



**ISLA - INSTITUTO SUPERIOR DE GESTÃO E
ADMINISTRAÇÃO DE LEIRIA**

**STRESS E RISCOS PSICOSSOCIAIS EM CUIDADORES FORMAIS DE
IDOSOS DEPENDENTES NA VILA DE FÁTIMA.**

CÁTIA ALEXANDRA BRANCO ALVES

LEIRIA

2018



**ISLA - Instituto Superior de Gestão e Administração de
Leiria**

**STRESS E RISCOS PSICOSSOCIAIS EM CUIDADORES FORMAIS DE
IDOSOS DEPENDENTES NA VILA DE FÁTIMA.**

CÁTIA ALEXANDRA BRANCO ALVES

Dissertação submetida para a satisfação dos requisitos do grau de Mestre em Gestão
De Recursos Humanos, sob orientação do Professor Doutor José Magalhães

LEIRIA

2018

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor José Magalhães, apresentada ao Instituto Superior de Gestão e Administração de Leiria para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Recursos Humanos, conforme o Despacho n.º 16961/2010 da DGES, publicado na 2.ª Série do Diário da República, em 9 de novembro de 2010.



Instituto Superior de Gestão e Administração de Leiria

**STRESS E RISCOS PSICOSSOCIAIS EM CUIDADORES FORMAIS DE
IDOSOS DEPENDENTES NA VILA DE FÁTIMA.**

CÁTIA ALEXANDRA BRANCO ALVES

ISLA-Leiria, Setembro de 2018

O Presidente do Júri,

Professora Doutora Isabel Maria Vilaça Tavares de Campos

O Arguente,

Professora Doutora Ana Paula Louro Diogo

O Orientador,

Professor Doutor José Manuel Guimarães de Magalhães

Leiria

2018

Agradecimentos

A realização de uma dissertação de mestrado dificilmente se faz isoladamente, seria presunçoso pensar que o conseguimos sozinhos. Queria então agradecer às seguintes pessoas, pelo apoio na concretização deste sonho:

À minha **mãe**, que nunca desistiu de me ajudar a crescer e evoluir e nunca me deixou desistir. Foi um exemplo de vida, mas acima de tudo uma lição. Que estejas orgulhosa.

À minha **filha** por tanto que me tem ensinado com tão pouco tempo de vida.

Ao meu **marido** pela pessoa maravilhosa que é, pela companhia e simples presença ao lado do computador noites sem fim e pelo incentivo de sempre neste projeto.

Às minhas **irmãs** e ao meu **pai**, eternos companheiros de vida, por todos os desafios, conselhos e horas de conversas, desconversas e amizade.

À minha **avó**, fonte de inspiração e exemplo de positividade e aprendizagem constante.

Ao professor **Doutor José Magalhães** pelo incentivo desde o primeiro minuto, pela disponibilidade e por toda a dedicação ao acompanhamento deste projeto.

Às **instituições** que me acolheram e aos **colaboradores** que aceitaram partilhar um pouco de si com esta investigação.

Aos professores **Doutora Elisete Martins, Doutor João Thomaz e Doutora Carmina Nunes** por todo o apoio e incentivo no primeiro ano desta etapa. Os seus conselhos, disponibilidade e orientações fizeram toda a diferença e possibilitaram também que este percurso culminasse desta forma.

Aos meus **colegas de curso**, aos **professores e colaboradores do ISLA Leiria** que me apoiaram e facilitaram o caminho.

Ao meu chefe e amigo **Sílvio Pedro Rito** e às minhas colegas e amigas **Isilda Silva e Catarina Morais** que me facilitaram sempre e procuraram a melhor forma de me permitir seguir por este caminho, apoiando e articulando com o trabalho a cada dia.

Às minhas amigas **Susana Laranjeiro, Patrícia Tavares, Irina Branco, Patrícia Santos, Karina Martins e Catarina Raposo** que me deram conselhos e me ajudaram mais do que pensam e que estiveram ao meu lado para me apoiar e amparar.

