhadores, distinguindo a liderança autoritária, autocrática,



participativa, democrática e de delegação. Segundo o mesmo estudo (Nyberg *et al.* 2009), são salientadas três principais conceptualizações: i) a liderança “considerativa” que identifica a forma como o líder considera a equipa; ii) a liderança dita de “apoio” que destaca o apoio social do líder, o coaching e a atenção dedicada aos funcionários; e por fim iii) a liderança “transformacional” onde o líder influencia o comportamento, motiva e inspira, favorecendo o estímulo intelectual.

Finalmente, para Ndjaboué, Vézina e Brisson (2012), o modelo dito de “Previsibilidade do Trabalho” identifica riscos emergentes e ainda pouco documentados. A previsibilidade do trabalho é definida por Burr *et al.* (2010) como a clareza dos objectivos de trabalho e a possibilidade de prever as mudanças e os problemas na sua actividade. Esta teoria defende que quanto maior for a incerteza no trabalho, maior é a exposição dos trabalhadores aos RPS.

No entanto, ainda não existe nenhum modelo operacional, tendo em conta o número limitado de estudos – resumidos na tabela I – que comprovem a sua fiabilidade e que reünam consenso.

TABELA I: NOVOS ESTUDOS DE PROSPECTIVAS<sup>2</sup> – TRÊS MODELOS DE MEDIÇÃO<sup>3</sup>

Modelos	Exposição	Número de estudos	Autores, datas (referências)	Instrumentos	Indicadores de saúde
Justiça organizacional	Justiça relacional	2 estudos	Head, 2007 Kivimaki, 2007	Moorman (1991) / 2 estudos	Saúde mental / 1 estudo Baixas médicas / 1 estudo
	Justiça processual	2 estudos	Kivimaki, 2007 Ybema, 2010	Moorman (1991) / 1 estudo De Boer (2002) / 1 estudo	Saúde mental / 1 estudo Baixas médicas / 1 estudo
	Justiça distributiva	1 estudo	Ybema, 2010	De Boer (2002) / 1 estudo	Saúde mental / 1 estudo Baixas médicas / 1 estudo
Liderança	Liderança transformacional	2 estudos	Nielsen, 2009 Munir, 2009	Global Transformational <i>Leadership Scale</i> / 2 estudos	Bem-estar / 1 estudo Depressão / 1 estudo
	Qualidade do liderança	1 estudo	Burr, 2010	COPSOQ / 1 estudo	Saúde mental / 1 estudo
	Factores de liderança	1 estudo	Lohela, 2009	questionário QPS <i>Nordic</i> / 1 estudo	Saúde geral / 1 estudo
Previsibilidade	Previsibilidade	2 estudos	Burr, 2010	COPSOQ e DWECS / 1 estudo	Saúde mental / 1 estudo
			Lau, 2008	1 <i>item</i> do questionário QPS <i>Nordic</i> / 1 estudo	Saúde geral / 1 estudo

Fonte: Adaptado de Brisson, Ndjaboué e Vézina (2012)

Apesar de os modelos de Karasek (1979) e de Siegrist (1996) serem os modelos de referência para medir os RPS no trabalho, outros modelos emergentes, tais como a Liderança, Justiça Organizacional e Previsibilidade do Trabalho, permitem completar algumas deficiências dos dois principais modelos, apresentando novas dimensões. No entanto, Bocéréan *et al.* (2012) defende que nenhum destes modelos enquadra a totalidade das dimensões do ambiente de trabalho.

Em resumo, para Vézina (2008), a existência destes modelos reduz a complexidade do fenómeno, facilitando a elaboração de ferramentas para a intervenção organizacional eficaz no meio do trabalho.

### 2.3.3. Prevenção e tratamento dos riscos

Antes de tentar tratar e prevenir os RPS é fundamental reflectir sobre o sentido do trabalho e os factores que originam o bem estar no trabalho. Neste sentido, Vézina (2008) recorda que a felicidade no trabalho nasce do facto de possuir poder, de ser reconhecido pelo seu justo valor, de ter um trabalho difícil de ser realizado por outrém, de não ser rotina e no qual não existe o sentimento de ser explorado mas pelo contrário de ser escutado.

<sup>2</sup> Nesta adaptação de Brisson, Ndjaboué e Vézina (2012) não foram considerados trabalhos de autores de anos anteriores a 2007.

<sup>3</sup> *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ) desenvolvido pelo Instituto Nacional de Saúde no Trabalho Dinamarquês e Danish Work Environment Cohort Study (DWECS) que contém algumas das dimensões do COPSOQ.

Posto isto, na prevenção dos RPS não existe apenas um único modelo que integre todos os riscos. No entanto, existe um consenso na discussão sobre a prevenção dos RPS, tida como uma questão que vai para além da saúde dos trabalhadores pois prende-se também com a performance das empresas e obriga a despesas do Estado (Bocéréan *et al.* 2012). Contudo, Légeron (2008) define que a metodologia para abordar a prevenção dos riscos deve seguir recomendações gerais, mesmo cabendo às empresas a definição do tipo de acção mais pertinente quanto à problemática existente.

Neste sentido, Légeron (2008) e Babatunde (2013) identificam três níveis de intervenção distintas teorizadas como i) primária, focada no indivíduo, ii) secundária, focada na organização e iii) terciária, combinando os dois factores anteriores.

O primeiro nível de intervenção, o nível primário focado no indivíduo, é caracterizado pela redução, eliminação ou controlo dos factores de risco presentes no local de trabalho, agindo directamente sobre eles para reduzir o impacto negativo sobre a saúde e desempenho dos trabalhadores. Exemplos dessas acções são a avaliação por parte da empresa para determinar os factores de risco e identificar as populações de risco, participação dos diferentes parceiros segundo uma metodologia participativa e desenvolvimento de acções correctivas para redução de risco (Légeron, 2008).

O segundo nível de intervenção, o nível secundário focado na organização, consiste em ajudar os trabalhadores a gerir mais eficazmente as exigências e constrangimentos do trabalho, melhorando a sua adaptação ou o reforço das suas capacidades de resistência ao stress. Exemplos dessas acções são a formação do trabalhador para desenvolver competências específicas de gestão do stress (e.g. gestão do tempo, de conflitos, desenvolvimento de inteligência emocional), sensibilização do trabalhador para uma higiene de vida saudável (e.g. prática desportiva, educação nutricional, programas de ajuda a fumadores ou alcoólicos), incentivo a espaços de diálogo e listagem de procedimentos de mediação aquando de situações difíceis dentro das empresas, assim como ajudas aos trabalhadores para fazer face aos constrangimentos da vida pessoal (e.g. creches, fornecimento de equipamento).

O terceiro nível de intervenção, o nível terciário que é a combinação destes dois primeiros níveis, é caracterizado pelo tratamento, reabilitação, processo de retoma do trabalho e o acompanhamento dos trabalhadores que sofrem ou sofreram de problemas de stress ou de saúde mental no trabalho (e.g. assistência psicológica, linha



telefónica de apoio social, consultas especializadas) (Légeron, 2008 e Babatunde, 2013).

Esta hierarquização dos níveis de intervenção (primário, secundário, terciário) deve ser tida como uma sequência lógica do tratamento dos RPS, embora não sejam definidas regras para cada uma das etapas. No entanto, para Gollac (2012), é necessário ter uma visão global para distinguir as causas comuns das situações singulares e para conceber formas de acção que não sejam rapidamente desviadas da sua finalidade. Neste sentido, Detchessahar (2013) declara que esta acção só pode ser iniciada se todos os actores interessados participarem na sua construção. Por outro lado, Vézina (2008) identifica cinco factores que estão na origem do sucesso de um projecto de prevenção dos RPS: i) apoio da direcção e participação de todos os níveis da organização; ii) participação dos trabalhadores na discussão dos problemas e na elaboração de soluções; iii) identificação prévia da população de risco em função de modelos teóricos validados; iv) definição rigorosa das propostas de mudanças de acordo com a informação recolhida e necessidades identificadas; e por último v) acompanhamento da fase de mudança. Estas cinco condições de sucesso são seguidas no quadro de uma acção participativa estruturada. Por fim, Légeron (2008) sugere ainda que as acções que beneficiam tanto os trabalhadores como as empresas são a melhor forma de tratar eficazmente os RPS em vez de acções centradas apenas no indivíduo ou inversamente na organização.

Em resumo, Vézina (2008) conclui que o sucesso de uma intervenção de redução dos riscos no trabalho é dificilmente dissociável de uma política mais global de saúde pública. Vézina *et al.* (2006), Légeron (2008), Vézina (2008) e Gollac (2012) concordam que as políticas nacionais das entidades Saúde e do Trabalho devem prosseguir no sentido de estabelecer sistemas de vigilância nas empresas com o propósito de identificar a extensão dos problemas de saúde ligados aos RPS no trabalho e de poder avaliar os efeitos dos programas de melhoria implementados. Estas políticas deverão também conter meios legais e financeiros para incentivar as empresas a pôr em prática estratégias de prevenção para conter esta pandemia que toca em particular o mundo ocidental.

### 3. METODOLOGIA

Neste capítulo é apresentado o desenho metodológico da investigação empírica escolhida. Numa primeira fase é descrita a metodologia utilizada no rastreio dos RPS e numa segunda fase a metodologia seguida pelo grupo de trabalho responsável pelo projecto de avaliação dos RPS no CAL.