À **Sílvia Morais** pelo apoio nesta etapa final, por me ajudar a conciliar uma gravidez, com todas as suas alterações de humor e mudanças, com a finalização de uma dissertação de mestrado. Agradeço as horas de conversa, os ouvidos atentos e toda a orientação.

Resumo

O envelhecimento da população está a obrigar a sociedade a criar respostas de apoio às situações de dependência, que têm tendência a aumentar. Surgem assim os cuidadores formais de idosos dependentes, os quais não passam imunes à (também) tendência da sociedade em sofrer as consequências dos riscos psicossociais do trabalho, sendo o principal, o stress. Este trabalho incide na avaliação dos riscos psicossociais e do stress dos cuidadores formais de idosos dependentes, nas IPSS da freguesia de Fátima. À amostra, composta por 53 cuidadores formais, foi aplicado um instrumento composto principalmente pelo COPSOQ II de Silva et al. (2012). Os resultados mostram que os fatores psicossociais em risco severo para a saúde dos cuidadores formais são as exigências cognitivas e emocionais e a influência no trabalho e simultaneamente existem baixos níveis de risco ao nível do stress e um grande número de fatores em situação favorável para a saúde.

Palavras-chave

Riscos psicossociais, stress, COPSOQ II, cuidadores formais, envelhecimento.

Abstract

The ageing of the population is forcing society to create responses in support of situations of dependency that are likely to increase. In this way, the formal caregivers of dependent elderly people, who are not immune to the (also) tendency of society to suffer the consequences of the psychosocial risks of work, the main one being the stress. This study focuses on the evaluation of the psychosocial risks and stress of caregivers of dependent elderly people, in the social institutions of the parish of Fátima. To the sample, composed of 53 formal caregivers, was applied an instrument composed essentially of COPSOQ II from Silva et al. (2012). The results show that the psychosocial factors at risk for the health of formal caregivers are cognitive and emotional demands and influence on work, while there are low levels of stress risk and a large number of factors that are favourable for health.

Key-words

Psychosocial risks, stress, COPSOQ II, formal caregivers, ageing.

Índice Geral

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO | 1 |
| 1.1. Relevância do Tema | 2 |
| 1.2. Contexto..... | 3 |
| 1.3. Objetivos e Metodologia..... | 5 |
| 1.4. Estrutura..... | 5 |
| | |
| PARTE A: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 7 |
| CAPÍTULO II – O ENVELHECIMENTO | 9 |
| 2.1. O Envelhecimento e a Dependência..... | 10 |
| 2.2. Impacto do Envelhecimento | 11 |
| 2.3. Respostas Institucionais para Idosos | 12 |
| CAPÍTULO III – O CUIDADOR FORMAL | 17 |
| 3.1. Impacto do Cuidar no Cuidador Formal..... | 18 |
| 3.2. A Urgência da Especialização | 20 |
| CAPÍTULO IV – OS RISCOS PSICOSSOCIAIS..... | 23 |
| 4.1. Os Fatores Psicossociais..... | 25 |
| 4.2. O Stress no Trabalho | 27 |
| 4.2.1. Os Custos com o Stress.. | 29 |
| 4.3. Os Riscos Psicossociais à Luz da Legislação e das Coordenadas Internacionais | 30 |
| 4.4. Ferramentas de Avaliação dos Riscos Psicossociais | 32 |
| | |
| PARTE B – COMPONENTE PRÁTICA | 33 |
| CAPÍTULO V – METODOLOGIA DO ESTUDO EMPÍRICO | 35 |

| | |
|--|-----------|
| 5.1. Desenho Metodológico..... | 35 |
| 5.2. Objetivos | 36 |
| 5.3. Hipóteses | 36 |
| 5.4. Variáveis..... | 37 |
| 5.5. Participantes | 38 |
| 5.6. Instrumento de Recolha de Dados..... | 40 |
| 5.6.1. Questionário Psicossocial de Copenhaga – COPSOQ II. | 41 |
| 5.7. Procedimentos | 43 |
| 5.8. Cronograma..... | 44 |
| CAPÍTULO VI – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS..... | 47 |
| 5.1. Análise Descritiva | 47 |
| 5.1.1. Participantes.. | 47 |
| 5.1.2. Questionário Psicossocial de Copenhaga – COPSOQ II. | 49 |
| 5.1.3. Sugestões de melhoria do local de trabalho. | 53 |
| 5.2 Teste das Hipóteses | 53 |
| 5.2.1. H1: Os fatores psicossociais que representam um risco severo para o cuidador formal de idosos dependentes são diferentes dos da população portuguesa. | 54 |
| 5.2.2. H2: Os fatores psicossociais com situação favorável para o cuidador formal de idosos dependentes são diferentes dos da população portuguesa..... | 58 |
| 5.2.3. H3: A idade dos cuidadores formais de idosos dependentes é um fator diferenciador nos resultados dos riscos psicossociais e particularmente do stress. | 59 |
| 5.2.4. H4: Há diferenças nos riscos psicossociais entre os cuidadores formais de idosos dependentes que exercem há mais tempo e os que exercem há menos tempo..... | 61 |

| | |
|---|----|
| 5.2.5. H5: Os cuidadores que exercem funções em turnos rotativos apresentam maiores níveis de risco que os que exercem funções em turnos fixos. | 63 |
| 5.2.6. H6: Há diferenças de resultados dos fatores psicossociais entre as diferentes remunerações..... | 65 |
| 5.2.7. H7: Há diferenças nos resultados dos fatores psicossociais entre os cuidadores contratados a termo certo e aqueles contratados sem termo. | 66 |
| CAPÍTULO VII - ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS | 69 |
| CAPÍTULO VIII - CONCLUSÃO | 73 |
| REFERÊNCIAS | 77 |
| LEGISLAÇÃO..... | 81 |
| ANEXOS..... | 83 |
| Anexo A – Instrumento de recolha de dados..... | 85 |
| Anexo B – Termo de consentimento informado..... | 91 |
| Anexo C – Pedido de autorização para realização da investigação nas instituições. ... | 92 |
| Anexo D – Exemplos de autorizações por parte das instituições. | 94 |
| Anexo E – Agradecimento às instituições. | 95 |

Índice de Tabelas

| | | |
|-----------|---|----|
| Tabela 1 | Caracterização da amostra perante cada instituição | 39 |
| Tabela 2 | Caracterização Sociodemográfica dos Cuidadores (n = 53)..... | 40 |
| Tabela 3 | Número de itens e subescalas da versão média da versão portuguesa do COPSOQ II. | 42 |
| Tabela 4 | Cronograma de execução da dissertação. | 45 |
| Tabela 5 | Caracterização Profissional dos Cuidadores (n = 53)..... | 48 |
| Tabela 6 | Resultados das Dimensões Psicossociais do COPSOQ II (n = 53) | 50 |
| Tabela 7 | Resultados da aplicação do teste t para testar as diferenças relativamente à população portuguesa (n = 53)..... | 57 |
| Tabela 8 | Resultados da aplicação do teste Kruskal-Wallis para comparar os fatores psicossociais entre os grupos etários. | 60 |
| Tabela 9 | Resultados da aplicação do teste Kruskal-Wallis para comparar os fatores de maior risco entre o tempo de serviço. | 62 |
| Tabela 10 | Resultados da aplicação do teste Mann-Whitney para comparar os fatores de maior risco entre o trabalho por turnos. | 64 |
| Tabela 11 | Resultados da aplicação do teste Kruskal-Wallis para comparar os fatores de maior risco entre os valores de remuneração líquida (n = 51)..... | 65 |
| Tabela 12 | Resultados da aplicação do teste Mann-Whitney para comparar os fatores psicossociais entre o tipo de contrato. | 67 |

Índice de Figuras

| | | |
|-----------|--|----|
| Figura 1 | Resultados das dimensões psicossociais do COPSOQ II (n = 53)..... | 52 |
| Figura 2. | Comparação entre os resultados médios (M) do COPSOQ II para a população portuguesa e os para cuidadores formais..... | 56 |

Lista de Abreviaturas

ADI – Alzheimer’s Disease International

CCISM – Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental

CITE – Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego

COPSOQ II – Questionário Psicossocial de Copenhaga

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

EUA – Estados Unidos da América

EU-OSHA – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ISS – Instituto da Segurança Social, I.P.