#### *3.1. Recolha de informação*

Antes de analisar os RPS foi necessário perceber qual o meio envolvente para seguidamente proceder a um rastreio minucioso dos RPS no Centro. A abordagem do trabalho seguiu assim três etapas propostas por Chakor (2013), respectivamente: i) pesquisa exploratória, ii) pesquisa qualitativa e iii) método de abdução.

##### *3.1.1. Pesquisa exploratória*

Procedeu-se a uma pesquisa exploratória com base na análise de dados secundários, recolhidos através da intranet do Centro (Kaliweb) bem como documentos disponibilizados pelos diferentes departamentos que participaram no projecto de avaliação dos RPS ou seja, Direcção dos Recursos Humanos, Departamento da Qualidade e Gestão de Riscos e Serviço de Medicina do Trabalho. Estes documentos permitiram, em primeiro lugar, contextualizar os RPS perante a envolvente e o sector de actividade onde o estágio se desenrolou e, em segundo lugar, identificar e fazer um levantamento exaustivo e detalhado das causas e efeitos dos riscos no estabelecimento. Os documentos internos que permitiram a elaboração do levantamento dos riscos estão representados na tabela II.

**TABELA II: TIPO DE DOCUMENTO UTILIZADO NA RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS SECUNDÁRIOS**

Tipo de documento	Fonte	Número total de páginas
<b>Documento Único</b> (última revisão Setembro 2012) “Análise de riscos” “Descrição das unidades de trabalho” “Ficha de síntese das evoluções dos riscos” “Plano de acção”	Direcção de Recursos Humanos	240 páginas
<b>Balanço Social</b> (exercício de 2010 a 2012) “Contratação e partidas” “Absentismo e despesas de pessoal” “Acidentes e despesas de segurança”	Direcção de Recursos Humanos	80 páginas
<b>Relatório Anual Administrativo e Financeiro do Serviço de Medicina do Trabalho</b> (exercício de 2010 a 2012) “Natureza dos principais riscos que originaram a intervenção da Medicina do Trabalho” “Plano das actividades futuras em Medicina do Trabalho” “Observações gerais”	Serviço de Medicina do Trabalho	64 páginas
<b>Inquérito de Satisfação do Pessoal</b> e documento de análise dos resultados (exercício de 2011 com 157 participantes e 2013) <b>Inquérito de Satisfação dos Médicos</b> e documento de análise dos resultados (exercício de 2011 com 20 participantes e 2013)	Departamento de Recursos Humanos	36 páginas

Os dados administrativos provenientes destes documentos (i.e. taxa de absentismo, acidentes de trabalho, baixas médicas), foram os primeiros dados que permitiram a tomada de consciência da problemática do trabalho como descritos na tabela III. No entanto, esta análise não foi suficiente para compreender os factores que estão na origem dos RPS.

**TABELA III: DADOS ADMINISTRATIVOS<sup>4</sup>**

Anos	Nº de trabalhadores	Taxa de absentismo		Acidentes de trabalho		Baixas médicas		Turnover	
		Taxa ausências	Taxa dias de ausências	Taxa acidentes trabalho	Taxa dias de ausências	Taxa baixas	Taxa dias de ausências	Contratações	Partidas
2008	642	0,98	37,87	0,04	1,17	0,58	22,36	188	176
2009	687	1,02	37,93	0,03	1,59	0,63	21,78	315	213
2010	707	1,28	39,45	0,03	1,23	0,29	20,82	246	203
2011	716	1,04	39,25	0,04	1,62	0,30	21,97	289	224
2012	732	1,02	35,50	0,03	1,38	0,42	19,10	309	246

Fonte: Dados recolhidos através do Documento Único, Balanço Social e Relatório da Medicina do Trabalho (2012)

### 3.1.2. Pesquisa qualitativa

A abordagem qualitativa através da recolha de dados no terreno, permitiu responder à necessidade de contextualizar e compreender o trabalho no Centro Hospitalar da forma mais fidedigna possível. Chakor (2013) refere que a fiabilidade da pesquisa qualitativa assenta principalmente na capacidade e honestidade do pesquisador para descrever concretamente as etapas do processo de análise, numa óptica de transparência e de reprodutibilidade.

<sup>4</sup> Este número de baixas médicas é referente apenas ao pessoal médico, assistentes de enfermagem, enfermeiros, enfermeiros especializados e técnicos de saúde.

Desta forma, a abordagem adoptada baseou-se em observações e em recolha de dados através de entrevistas no terreno, com o objectivo de observar os riscos previamente identificados aquando da pesquisa exploratória.

Para respeitar os critérios de clareza, viabilidade e pertinência tais como sugeridos por Chakor (2013), foi formalizada uma questão de partida: “Será que os riscos identificados na análise de documentos são os mesmos que os riscos vivenciados no terreno?”. Esta questão surgiu devido à necessidade de identificar estas novas formas de riscos profissionais que o conceito dos RPS expõe e que ainda não estavam identificados formalmente no CAL através dos documentos analisados.

### *3.1.3. Método de abdução*

Este método consistiu primeiramente em ligar os efeitos às causas através da observação. Esta atitude permitiu uma maior neutralidade ao estudar as causas deste fenómeno (Nasse e Légeron, 2008). Assim, para David (1999), o método de abdução consiste em elaborar uma observação empírica que liga uma regra geral a uma consequência; este método permite encontrar a consequência da regra geral, se esta se verificar verdadeira. Assim sendo, através dos efeitos dos RPS identificados pelas duas pesquisas previamente realizadas, pudemos proceder à identificação das causas tendo conhecimento dos efeitos. Ainda segundo David (1999), a abdução é um processo de interpretação pertinente para as ciências de gestão e que permite analisar situações de gestão.

## *3.2. Método de Avaliação das Práticas Profissionais (APP)*

O método APP foi o procedimento de investigação sugerido pelo Serviço de Qualidade e Gestão dos Riscos para conduzir o projecto de avaliação dos RPS no CAL.

### *3.2.1. Introdução ao método APP*

Este método, concebido pela Alta Autoridade de Saúde (AAS), consiste na análise das práticas profissionais que seguem recomendações de boas práticas e métodos provenientes do organismo francês de autoridade pública independente. Importa referir que desde 2013 todos os profissionais de saúde devem validar o seu Desenvolvimento Profissional Contínuo (DPC) ao abrigo da lei Hospital, Paciente, Saúde e Território (HPST) (lei nº2009-879 de 21 Julho de 2009). Esta lei torna obrigatória para o estabelecimento de saúde a integração do DPC na política de

melhoria da qualidade, na política de gestão das competências e no programa de formação contínua.

Esta avaliação baseia-se no método científico de Medicina Baseada em Evidências (MBE), que se define pelo uso consciencioso, explícito e judicioso das melhores práticas clínicas disponíveis para a tomada de decisão dos cuidados a prestar a cada paciente. Este modelo de decisão clínica é o modelo de referência da AAS e o seguido pelo CAL para avaliar as práticas profissionais ou analisar uma determinada actividade sujeita a recomendações.

Assim, o método APP segue um protocolo explícito com o objectivo de melhorar as práticas profissionais e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Este modelo não avalia somente as práticas profissionais, mas calcula também a discrepância entre as práticas reais e as boas práticas com o objectivo de aproximar aquelas destas através de medidas de melhoria de práticas definidas num plano de acção. Estas práticas são elaboradas através de práticas individuais, colectivas e de dimensões organizacionais.

### 3.2.2. Escolha da abordagem

Existem cinco abordagens distintas de APP, consoante os objectivos pretendidos, evidenciados na tabela IV.

TABELA IV: MÉTODOS ADEQUADOS PARA OS OBJECTIVOS DESEJADOS<sup>5</sup>

Objectivos	Abordagem	Métodos
Balço de uma prática no que diz respeito ao “estado da arte”	Abordagem por comparação a um referencial	Auditoria clínica Revisão da pertinência dos cuidados Pesquisa prática
Optimizar ou melhorar a gestão clínica Controlar os riscos de um sector de actividade	Abordagem por processo	Análise de processos Percurso clínico Programa de melhoria contínua da qualidade (AMFEC <sup>6</sup> )
Tratar uma disfunção ou fazer face a um acontecimento indesejado	Abordagem por problema	Método de resolução de problemas Análise de processo Jornal de mortalidade-morbidade Método de análise das causas
Observar um fenómeno importante e agir em função do resultado	Abordagem por indicadores	Acompanhamento dos indicadores Gestão estatística dos processos
<b>Implementação de um processo de avaliação e medição da sua eficácia</b>	<b>Pesquisa avaliativa</b>	<b>Métodos específicos</b>

Fonte: Adaptado de Quaranta (2006)

A identificação de um determinado tipo de abordagem permite orientar a escolha de um método para iniciar o projecto de melhoria da qualidade. Assim, o método que

<sup>5</sup> Análise dos Métodos de Falha, dos seus Efeitos e da sua Criticidade (AMFEC) tem por objectivo analisar e prevenir eventuais falhas num sistema, permitindo a quantificação dos riscos e a hierarquização em função da criticidade.

<sup>6</sup> Análise dos Métodos de Falha, dos seus Efeitos e da sua Criticidade (AMFEC) tem por objectivo analisar e prevenir eventuais falhas num sistema, permitindo a quantificação dos riscos e a hierarquização em função da criticidade.



pareceu o mais adequado, tendo em conta a sua componente avaliativa, foi o quinto método descrito na Tabela IV que tem por objectivo implementar um processo de avaliação através de uma pesquisa avaliativa com base em métodos específicos. Este método apresenta ainda a vantagem de avaliar um fenómeno particular fora do contexto habitual das práticas médicas.