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OECD – Organization for Economic Co-operation and Development

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SCMP – Santa Casa da Misericórdia do Porto

SLIC – Committee of Senior Labour Inspectors

WHO – World Health Organization

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

A presente dissertação foi elaborada no âmbito do curso de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos do ISLA Leiria – Instituto Superior de Gestão e Administração de Leiria e assenta no tema dos riscos psicossociais do cuidador formal de idosos dependentes, nas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) da Vila de Fátima, Concelho de Ourém.

No mundo ocidental, atualmente, vivemos numa sociedade marcada pelo envelhecimento e prevê-se que este continue a ser uma realidade e o número de idosos dependentes continue a aumentar (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2015), acentuando o envelhecimento da sociedade, e com ele o número de cuidadores formais e as exigências dos cuidados prestados.

O aumento da expectativa de vida e a queda das taxas de natalidade têm caracterizado os países do espaço europeu e estima-se que até 2050 mais de dois terços dos países tenha pelo menos um quarto da população com mais de 65 anos e em Portugal esse número atinja quase 40%, tornando-o num dos países mais envelhecidos da Europa. Esta tendência é ainda mais marcada na população com mais de 80 anos (Organization for Economic Co-operation and Development [OECD], 2017).

A dependência surge associada a esta realidade, pois o facto de a esperança de vida estar a aumentar não significa necessariamente que haja menos necessidade de apoio de terceiros nos cuidados básicos (Alzheimer's Disease International [ADI], 2013), o que impulsiona o recurso a cuidados de saúde.

Surgem então as respostas sociais para idosos que podem incluir cuidados no domicílio ou em instituição. Esta investigação seguirá o rasto das respostas institucionais, acolhimento residencial, apoio domiciliário e centro de dia, focando principalmente o acolhimento residencial. Em qualquer uma destas realidades é expectável que haja uma resposta humanizada, com serviço personalizado, dinâmico e atento aos direitos humanos. O Manual de Processos-Chave para Estrutura Residencial para Idosos (ERPI), desenhado pelo Instituto de Segurança Social I. P. (ISS) (2007, p. 2) refere que “é fundamental que a estrutura residencial se constitua como um contexto humanizado, personalizado e que tenha em conta as efetivas necessidades específicas de cada situação, tendo sempre como horizonte que os clientes são o centro de toda a atuação (...). Assim o exige a perspetiva do respeito e promoção dos seus direitos humanos”.

Consecutivamente mostra-se necessário olhar para os profissionais que prestam o cuidado a esta fração da população em crescimento. Nesta investigação, chamados de cuidadores formais, são caracterizados pelo ato de cuidar do outro ao nível das atividades da vida diária, implicando desgaste físico e mental (Moreira, 2014).

O cuidado a prestar envolve elevada exigência tanto ao nível do empenho pessoal do cuidador na própria função (Veiga, 2016), como ao nível da pessoa cuidada que se espera que receba cuidados que visem a manutenção e preservação das suas competências pelo máximo de tempo possível (ADI, 2016). O impacto do ato de cuidar, na vida do cuidador formal, envolve consequências aos níveis físico e mental o que traz à luz da investigação grandes preocupações.

Surgem deste modo os riscos psicossociais como preocupação emergente no local de trabalho, definidos como “as exigências desagradáveis e as emoções negativas” (Dominguez, 2014, p. 10). Um dos riscos psicossociais mais relevante no que respeita às consequências negativas é o stress que se pode manifestar na saúde dos trabalhadores e comprometer a produtividade individual e organizacional representando custos elevados para a organização (Ramos, 2001).

1.1. Relevância do Tema

O interesse em efetuar a investigação no âmbito do Mestrado em Recursos Humanos reflete o reconhecimento da importância, tanto do cuidado aos idosos dependentes como dos riscos psicossociais associados ao trabalho, uma vez que se entende que são temas emergentes que carecem de mais investigação e cuja intervenção e prevenção deve ser uma das principais preocupações da Gestão de Recursos Humanos, sobre todas as profissões, na sua área de função política e estratégica.

Pretende-se que esta investigação permita criar sinergias em torno do cuidado ao idoso dependente, para que a qualidade de vida e sobrecarga tanto física como emocional do cuidador formal sejam compatíveis com as exigências da função. Além da chamada de atenção sobre o cuidador formal de idosos dependentes, pretende-se acrescentar valor à investigação social do idoso e do cuidador formal.

Prevê-se que o envelhecimento continuará a ser uma realidade da nossa sociedade e o número de idosos dependentes continue a aumentar (INE, 2015). Nesse sentido continuará a ser necessário a existência de respostas sociais adequadas. Mas esta necessidade já é uma realidade e as estruturas que já existem devem aperfeiçoar as suas práticas.

É unânime na literatura sobre Recursos Humanos que as pessoas são o principal ativo das organizações e que, no fundo, são elas a força motriz por trás do sucesso. É através das pessoas que as organizações atingem os seus objetivos e no caso das respostas sociais para idosos esses objetivos passam pelo bem-estar do idoso. É aqui que entram os profissionais que desempenham funções de Cuidadores Formais.

Percebe-se, pela revisão de literatura que existe um grande espírito de missão envolvido no desempenho de cargos profissionais que envolvem cuidados formais ao idoso e que a sobrecarga e riscos psicopatológicos são baixos (Almeida, 2013). Ainda assim, a preocupação com estas dimensões é grande pelas tensões que envolvem o dia-a-dia desta profissão.

Como lembra Estrelinha (2013) “importa salientar alguns dados estatísticos demonstrativos da crescente importância das instituições do terceiro setor, em especial, no aspeto económico-social no nosso país” (p. 5). De acordo com este autor, o terceiro setor abrange 250 mil trabalhadores a tempo inteiro, o que significa 4% da população ativa.

1.2. Contexto

O presente trabalho incide, num primeiro momento, no estudo do envelhecimento da população no mundo ocidental e a conseqüente crescente existência de situações de dependência entre as pessoas que constituem esta faixa etária. Esta constatação impulsiona a preocupação com os cuidadores que lidam diretamente com estes idosos. O foco desta investigação centra-se nos cuidadores formais, integrados em Equipamento Residencial para Idosos.

Num segundo momento, será analisado o caso particular da vila de Fátima, no concelho de Ourém, distrito de Santarém, com cerca de 11800 habitantes, tornando-se o palco de um grande número de respostas sociais para idosos. Pela importância da existência do Santuário de Fátima, a fé que move as pessoas que a visitam e a fama da história das aparições de Nossa Senhora de Fátima, ganhou uma grande procura de turismo religioso e atrai milhares de pessoas de todo o mundo a visitarem este local todos os anos (Junta de Freguesia de Fátima, n. d.), e de igual forma a quererem residir na vila.

É neste cenário que se elabora este trabalho de investigação, abordando a oferta de respostas específicas no âmbito da gerontologia em Fátima, onde, de acordo com a Carta Social, podem ser encontradas cinco instituições para idosos com estatuto de IPSS, e ainda oito com fins lucrativos, onde se evidenciam as ERPI, havendo apenas duas instituições que tem também

as respostas sociais de Serviço de Apoio Domiciliário e duas com Centro de Dia (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2017).