### *3.2.3. Construção da comissão APP*

Após a escolha do método mais adequado, foi criada pelos departamentos de Qualidade e Prevenção de Riscos, Direcção dos Recursos Humanos e Medicina do Trabalho uma comissão com a missão de conduzir os trabalhos de avaliação dos RPS. Este grupo multidisciplinar foi constituído por nove elementos: Responsável Qualidade, Director de Recursos Humanos, Secretária de Direcção de Recursos Humanos, Médica do Trabalho, Psicóloga do Pessoal, Enfermeira da unidade A4, Técnico de Manutenção, Manipuladora de Radioterapia e por mim<sup>7</sup>.

Para conduzir esta comissão foi nomeado um piloto e um co-piloto, respectivamente, Dra Alexia Tosi, Psicóloga do Pessoal, e Dra Isabelle Buget, Médica do Trabalho.

### *3.2.4. Etapas da abordagem APP*

Este método de melhoria das práticas seguiu seis etapas estipuladas pela AAS e descritas a partir da Figura 3:

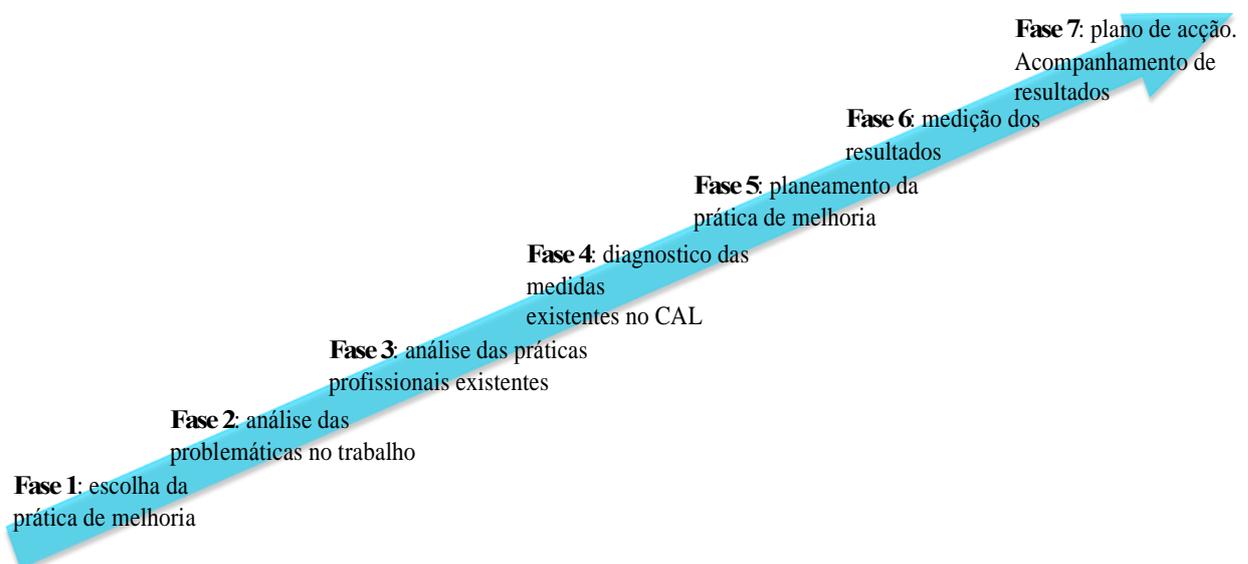
- i) Escolha do tópico com potencial de melhoria: “avaliação e prevenção dos RPS no CAL”;
- ii) Análise dos processos e das problemáticas no trabalho. Esta etapa permitiu a construção de um diagnóstico preliminar identificando os principais riscos próprios ao contexto de trabalho no Centro, identificados na Tabela A-1 (ver anexos);
- iii) Posicionamento relativo às práticas profissionais existentes fora do Centro. Esta etapa permitiu analisar diferentes ferramentas de avaliação dos RPS, sugeridos na literatura científica (e.g. Karasek, 1979, Siegrist, 1996 e Vézina, 2008), teses de doutoramento (e.g. Desender, 2012 e Chakor, 2013), documentação pública (e.g.

---

<sup>7</sup> A comissão foi inicialmente constituída com um representante do sindicato dos trabalhadores do Centro Antoine-Lacassagne (Comité de Higiene, Segurança e das Condições de Trabalho – CHSCT), participação essa que foi recusada pelo próprio organismo por motivo de ruptura do diálogo social entre direcção e sindicato. No entanto, para Douillet (2013), um projecto sobre os RPS é uma importante ocasião de renovar o diálogo social, essencial ao bom desenrolar dos trabalhos.

- Guyot, Langevin e Montagnez, 2013) e recomendações de um estabelecimento de características semelhantes (e.g. Centro Hospitalar Universitário de Grenoble);
- iv) Diagnóstico das medidas anteriormente postas em prática pela direcção no âmbito da melhoria das condições de trabalho e melhoria da qualidade de serviços (e.g. documento único de avaliação dos riscos profissionais, DUAR). No entanto, ainda não existia nenhuma ferramenta específica na avaliação dos RPS;
  - v) Planeamento de uma prática de melhoria para avaliar os RPS através da construção de uma grelha de avaliação. O objectivo desta grelha teve por âmbito identificar as problemáticas do trabalho com vista à elaboração de um plano de acção com medidas de prevenção dos RPS;
  - vi) Medição dos resultados provenientes da grelha de avaliação; e finalmente;
  - vii) Proposta de um plano de acção para melhorar as problemáticas existentes e acompanhamento das medidas e dos resultados.

FIGURA 3: ETAPAS DO MÉTODO DE AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS (APP)



### *3.3. Avaliação dos factores de risco*

#### *3.3.1. Entrevistas*

Os dados primários foram recolhidos através de entrevistas com a ajuda de questionários (ver Anexos Tabela A-3). Estas entrevistas procuram perceber quais as dimensões do trabalho que têm um impacto na saúde, quando o número de questionados é representativo (INSBQ, 2011). Foi estipulado em reunião APP que o serviço de Medicina do Trabalho conduziria a tarefa de levantamento e tratamento das entrevistas junto de cerca de 200 trabalhadores, ou seja, um terço dos trabalhadores do CAL. A decisão de atribuir este trabalho à Medicina do Trabalho teve em conta o estatuto de imparcialidade do serviço entre Direcção e Sindicatos e o facto de se reger pelo segredo profissional. Os questionados foram identificados previamente segundo dois critérios: i) serviço ao qual pertence o trabalhador; e ii) função desempenhada. Assim criou-se uma lista de potenciais inquiridos por serviço e função desempenhada.

As entrevistas foram conduzidas a partir de um questionário de 34 perguntas, estruturado em três partes. A abordagem quantitativa através de um questionário permitiu alcançar uma visão objectiva da situação, abrindo a discussão entre entrevistado e entrevistador na procura da origem das causas dos RPS.

Na primeira parte do questionário, o entrevistado respondia a perguntas que contextualizavam a sua actividade. Numa segunda parte, preenchia 32 perguntas, sem interferência do entrevistador excepto em caso de dúvidas. Por fim na terceira parte (i.e. perguntas 33 e 34), o entrevistado era levado a falar abertamente sobre a sua relação com o trabalho através da entrevista semiestruturada. As entrevistas foram conduzidas individualmente junto de trabalhadores escolhidos ao acaso respeitando os pressupostos inicialmente previstos (i.e. entrevistar um trabalhador por posto em cada serviço). As entrevistas foram realizadas entre 17 de Fevereiro 2014 e 7 de Março 2014. Cada entrevista teve a duração de 25 a 30 minutos.



### 3.3.2. *Validade da informação*

Após a validação do questionário por parte do grupo APP e do Director de Recursos Humanos foi essencial comprovar a fiabilidade da informação que iria ser recolhida.

O tema de investigação é vasto, implicando um número significativo de informadores de horizontes por vezes muito variados, mas representativos do sector da saúde. Neste âmbito, a investigação contou com quatro métodos de validação de informação sugeridos por Yin (1994): validação dos constructos garantida pelas observações, entrevistas e as várias fontes de informação, validação interna que relaciona as observações empíricas e os conceitos teóricos, validação externa com a generalização dos dados obtidos para outros estabelecimentos de saúde, e por fim validação da fiabilidade da reprodutibilidade das tarefas de análise dos RPS e a avaliação transparente dos resultados.

### 3.3.3. *Análise dos resultados*

As entrevistas realizadas com a ajuda do questionário e os apontamentos recolhidos no decorrer da entrevista foram em seguida tratados em função do serviço ao qual pertencia cada entrevistado. Com a representação de um trabalhador por posto ocupado em cada serviço, foi possível ter várias visões diferentes de cada um dos serviços do estabelecimento. O departamento de Medicina do Trabalho encarregou-se da análise dos resultados das entrevistas para assegurar os termos de confidencialidade.

## 4. CONSTRUÇÃO DA GRELHA DE AVALIAÇÃO

Para o Instituto Nacional de Pesquisa e de Segurança francês (INRS, 2013) as empresas devem avaliar os RPS ao mesmo título que os outros riscos profissionais (e.g. risco químico, risco de incêndio, risco infeccioso), e integrar estes riscos dentro do Documento Único de Avaliação dos Riscos Profissionais (DUAR). A avaliação e prevenção destes riscos contribui directamente para o processo de melhoria da saúde, segurança e condições de trabalho dos funcionários, contribuindo ainda indirectamente para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

É neste sentido que o Centro Antoine-Lacassagne iniciou o projecto de avaliação e prevenção dos RPS com a construção de um questionário e uma grelha de síntese dos

RPS. Esta última permitiu ao estabelecimento identificar os factores de risco aos quais estão sujeitos os trabalhadores em cada serviço e profissão e apreciar o seu grau de exposição aos RPS.

#### *4.1. Construção do questionário*

Antes de iniciar a construção da grelha de avaliação, é necessário explicar a construção do questionário. Este questionário único foi concebido para avaliar os factores de risco identificados previamente e enumerados na Tabela A-1.

Para a construção do questionário teve-se em conta todos os questionários reconhecidos cientificamente e validados em língua francesa. Esses questionários foram em seguida comparados às dimensões do CAL, retendo apenas as perguntas correspondentes às sub-dimensões identificadas no estabelecimento e apresentadas no mesmo documento Tabela A-1. Foi assim que para as 23 sub-dimensões foram acrescentadas 32 perguntas.

O questionário foi elaborado para ser aplicável a toda a população do CAL a partir de oito estudos, a saber: Karasek (1979), Siegrist (1996), Vézina (2011), C.L.A.R.T.E. (2012), Desender (2012), Guyot et al. (2013), Programa ORSOSA (2013) e Bonnetterre et al. (2013), trabalhados a partir da Tabela A-2.

Este questionário foi assim construído em três partes: a primeira pretendeu recolher dados sobre o trabalhador para fins estatísticos e metodológicos (e.g. idade, género, posto ocupado, serviço, horário de trabalho e antiguidade no Centro); a segunda parte (32 perguntas) referiu-se à contextualização das condições de trabalho em cada serviço perante os principais factores de risco (i.e. exigências emocionais, gestão e organização do trabalho, meios logísticos e recursos humanos), onde o inquirido escolhia, através da escala de Likert, uma opção das quatro possíveis (i.e. totalmente em desacordo, em desacordo, de acordo, totalmente de acordo); por último, uma terceira parte inspirada do trabalho de Vézina (2011), que procurou avaliar o sentimento do trabalhador em relação ao seu trabalho.

No entanto, para 9 das 23 sub-dimensões do questionário de avaliação dos RPS – CAL 2014, não foi retida qualquer pergunta proveniente de um questionário validado, devido a não se ter encontrado nenhuma adaptada à realidade do CAL e às exigências do grupo. Nestes casos o grupo APP formulou as perguntas em falta.

#### 4.2. Construção da grelha

A grelha de avaliação dos RPS foi concebida com o propósito de permitir identificar o grau dos factores de risco a partir da categorização prévia dos factores de risco no estabelecimento. Esta grelha permite ainda aos intervenientes perceber os factores de risco organizacionais a partir de uma recolha de informação caracterizando o contexto do trabalho e alguns aspectos ligados às práticas de gestão dos recursos humanos e práticas de gestão que podem ter um impacto sobre a saúde mental, física e relacional dos trabalhadores.

Para fundamentar e justificar esta grelha foram utilizados os modelos de Exigências – Autonomia de Karasek (1979), Desequilíbrio – Esforço – Reconhecimento de Siegrist (1996), Justiça Organizacional (Kivimaki, 2007) e Previsibilidade (Burr, 2010). A construção desta grelha foi ainda inspirada dos trabalhos certificados e validados do INPS (2013), INSPQ (2011), AFCOR / INSET de Montpellier (2010) e Bonnetterre et al. (2013), e reuniu pessoas de variadas áreas do CAL (e.g. gestão de qualidade, cuidados de saúde, recursos humanos, psicologia, técnicomedical, medicina, manutenção).

Desta forma, a grelha de avaliação foi composta a partir das mesmas quatro dimensões de factores de risco identificadas na Tabela A-1: i) exigências emocionais; ii) gestão e organização do trabalho; iii) meios logísticos e iv) recursos humanos. Para cada dimensão de factores, foram consideradas as sub-dimensões correspondentes, ou seja um total de 23 sub-dimensões, distribuídas horizontalmente.

Posto isto, foi necessário proceder à identificação na grelha de todos os serviços/unidades do Centro enumerados verticalmente na Tabela V. Este exercício permitiu ter uma visão detalhada de cada serviço perante os RPS. Entretanto, procedeu-se também à identificação de todas as profissões existentes no CAL para permitir identificar eventuais riscos específicos a uma determinada profissão.

Esta grelha de avaliação apresenta a vantagem de ser específica às problemáticas e contexto de trabalho no CAL, tendo dois objectivos principais: i) constituir uma cartografia, ou seja, uma visão global dos factores de risco no estabelecimento; ii) identificar os RPS que necessitam de ser trabalhados em prioridade, exemplificado na Tabela V.

Tabela V: EXEMPLO DA GRELHA DE SÍNTESE DE AVALIAÇÃO DOS RPS POR SERVIÇO

Serviço	Recursos Humanos (D)				Sub-Total	TOTAL
	D1 - Nível de efectivos	D2 - Política de remuneração	D3 - Percurso de formação	D4 - Desenvolvimento profissional		
S1 - Radioterapia (Pólo Este)	1	0	1	2	4	
S2 - Radioterapia (Pólo Oeste)	2					
S3 - Administração	3					
S4 - Admissão e recepção	0					
...	0					
<b>Total</b>	<b>6</b>					
<b>Média</b>						

Fonte: Adaptado de Vézina (2013)

TABELA VI: EXEMPLO DA GRELHA DE SÍNTESE DE AVALIAÇÃO DOS RPS POR PROFISSÃO

Profissão	Recursos Humanos (D)				Sub-Total	TOTAL
	D1 - Nível de efectivos	D2 - Política de remuneração	D3 - Percurso de formação	D4 - Desenvolvimento profissional		
P1 - Enfermeiros	1	0	1	2	4	
P2 - Assistentes Enfermagem	2					
P3 - Médicos	3					
P4 - Assistentes Médicos	0					
...	0					
<b>Total</b>	<b>6</b>					
<b>Média</b>						

Fonte: Adaptado de Vézina (2013)

Para respeitar a coerência com o trabalho de avaliação dos outros riscos profissionais, as respostas aos questionários foram convertidas em níveis de intensidade, como sugeridas pela AFCOR / INSET de Montpellier (2010) e INRS (2013), exemplificados na Tabela VII.

Tabela VII: CONVERSÃO DAS RESPOSTAS EM NÍVEL DE INTENSIDADE

Cotação das respostas	Nível de intensidade dos factores de risco	Explicação
Totalmente de acordo	Nível 0	Propício para o desenvolvimento pessoal
De acordo	Nível 1	Dificuldades de baixa intensidade ou potencial
Em desacordo	Nível 2	As dificuldades são caracterizadas. Podem ser exemplificadas por um conjunto de dados e / ou factos
Totalmente em desacordo	Nível 3	A crise está instalada. Altera a produção: absentismo, interrupção do trabalho, conflitos, saídas voluntárias, etc

Fonte: Adaptado de AFCOR / INSET de Montpellier (2010)

Com base na tabela VII o nível 0 corresponde ao nível mais fraco de criticidade, ou seja, um nível de intensidade quase inexistente ou improvável. O nível 1, ou segundo nível de criticidade, corresponde à existência de um nível de ocorrência do fenómeno normal. O nível 2 identifica uma situação de perigo com condições para a ocorrência de problemas que incidem directamente sobre os colaboradores, colocando em causa a sua saúde. O nível 3, quarto e último nível de intensidade, diz respeito a uma situação de perigo extrema, com uma forte probabilidade de ocorrência de problemas de intensidade elevada e repetitivas que reduzem significativamente a saúde dos trabalhadores.

Como exemplificado na Grelha I, a cada nível de criticidade corresponde uma cor. Temos assim para o nível 0, cor verde; nível 1, cor amarela; nível 2, cor laranja; nível 3, cor vermelha. A atribuição de cores aos vários níveis permite uma melhor interpretação da grelha e facilita a sua compreensão.

#### 4.3. Análise da grelha

Na Tabela V, é visível a referência *sub-total* tanto horizontalmente como verticalmente. As linhas verticais pretendem identificar as dimensões que mais peso têm para influenciar negativamente a saúde dos trabalhadores e as linhas horizontais permitem evidenciar os serviços com maior grau de risco aos RPS perante cada dimensão. Estas linhas permitem visualizar as sub-dimensões de maior risco, e hierarquizar os serviços e profissões de maior probabilidade de ocorrência de problemas, agindo em prioridade sobre estes serviços / profissões.

Assim, para contabilizar a linha horizontal *sub-total*, foi necessário fazer a soma de todos os valores atribuídos às sub-dimensões, repetindo o mesmo processo para cada

uma das quatro dimensões. Sendo assim, ao atribuir um peso idêntico para cada uma das quatro dimensões (ver Tabela V), temos, i) as dimensões *exigências emocionais e gestão e organização do trabalho* apresentam um risco reduzido se a soma dos itens for inferior a 6, um nível médio entre 6 e 11, um risco elevado entre 12 e 17 e por fim um risco muito elevado se a soma dos itens for superior a 18 ; ii) a dimensão *meios logísticos* apresenta um risco reduzido se a soma dos itens for inferior a 2, um nível médio entre 2 e 4, um nível elevado entre 5 e 6 e por fim um risco muito elevado se a soma dos itens for superior a 6; finalmente iii) a dimensão *recursos humanos* apresenta um risco reduzido se a soma dos itens for inferior a 3, um nível médio entre 3 e 5, um nível elevado entre 6 e 8, e por fim um risco muito elevado se a soma dos itens for superior a 8. A estes quatro níveis foram atribuídas as mesmas quatro cores da Tabela V e VI.