Como tal, e de acordo com a presente investigação, propõe-se aqui analisar as IPSS da vila de Fátima, onde residem cerca de 271 pessoas idosas (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2017), apoiadas por cerca de 100 profissionais, entre os quais a sua maioria são cuidadores formais, aqui considerados todos aqueles que prestam cuidados básicos ao idoso, seja no âmbito da higiene, alimentação, saúde, ou outros de primeira necessidade, bem como no âmbito da ocupação, com contacto direto com o idoso.

Uma das características mais marcantes de todas estas respostas, atualmente, é a existência de idosos dependentes. À medida que as pessoas envelhecem, são mais suscetíveis de desenvolver incapacidades e precisam de apoio de familiares, amigos e cuidados de longa duração. Como resultado, enquanto os cuidados de longa duração são desempenhados por grupos de pessoas mais jovens, a maioria dos beneficiários são pessoas mais velhas. Em média, na Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), 13% das pessoas com mais de 65 anos recebem cuidados de longa duração. A proporção das pessoas com de mais de 65 anos que recebem cuidados de longa duração varia de 2% em Portugal e 6% na Estónia para mais de 20% em Israel e na Suíça (OECD, 2017).

Alguns dos problemas que podem ser encontrados envolvendo este grupo de profissionais é a falta de regulamentação da profissão e falta de categoria profissional associada. Outro problema tem a ver com o público que compõe os clientes das respostas sociais identificadas. Estes clientes são idosos dependentes, o que por si só levanta questões a este grupo profissional, como a preparação necessária para proporcionar o cuidado, quer ao nível do relacionamento interpessoal, quer ao nível da saúde, da alimentação ou outros. Além disto, os cuidadores formais deparam-se com dificuldades acrescidas ao ter de interagir com clientes com problemas ao nível da saúde mental, como é o caso das doenças que compõem o grupo das demências. Esta dimensão acarreta problemas muito estudados na literatura relativamente aos cuidadores familiares, mas que não o têm sido tão exaustivamente no que diz respeito aos cuidadores formais. A literatura refere a preparação formativa destes profissionais como uma aposta necessária e ainda deficitária (Castanheira, 2013; Figueiredo, 2014).

1.3. Objetivos e metodologia

A presente investigação pretende atingir o objetivo geral de perceber quais os fatores de risco psicossocial a que o cuidador formal de idosos dependentes está exposto e quais os seus níveis de stress.

Para que se possa trabalhar esta área académica, toma-se consciência que para apresentar resultados e conclusões, há necessidade de proceder a um diagnóstico inicial, de modo a perceber quais os riscos psicossociais associados à função de cuidador formal das IPSS na vila de Fátima e quais as suas necessidades. Após esta fase, a opção por uma metodologia de análise quantitativa e a realização de um questionário pareceu a melhor opção para se aferirem as respostas e se proceder à discussão dos resultados obtidos.

A ferramenta de recolha de dados utilizada é composta por questões sociodemográficas, profissionais e pelo Questionário Psicossocial de Copenhaga (COPSOQ II), de forma a medir a presença de risco psicossocial junto dos cuidadores formais de idosos dependentes.

1.4. Estrutura

A estrutura que se apresenta na presente dissertação divide-se em duas partes principais, a fundamentação teórica e a componente prática, precedidas da introdução e seguidas da conclusão.

Na fundamentação teórica abordam-se os temas que servem de base ao trabalho, o envelhecimento, onde se pretenderá abordar as questões que envolvem o idoso, especialmente ao nível da tendência para a dependência, os impactos que isso provoca e as respostas da sociedade para assistir esta população com essas características, abordar-se-á também o cuidador formal de idosos dependentes, as características da sua função, os impactos que a mesma provocam e as necessidades adjacentes, e, finalmente, os riscos psicossociais no trabalho, os fatores psicossociais que podem influenciar positiva ou negativamente a saúde dos trabalhadores, o stress, suas origens, consequências e custos, a legislação que regula estas questões e as ferramentas de avaliação dos riscos psicossociais.