TABELA VIII: NÍVEIS DE CRITICIDADE POR SERVIÇO E PROFISSÃO – CÁLCULO DO SUB-TOTAL

Dimensão	Nível reduzido	Nível médio	Nível elevado	Nível muito elevado
Exigências emocionais	[ 0 ; 5 ]	[ 6 ; 11 ]	[ 12 ; 17 ]	[ 18 ; 24 ]
Gestão e organização do trabalho	[ 0 ; 5 ]	[ 6 ; 11 ]	[ 12 ; 17 ]	[ 18 ; 24 ]
Meios logísticos	[ 0 ; 1 ]	[ 2 ; 4 ]	[ 5 ; 6 ]	[ 7 ; 9 ]
Recursos humanos	[ 0 ; 2 ]	[ 3 ; 5 ]	[ 6 ; 8 ]	[ 9 ; 12 ]

Relativamente à linha total horizontal que identifica o grau de criticidade para as 23 sub-dimensões, obtivemos:

TABELA IX: NÍVEIS DE CRITICIDADE POR SERVIÇO E PROFISSÃO – CÁLCULO TOTAL

Grelha	Nível reduzido	Nível médio	Nível elevado	Nível muito elevado
Serviços e profissões	[ 0 ; 16 ]	[ 17 ; 34 ]	[ 35 ; 51 ]	[ 52 ; 69 ]

O mesmo método foi aplicado para finalizar o processo, ou seja, calcular o total verticalmente. Teve de se fazer a soma de todos os pontos atribuídos a cada serviço e profissão, sabendo que o máximo possível é de 69 pontos para a grelha *serviços* (i.e. 23 serviços representados na grelha) e 54 pontos para a grelha *profissões* (i.e. 18 profissões representadas na grelha). Assim, respectivamente obtém-se: ao acordar um peso idêntico para cada sub-dimensão, considera-se que um determinado serviço apresenta um risco reduzido se o resultado for inferior a 17, um risco médio entre 17 e 34, um risco elevado entre 35 e 51 e um risco muito elevado acima de 51; finalmente, considera-se que uma determinada profissão apresenta um risco reduzido se o

resultado for inferior a 14, um risco médio entre 14 e 26, um risco elevado entre 27 e 40 e um risco muito elevado acima de 40.

TABELA X: NÍVEIS DE CRITICIDADE POR SUB-DIMENSÃO – CÁLCULO DO TOTAL

Dimensão	Nível reduzido	Nível médio	Nível elevado	Nível muito elevado
Grelha serviços	[ 0 ; 16 ]	[ 17 ; 34 ]	[ 35 ; 51 ]	[ 52 ; 69 ]
Grelha profissões	[ 0 ; 13 ]	[ 14 ; 26 ]	[ 27 ; 40 ]	[ 41 ; 54 ]

Em resumo temos um resultado para cada serviço e profissão (i.e. linha horizontal) e um resultado para cada sub-dimensão (i.e. linha vertical).

#### 4.4. Preenchimento da grelha

O preenchimento da grelha está estreitamente ligado ao questionário e à forma como este foi concebido. Assim, sabendo que a cada uma das sub-dimensões corresponderam uma ou mais perguntas, o peso atribuído a cada uma das perguntas não é idêntico, sendo necessário realizar um trabalho de uniformização dos itens para que, em seguida, a grelha pudesse ser preenchida. O questionário comportou 32 perguntas, para analisar os 23 factores de risco identificados previamente no Centro. Para facilitar o trabalho, dando-lhe um carácter mais prático em futuras utilizações da grelha, as perguntas que abordavam a mesma temática tiveram um peso idêntico. Assim tivemos 23 itens para as 23 sub-dimensões.

Os questionários foram em seguida reagrupados e tratados por serviço/unidade e profissões, sendo que a média dos resultados obtidos foi arredondada às unidades para que o resultado se adequasse aos 4 níveis de intensidade descritos na Tabela IV (i.e. do nível 0, 1, 2 e 3). Assim para cada sub-dimensão específica ao Centro, corresponde um resultado entre 0 e 3. Assim, quanto maior for o total obtido no final, mais a situação é desfavorável para a saúde dos trabalhadores. Inversamente, quanto menor for o resultado obtido no final, menor o nível de risco.

A atribuição dos valores seguiu a seguinte regra de ponderação: se a percentagem de inquiridos for igual ou superior a 60% para as respostas dos extremos “totalmente de acordo” ou “totalmente em desacordo”, a pontuação será respectivamente 0 ou 3. Se a percentagem de inquiridos for inferior a 60% para as respostas dos extremos, e se a percentagem de respondentes for superior a 50% para as respostas positivas (“de acordo” e “totalmente de acordo”), então a pontuação será 1. Pela mesma lógica, se as respostas negativas (“em desacordo” e “totalmente em desacordo”) forem superiores a 50%, a pontuação será 2.

Por fim, com o trabalho de atribuição dos níveis de criticidade acabados, foram somados os pontos para chegar ao resultado dos sub-totais e total consoante o estipulado anteriormente no capítulo 4.3. Análise da grelha.

Para terminar, foi calculada a média ponderada para todas as colunas sub-total, atribuindo a cada serviço um peso proporcional ao seu número de trabalhadores.

## 5. APLICAÇÃO DA GRELHA DE AVALIAÇÃO

Este projecto desenvolvido no quadro do estágio Erasmus teve por objectivo uma aplicação prática. Isto é, ir para além da construção da grelha, aplicando-a no contexto real do caso do CAL.

### *5.1. Conhecer o contexto do trabalho*

Antes de aplicar a grelha de avaliação foi importante conhecer as características do estabelecimento para perceber qual a natureza das suas actividades e por outro lado perceber o contexto actual (i.e. mudança de direcção: Director Executivo, Director Executivo Adjunto e Director de Recursos Humanos, levando a mudanças organizacionais; aumento da taxa de partidas voluntárias e escassez de mão de obra especializada de enfermeiros) para ter uma ideia precisa da realidade do trabalho no CAL.

A iniciativa de ir ao encontro dos trabalhadores do CAL para avaliação dos RPS através de uma grelha permitiu suscitar o interesse dos diferentes actores para prevenir e tratar este fenómeno. Esta grelha foi aplicada a todos os serviços e profissões, permitindo um retrato da realidade dos RPS no Centro.

No entanto foi fundamental garantir aos entrevistados o anonimato das entrevistas e clarificar que a grelha não serviria para avaliar ou discutir de características individuais dos trabalhadores. Pelo contrário, são as características organizacionais do trabalho e das práticas de gestão que são visadas (INSPQ, 2011).

### *5.2. Recolha da informação para a grelha*

Os trabalhadores inquiridos foram identificados previamente pela Medicina do Trabalho consoante a sua profissão e serviço de pertença. Os questionados responderam de forma voluntária e a título de informadores-chave. Foi assim entrevistado um trabalhador por profissão por cada serviço. Nesse sentido, foi necessário recorrer aos organigramas do estabelecimento (e.g. organigrama geral,

serviços clínicos, serviços económicos, etc). O número de entrevistas a realizar foi dividido de forma proporcional pelo pessoal de Medicina do Trabalho (i.e. Médica do Trabalho, Psicóloga dos Trabalhadores e Estagiário) como descrito a través da Tabela XI. Embora a lista de serviços fosse conhecida, ficou acordado pela Medicina do Trabalho que a lista do pessoal inquirido seria mantida confidencial. No final, foram entrevistados 174 trabalhadores de um total de 705<sup>8</sup> funcionários ou seja  $\frac{1}{4}$  da população total do CAL.

TABELA XI: DIVISÃO DAS ENTREVISTAS E SERVIÇOS INQUIRIDOS

Serviço Medicina do Trabalho	Pólos	Serviços inquiridos
Médica do Trabalho	Pólo Cirurgia	A4; USC Bloco operatório
	Pólo Imagem	Radiologia Medicina nuclear
	Pólo PUI	Farmácia; URC Rádio-farmácia
	Pólo DRIS	DRIS
	Pólo Laboratório	Onco-farmácia ACP Depósito amostras colectadas
Psicóloga dos Trabalhadores	Pólo Clínico	Direcção clínica HDJ2; HDJ3; HDS medicina B3; B4 DISSPO Maison Sainte Croix Consultas e cuidados externos
Estagiário	Pólo Radioterapia	Pólo Este Pólo Oeste
	Pólo Administração	Direcção Geral; Direcção Recursos Humanos; Contabilidade; Controlo de Gestão; DIM; Arquivos; Qualidade; Medicina do Trabalho Serviços admissões e recepção Secretariado Médico
	Pólo Serviços Económicos	Biomédico; Serviços técnicos, Logística; Gestão
	Pólo Informática	Serviços informáticos

As informações retiradas destas entrevistas, com ajuda de um questionário, tiveram várias finalidades. A primeira foi evidenciar as características dos trabalhadores questionados, ou seja, média de idades, serviços e profissões representadas e antiguidade no CAL. A segunda finalidade consistiu em perceber o grau de desalinhamento entre a percepção dos trabalhadores e os factores de risco descritos a partir de 32 perguntas. Estas perguntas com quatro hipóteses possíveis foram respondidas a caneta preta pelos trabalhadores individualmente e sem interferência do entrevistador. Estes dados foram resumidos na grelha de avaliação dos RPS. Por último, a terceira finalidade pretendeu perceber mais em profundidade, através de uma entrevista semi-estruturada a partir das perguntas 33 e 34 do

<sup>8</sup> Não foram tidos em conta para o trabalho de avaliação dos RPS os 15 médicos internos bem como os 12 estudantes em medicina.

questionário, a vivência dos trabalhadores perante o seu contexto de trabalho. No entanto, o conteúdo das entrevistas foi mantido secreto pela Medicina do Trabalho ao abrigo da confidencialidade médica.

#### *5.2.1. Comunicação da acção de avaliação*

Antes do início dos trabalhos no terreno foi divulgada, através dos meios de comunicação interna (i.e. intranet, cartazes e comunicação directa), a realização da acção. A comunicação consistiu no envio de uma mensagem via intranet a todos os quadros de serviço, para impressão e afixação de um cartaz (enviado em anexo) introdutório ao fenómeno dos RPS e à metodologia seguida pelo estabelecimento. Esta medida pretendeu assegurar a compreensão dos objectivos desta investigação por parte dos trabalhadores.

#### *5.3. Preenchimento da grelha*

Após a realização das entrevistas foi necessário proceder ao preenchimento da grelha. Esta última foi preenchida pelos mesmos intervenientes que realizaram o inquérito (i.e. serviço de Medicina do Trabalho) com a ajuda da informação recolhida aquando das entrevistas aos informadores-chave.

##### *5.3.1. Método de análise da grelha*

Os serviços e profissões previamente identificados na grelha tiveram por objectivo separar departamentos que não têm as mesmas especificidades sendo difícil comparar as problemáticas no trabalho. Assim sendo, foi mais fácil identificar resultados específicos para determinados serviços e profissões onde as situações vividas no trabalho são muito diferentes.

Relativamente a alguns indicadores, pode ser proposta uma análise mais aprofundada da grelha de síntese dos resultados. Por exemplo, o período que o CAL atravessa quanto à mudança de direcção influencia o indicador A7 – “incertezas e inquietações” sendo ainda mais alarmante se o indicador B4 – “comunicação” estiver num nível elevado de gravidade. Por outro lado se o indicador D1 – “nível de efectivos” indicar falta de pessoal, este pode estar relacionado com o indicador B1 – “aumento da actividade” se este se verificar.

### *5.3.2. Finalização dos trabalhos*

Após a finalização do preenchimento das grelhas de síntese dos RPS – CAL 2014 e da transcrição das entrevistas dos informadores-chave, estes dois trabalhos foram cruzados. Para cada serviço e profissão representado nas grelhas foram anexadas as informações qualitativas pertinentes recolhidas nas entrevistas.

As grelhas permitiram também evidenciar facilmente numa leitura directa dos dados situações de risco no trabalho.

### *5.4. Comunicação dos resultados*

Após o tratamento dos resultados e o relatório de síntese finalizado, foram comunicados os resultados ao conjunto dos participantes das entrevistas que forneceram as informações que permitiram a realização desta síntese.

A comunicação dos resultados permitiu a tomada de consciência desta problemática por parte de todos os trabalhadores do CAL independentemente do seu posto, profissão ou serviço.

Inicialmente o projecto de avaliação e prevenção dos RPS teve como objectivo final o desenvolvimento de um plano de acção. Este plano pretendia apresentar propostas para combater ou mesmo erradicar os RPS, no entanto, com o avançar dos trabalhos tornou-se evidente que a construção do plano de acção levaria mais tempo do que o expectável tendo em conta a duração do estágio (i.e. 6 meses equivalentes a 450 horas). Para além disso, dado o grau de profundidade e sensibilidade que a acção de avaliação tomou, o plano de acção só poderia ser aprovado e posto em prática após a consulta e análise dos quadros de cada serviço e direcção.

## **6. CONCLUSÕES**

Este ponto pretende apresentar as conclusões finais do trabalho de projecto, os resultados da avaliação dos RPS, limitações da grelha e as pistas para a prevenção dos RPS.

### *6.1. Resultados da avaliação dos RPS – CAL 2014*

Este projecto teve um carácter pedagógico num primeiro momento aquando da investigação no terreno, e seguidamente na apresentação dos resultados finais.

A ferramenta evidenciou-se pela sua simplicidade de interpretação dos dados, permitindo identificar rapidamente situações problemáticas para os colaboradores,

sendo um potencial instrumento para managers. Esta grelha permitiu ainda interpretar e analisar serviços e profissões do CAL que se caracterizam por ter especificidades muito distintas. Este projecto permitiu testar esta ferramenta de medida dos níveis de criticidade dos RPS sentidos pelos colaboradores.

Os dados gerados pela grelha foram de encontro à estimativa feita pelos diferentes intervenientes do grupo APP, derivada da sua própria vivência no CAL.

### *6.2. Limitações da grelha*

Apesar da pertinência da grelha, foi observado um certo número de limitações seguidamente enumeradas:

A i) primeira diz respeito ao número de efectivos distinto representando cada serviço e profissão. Existindo serviços e profissões pouco representativos quanto ao número de interrogados. A ii) segunda observação prende-se com a acumulação de certos serviços (e.g. DIM, contabilidade, serviço de qualidade) tirando alguma pertinência à grelha visto serem serviços com actividades distintas dificultando a interpretação dos dados. A iii) terceira prende-se com a sobre-representação dos quadros / chefias, sendo que todos os quadros dos diferentes serviços foram interrogados. A iv) quarta observação diz respeito à sobre-representação dos níveis 1 e 2 na grelha de síntese, sendo que o nível 0 quase não foi evidenciado.

### *6.3. Pistas para a prevenção*

Apesar do trabalho de avaliação dos RPS finalizado, os objectivos propostos inicialmente não foram totalmente cumpridos. Assim para a prevenção futura dos RPS no Centro, esta grelha permitirá orientar políticas que permitam melhorar as condições de trabalho e considerar mudanças (e.g. formação, gestão de carreiras, prevenção de riscos).

Esta abordagem permite ainda pôr em evidência o nível colectivo de criticidade dos RPS segundo dimensões e sub-dimensões, informações essas que ficariam retidas em consultas individuais da Medicina do Trabalho. Assim cabe a este serviço veicular elementos importantes quanto à saúde no trabalho, pondo em questão a organização do trabalho e contribuindo para a sua melhoria e transformação.

Em conclusão, o projecto de análise dos riscos no trabalho surgiu com o propósito de permitir a renovação e coerência no diálogo social, com o objectivo de melhorar as condições de vida dos trabalhadores, e consequentemente, dos pacientes do CAL. O



facto dos resultados evidenciarem tendências gerais e convergência de indicadores, revelando por exemplo uma necessidade de otimizar as práticas de management e organização do trabalho, permitirá de futuro à direcção do CAL eleger com pertinência áreas prioritárias de intervenção. Para Kasperczyk (2010), as organizações que encontram maneiras de gerar lucros sólidos, sem criar riscos para a saúde mental dos seus colaboradores, são susceptíveis de beneficiar com o seu bem-estar e motivação, e a sua reputação ética sair reforçada.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Babatunde, A. (2013), "Occupational Stress: a review on conceptualisations, causes and cure", *Economic Insights – Trends and Challenges*, 65(2), 73-80.
2. Bocéréan, C. Dupret, É. Feltrin, M. e Teherani, M. (2012), "Le COPSQ: Un nouveau questionnaire français d'évaluation des risques psychosociaux", *Revue Santé Publique*, 24, 189-207.
3. Bonnetterre, V. Balducci, F. Caroly, S. Ehlinger, V. Sobaszek, A. Lang, T. e Gaudemaris, R. (2013). 31º Congresso Nacional da Medicina e Saúde no Trabalho, "Validation du questionnaire NWI-OH". Disponível em: [http://www.medecine-sante-travail.com/archives/files/lib/2010/S4\\_03\\_1100\\_R\\_DE-GAUDEMARIS.pdf](http://www.medecine-sante-travail.com/archives/files/lib/2010/S4_03_1100_R_DE-GAUDEMARIS.pdf)
4. Brisson, C. Ndjaboué e R. Vézina, M. (2012), "Effets des facteurs psychosociaux au travail sur la santé mentale. Une revue de littérature des études prospectives portant sur trois modèles émergents", *Travail et Emploi*, 129, 23-34.
5. Brunelle, Y. (2009), "Les hôpitaux magnétiques: un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner", *Pratiques et Organisation des Soins*, 40, 39-48.
6. Burr, H. Albertsen, K. Rugulies, R. e Hannerz, H. (2009), "Do dimensions from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire predict viability and mental health over and above the Job strain and effort-reward imbalance models?", *Scandinavian Journal of Public Health*, 3, 59-68.
7. Candilera, G. Erbutto, D. Ferracuti, S. Girardi, P. Iliceto, P. Lester, D. Pompili, M. e Spencer-Thomas, S. (2013), "Occupational stress and psychopathology in health professionals: an explorative study with the multiple indicators multiple causes (MIMIC) model approach" *Stress*, 16(2), 143-152.
8. Cartron, D. e Guaspare, C. (2012), "La perception d'un désajustement dans sa situation de travail: les enseignements d'une revue de littérature sur les risques psychosociaux", *Travail et Emploi*, 129, 67-77.
9. Chakor, T. (2013), "Les pratiques des consultants dans la gestion des risques psychosociaux au travail", Tese de Doutoramento não publicada, Universidade Aix-Marseille, Faculdade de Ciências Económicas e Gestão.
10. Colégio de peritos do Ministério do Trabalho Francês (2012), "Mesurer les facteurs psychosociaux de risques au travail pour les maîtriser". Disponível em: [http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_SRPST\\_definitif\\_rectifie\\_11\\_05\\_10.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf)



11. Cox, T. Griffiths, A. Rial-Gonzalez, E. (2000), "Research on work – related stress", documento publicado pela European Agency for Safety and Health at work, Office for Official Publication of the European Communities. Disponível em: <https://osha.europa.eu/fr/publications/reports/203>
12. David, A. (1999), "Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion", conferência da AIMS, Universidade Paris-Dauphine.
13. Detchessahar, M. (2013), "Faire face aux risques psycho-sociaux: quelques éléments d'un management par la discussion", *Négociations*, 19, 57-80.
14. Desender, K. (2012), "Interêt du questionnaire EVREST (2011) dans le dépistage des facteurs de stress au travail", Tese de Doutorado não publicada, Universidade Sophia Antipolis, Faculdade de Medicina de Nice.
15. De Bóer, E. M. Bakker, A. B. Syroit, J. E. e Schaufeli, W. B. (2002), "Unfairness at work as a predictor of absenteeism", *Journal of Organizational Behavior*, 23, 181-197.
16. Douillet, P. (2013), "La négociation de la prévention des risques psychosociaux: une occasion de renouveler le dialogue social", *Négociations*, 19, 81-96.
17. Fernet, C. (2012), "The role of work motivation in psychosocial health", *Canadian Psychology*, 54(1), 72-74.
18. Gollac, M. (2012), "Les risques psychosociaux au travail: d'une question de société à des questions scientifiques", *Travail et Emploi*, 129, 5-10.
19. Guyot, S. Langevin, V. E Montagnez, A. (2013). Instituto Nacional de Pesquisa e de Segurança, "Évaluer les facteurs de risques psychosociaux: l'outil RPS-DU". Disponível em: <http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=E D%206140>
20. Head, J. Kivimaki, M. Siegrist, J. Ferrie, J. E. Vahtera, J. Shipley, M. J. Marmot, M. G. (2007), "Effort-reward imbalance and relational injustice at work predict sickness absence: The Whitehall II study", *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 433-440.
21. Jain, A. Leka, S. e Zwetsloot, G. (2011), "Corporate Social Responsibility and Psychosocial Risk Management in Europe", *Journal of Business Ethics*, 101, 619-633.
22. Karasek, R. A. (1979), "Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign", *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
23. Kasperczyk, R. (2010), "Corporate responsibility for systemic occupational stress prevention", *Journal of Business Systems, Governance and Ethics*, 5(3), 51-70.



24. Khan, W. e Satija, S. (2013), “Emotional intelligence as predictor of occupational stress among working professionals” *Research*, 15, 79-97.
25. Kovess-Masféty, V. Boisson, M. Godot, C. e Sauneron, S. (2010). Centro de Análise Estratégica, “La santé mentale, l’affaire de tous”. Disponível em: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000556/>
26. Légeron, P. (2008), “Le stress professionnel”, *L’Information Psychiatrique*, 84, 809-820.
27. Lemyre, L. Tessier, R. (2012), “La mesure du stress psychologique (MSP)”, Instituto Nacional de Pesquisa e de Segurança. Disponível em: <http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=FRPS%2019>
28. Lhuilier, D. (2010), “Les «Risques Psychosociaux»: entre rémanence et méconnaissance”, *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 10, 11-28.
29. Medina, P. e Lahmadi, G. (2012), “La dimension communicationnelle du management hospitalier”, *Communication et Organisation*, 41, 157-168.
30. Nasse, P. e Légeron, P. (2008). Ministério do Trabalho, “Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail pour le Ministère du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité”. Disponível em: [http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT\\_FINAL\\_12\\_mars\\_2008-2.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_FINAL_12_mars_2008-2.pdf)
31. Petit, J. Dugué, B. e Daniellou, F. (2011), “L’intervention ergonomique sur les risques psychosociaux dans les organisations: enjeux théoriques et méthodologiques”, *Le Travail Humain*, 74, 391-409.
32. Bouffartigue, P. e Massot, C. (2013), “Représentants des salariés et/ou syndicalistes face aux RPS”, conferência organizada pelo Pólo Regional do Trabalho, Aix-en-Provence.
33. Quaranta, J. F. (2006), “Démarches d’évaluation des pratiques professionnelles”, documento apresentado ao Centro Antoine-Lacassagne pelo serviço de Qualidade e Gestão de Riscos, Nice.
34. Rosnet, E. e Steiler, D. (2010), “La mesure du stress professionnel. Différentes méthodologies de recueil”, *Revue des Sciences de Gestion, Direction et Gestion*, 251, 71-79.
35. Siegrist, J. (1996), “Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions”, *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.



36. Vézina, M. (2008), "La prévention des problèmes de santé psychologique liés au travail: nouveau défi pour la santé publique", *Santé Publique*, 20, 121-128.
37. Vézina, M. Bourbonnais, R. Brisson, C. e Trudel, L. (2006), "Définir les risques", *Actes de la recherche en sciences sociales*, 163, 32-38.
38. Vézina, M. e Derriennic, F. (2001), "Organisation du travail et santé mentale : approches épidémiologiques", *Travailler*, 5, 7-22.
39. Vézina, M. e Saint-Arnoud, L. (2011), "L'organisation du travail et la santé mentale des personnes engagées dans un travail émotionnellement exigeant", *Travailler*, 25, 119-128.
40. Ybema, J. F. Bos. K. (2010), "Effects of organizational justice on depressive symptoms and sickness absence: A longitudinal perspective", *Social Science & Medecine*, 70, 1609-1617.
41. Yin, R. (1994), "Case study research: design and methods", Thousand Oaks, California, *Sage cop.*

## ANEXOS

### A.1 Identificação dos factores de risco

Através da identificação dos factores de risco no trabalho a partir dos vários documentos disponibilizados por diversos serviços e da discussão, em comissão APP, da problemáticas do trabalho no estabelecimento, foi elaborada a seguinte Tabela A-1.

TABELA A-1: IDENTIFICAÇÃO DOS FACTORES DE RISCO

Dimensões	Sub-dimensões - Identificação dos Riscos Psicossociais	Doc.
<b>Exigências emocionais</b>	Contexto de isolamento no trabalho (e.g. noite, pólo de Sainte Croix e trabalho durante o fim-de-semana)	■
	Solicitação de apoio : colegas e hierarquia	■
	Exigências ligadas ao posto de trabalho	■
	Impacto da vida profissional sobre a vida privada	■
	Disponibilidade relacional	■
	Consideração das necessidades dos trabalhadores	■
	Incertezas e inquietações quanto à reorganização do trabalho, externalização de actividades e perda do emprego	■
	Falta de reconhecimento do trabalho efectuado	■
<b>Gestão e Organização do trabalho</b>	Aumento da actividade (e.g. turnover dos pacientes, tarefas múltiplas a desempenhar, falta de tempo para efectuar as diferentes tarefas, fazer mais e mais rápido, horários carregados, dispersão das tarefas, aumento do trabalho administrativo)	■
	Organização e coordenação dentro dos serviços, transporte dos pacientes, atraso dos tratamentos, planificação	■
	Previsibilidade das tarefas, modificações de última hora	■
	Modo de comunicação e quantidade de informação	■
	Tarefas periféricas	■
	Interrupção das tarefas	■
	Trabalho em estado de urgência, urgência dos pedidos	■
	Responsabilidades decisórias inadaptadas	■
<b>Meios logísticos</b>	Meios materiais	■
	Actividade dependente das ferramentas informáticas	■
	Gestão do ambiente do local de trabalho (e.g. biblioteca, cantina, estacionamento etc)	■
<b>Recursos humanos</b>	Nível de efectivos	■
	Política de remuneração, prémios e bónus	■
	Percurso de formação: integração dos recém-chegados	■
	Desenvolvimento profissional	■

Fontes	
Relatório anual da Medicina do Trabalho	■
Inquérito de satisfação	■
Balanço Social	■
Documento Único	■
Outros	■



## A.2 Construção do questionário – CAL 2014

Este exercício permitiu identificar todos os questionários de avaliação dos RPS conhecidos e validados, adaptando as perguntas mais pertinentes ao contexto do CAL e dos factores de risco previamente identificados.

TABELA A-2: QUESTIONÁRIO RISCOS PSICOSSOCIAIS – CAL 2014

Dimensões	Sub-dimensões	Número de questionários	Autores, datas (referências)	Instrumentos	Número de perguntas	Pergunta(s) retida(s) e nº da pergunta no questionário CAL 2014
<b>Exigências emocionais</b>	Contexto de isolamento no trabalho	2 questionários	Guyot et al., 2013 Desender, 2012	RPS-DU (2013) EVREST (2011)	2 perguntas	-
	Solicitação de apoio aos colegas e hierarquia	7 questionários	Guyot et al., 2013 Desender, 2012 Siegrist, 1996 Vézina, 2011 Bonnetterre et al., 2013 Karasek, 1979 CLARTE (2012)	RPS-DU (2013) EVREST (2011) Siegrist (1996) INSP (2011) NWI-OH (2013) Sumer (2003) HSOPSC (2009)	15 perguntas	15 - Sinto-me apoiado pelos meus colegas. 16 - Sinto-me apoiado pelos meus superiores hierárquicos.
	Exigências do posto de trabalho	4 questionários	Guyot et al., 2013 Desender, 2012 Siegrist, 1996 Karasek, 1979	RPS-DU (2013) EVREST (2011) Siegrist (1996) Sumer (2003)	11 perguntas	17 - No decorrer dos últimos anos, o meu trabalho ficou mais exigente.
	Impacto da vida profissional sobre a vida privada	2 questionários	Guyot et al., 2013 Siegrist, 1996	RPS-DU (2013) Siegrist (1996)	7 perguntas	18 - Quando chego a casa, consigo facilmente pôr de lado as minhas preocupações profissionais. 19 - O meu trabalho tem repercussões sobre o meu relacionamento com os meus familiares.
	Disponibilidade relacional	2 questionários	Guyot, et al., 2013 Bonnetterre et al., 2013	RPS-DU (2013) NWI-OH (2013)	2 perguntas	-
	Consideração das necessidades dos trabalhadores	4 questionários	Vézina, 2011 ORSOSA (2013) Karasek, 1979 CLARTE (2012)	INSP (2011) NWI-OH (2013) Sumer (2003) HSOPSC (2009)	6 perguntas	21 - O meu superior imediato presta atenção ao que digo.
	Incertezas e inquietações	4 questionários	Guyot, et al., 2013 Desender, 2012 Siegrist, 1996 Vézina, 2011	RPS-DU (2013) EVREST (2011) Siegrist (1996) INSP (2011)	7 perguntas	22 - Sinto incertezas quanto à segurança do meu emprego. 23 - Tenho a possibilidade por vezes de influenciar a forma como as coisas se passam no meu trabalho.
	Reconhecimento	4 questionários	Guyot et al., 2013 Desender, 2012 Siegrist, 1996 Vézina, 2011	RPS-DU (2013) EVREST (2011) Siegrist (1996) INSP (2011)	9 perguntas	24 - Tenho o reconhecimento da minha hierarquia no meu trabalho.



<b>Gestão e Organização do trabalho</b>	Carga de trabalho	4 questionários	Guyot et al., 2013 Desender, 2012 Siegrist, 1996 Vézina, 2011	RPS-DU (2013) EVREST (2011) Siegrist (1996) INSP (2011)	8 perguntas	1 - Tenho tempo suficiente para fazer o meu trabalho. 2 - O meu trabalho exige agir muito rápido.
	Problema de organização e coordenação	1 questionário	Karasek, 1979	Sumer (2003)	1 pergunta	3 - Esperar pelo trabalho dos outros destabiliza frequentemente o meu próprio trabalho.
	Previsibilidade	1 questionário	Guyot et al., 2013	RPS-DU (2013)	1 pergunta	-
	Modo de comunicação	1 questionário	CLARTE (2012)	HSOPSC (2009)	2 perguntas	-
	Tarefas periféricas	2 questionários	Bonneterre et al., 2013 CLARTE (2012)	NWI-OH (2013) HSOPSC (2009)	2 perguntas	8 - As tarefas anexas que tenho de fazer incomodam o meu trabalho.
	Interrupção das tarefas	5 questionários	Guyot et al., 2013 Siegrist, 1996 Vézina, 2011 Bonneterre et al., 2013 Karasek, 1979	RPS-DU (2013) Siegrist (1996) INSP (2011) NWI-OH (2013) Sumer (2003)	8 perguntas	9 - Sou frequentemente interrompido e incomodado na realização das minhas tarefas.
	Urgência dos pedidos	2 questionários	Karasek, 1979 CLARTE (2012)	Sumer (2003) HSOPSC (2009)	2 perguntas	10 - Sou frequentemente interrompido no meu trabalho para responder a uma necessidade urgente.
	Responsabilidades decisórias	4 questionários	Siegrist, 1996 Vézina, 2011 Bonneterre et al., 2013 Karasek, 1979	Siegrist (1996) INSP (2011) NWI-OH (2013) Sumer (2003)	5 perguntas	-
<b>Meios logísticos</b>	Meios materiais	1 questionário	Guyot et al., 2013	RPS-DU (2013)	1 pergunta	25 - Os meios de que eu disponho permitem que eu realize o meu trabalho.
<b>Recursos humanos</b>	Nível de efectivos	2 questionários	Bonneterre et al., 2013 CLARTE (2012)	NWI-OH (2013) HSOPSC (2009)	2 perguntas	28 - Temos efectivos suficientes para fazer face à carga de trabalho.
	Política de remuneração	2 questionários	Siegrist, 1996 Vézina, 2011	Siegrist (1996) INSP (2011)	2 perguntas	29 - O meu salário é satisfatório.
	Desenvolvimento profissional	5 questionários	Guyot et al., 2013 Desender, 2012 Siegrist, 1996 Vézina, 2011 Karasek, 1979	RPS-DU (2013) EVREST (2011) Siegrist (1996) INSP (2011) Sumer (2003)	8 perguntas	31 - Tenho oportunidade de desenvolver as minhas competências profissionais. 32 - Tenho a possibilidade de seguir formações.



### A.3 Questionário Riscos Psicossociais – CAL 2014

O questionário de avaliação dos RPS foi realizado entre 17 de Fevereiro 2014 e 7 de Março 2014 a trabalhadores-chave escolhidos aleatoriamente no estabelecimento.

TABELA A-3: QUESTIONÁRIO RISCOS PSICOSSOCIAIS – CAL 2014



## QUESTIONÁRIO RISCOS PSICOSSOCIAIS

Instruções para o preenchimento do questionário

Idade do participante: \_\_\_\_\_ anos      Sexo:    F     M

Posto : \_\_\_\_\_ Dia  Noite  e Serviço: \_\_\_\_\_

Antiguidade no CAL:    - 5 anos     de 5 a 10 anos     de 10 a 20 anos     + 20 anos

Referindo-se ao seu emprego actual, queira indicar o seu grau de concordância para cada um dos enunciados marcando a casa que corresponde mais à sua situação. Tem 4 escolhas de respostas possíveis: **Totalmente em desacordo**, **Em desacordo**, **De acordo** ou **Totalmente de acordo**. Para as perguntas 33 e 34 tem 4 escolhas de resposta: **Nunca**, **Por vezes**, **A maior parte do tempo** ou **Sempre**.

Questionário (34 questões)	Totalmente em desacordo	Em desacordo	De acordo	Totalmente de acordo
1. Tenho tempo suficiente para fazer o meu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. O meu trabalho exige agir muito rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Esperar pelo trabalho dos outros destabiliza frequentemente o meu próprio trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tenho a possibilidade de planificar as minhas actividades com antecedência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Estou satisfeito com a comunicação com a minha hierarquia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Estou satisfeito com a comunicação com os meus colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Estou satisfeito com a comunicação institucional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. As tarefas anexas que tenho de fazer incomodam o meu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sou frequentemente interrompido e incomodado na realização das minhas tarefas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sou frequentemente interrompido no meu trabalho para responder a uma necessidade urgente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sou levado a tomar decisões ou a desenvolver acções que ultrapassam as minhas funções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. A especificidade do meu posto faz que eu trabalhe sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sinto-me isolado pela localização do meu posto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sinto-me isolado no meu posto de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sinto-me apoiado pelos meus colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sinto-me apoiado pelos meus superiores hierárquicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. No decorrer dos últimos anos, o meu trabalho ficou mais exigente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Quando chego a casa, consigo facilmente pôr de lado as minhas preocupações profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. O meu trabalho tem repercussões sobre o meu relacionamento com os meus familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Questionário – continuação	Totalmente em desacordo	Em desacordo	De acordo	Totalmente de acordo
20. No trabalho tenho disponibilidade relacional suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. O meu superior imediato presta atenção ao que digo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sinto incertezas quanto à segurança do meu emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Tenho a possibilidade por vezes de influenciar a forma como as coisas se passam no meu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Tenho o reconhecimento da minha hierarquia no meu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Os meios de que eu disponho permitem que eu realize o meu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. A ferramenta informática está adaptada ao meu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. O meu ambiente de trabalho é adaptado (local de trabalho, cantina, CE, estacionamento, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Temos efectivos suficientes para fazer face à carga de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. O meu salário é satisfatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Penso que o dispositivo de integração dos novos trabalhadores é adaptado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Tenho oportunidade de desenvolver as minhas competências profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Tenho a possibilidade de seguir formações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionário – continuação (2 questões)	Nunca	Por vezes	A maior parte do tempo	Sempre
33. No decorrer dos últimos 12 meses, aconteceu-me de ir para o trabalho sem nenhum entusiasmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. No decorrer dos últimos 12 meses, com que frequência me senti:				
A. Nervoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Desesperado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Agitado ou não me contendo no lugar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Tão deprimido que mais nada me podia fazer sorrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Que tudo era um esforço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Bom em nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentários: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fim do questionário – obrigado !