Na componente prática apresenta-se o estudo empírico desenvolvido no âmbito desta dissertação, começando pela metodologia, onde se apresentam os objetivos, as hipóteses formuladas, as variáveis investigadas, os participantes do estudo, o instrumento de recolha de dados selecionado para o estudo, os procedimentos adotados e o cronograma de execução da

dissertação, depois apresentam-se os resultados onde se faz a análise descritiva e respetivo teste das hipóteses finalizando com a análise e discussão de resultados.

PARTE A: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO II – O ENVELHECIMENTO

A população mundial está a envelhecer de forma drástica e a tendência é que este envelhecimento seja ainda mais acentuado de futuro. De acordo com o INE (2015) o envelhecimento “traduz a relação entre o número de idosos e o número de jovens” (p. 3), em que a diminuição da percentagem de jovens se associa a um maior de número de população idosa, como mostram os dados,

“a proporção mundial de pessoas com 60 e mais anos de idade aumentou de 9.2% em 1990 para 11.7% em 2013, e espera-se que continue a aumentar, podendo atingir 21.1% em 2050. Em valores absolutos, as projeções das Nações Unidas apontam para que o número de pessoas com 60 e mais anos de idade passe para mais do dobro, de 841 milhões de pessoas em 2013 para mais de 2 mil milhões em 2050, e o número de pessoas com 80 e mais anos de idade poderá mais do que triplicar, atingindo os 392 milhões em 2050.” (INE, 2015, p. 2).

A população idosa é predominantemente composta por mulheres porque estas tendem a viver mais do que os homens. Em 2013, a nível mundial, havia 85 homens por cada 100 mulheres no grupo etário dos 60 e mais anos, e 61 homens por cada 100 mulheres no grupo etário dos 80 e mais anos. É expectável que este rácio aumente moderadamente nas próximas décadas, refletindo uma melhoria ligeiramente mais rápida na esperança de vida dos homens nas idades avançadas” (INE, 2015 p.2).

A expectativa de vida aumentou de forma constante na maioria dos países da OCDE, aumentando mais de dez anos em média desde 1870 e as taxas de mortalidade das principais causas de morte, doenças cardiovasculares e cancro, caíram de uma forma geral. Hoje, países com maior rendimento e investimento em saúde tendem a ter uma expectativa de vida mais longa (OECD, 2017). A expectativa de vida mais longa e as taxas de fertilidade em declínio significam que os mais velhos compõem uma proporção cada vez maior da população. Em média, em todos os países da OCDE, a participação da população com mais de 65 anos aumentou de menos de 9% em 1960 para 17% em 2015, e espera-se que continue a aumentar, atingindo 28% em 2050. Em mais de dois terços dos países da OCDE, pelo menos um quarto da população terá mais de 65 anos de idade em 2050. Esta proporção deverá ser especialmente

grande em Espanha, Portugal, Grécia, Japão e Coreia, onde quase 40% da população terá mais de 65 anos até 2050 (OECD, 2017).

O crescimento da parcela da população com 80 anos de idade e mais será ainda mais dramático. Em média, em todos os países da OCDE, cerca de 5% da população tinha 80 anos e mais, em 2015, enquanto em 2050, a percentagem aumentará para mais de 10%. (OECD, 2017). Em Portugal tem-se observado, nos últimos anos, à semelhança do resto do mundo, a um envelhecimento demográfico da população. A informação disponibilizada refere que esta diferença tem vindo a acentuar-se desde 1970. Mas não é só o envelhecimento que está a mudar, a quantidade de idosos em situação de dependência tem também aumentado consideravelmente, quase duplicando a sua presença desde 1970 (INE, 2015).

2.1. O Envelhecimento e a Dependência

O envelhecimento não significa necessariamente situação de incapacidade, a ex-diretora-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Margaret Chan refere, no Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, que “a idade avançada não implica [obrigatoriamente] em dependência” (OMS, 2015, p. 3). A OMS acredita que “uma vida mais longa é um recurso incrivelmente valioso” (OMS, 2015, p. 5), mas a saúde ou o seu comprometimento podem determinar a qualidade desses anos, não havendo evidências de que saúde das pessoas com mais de 65 anos de hoje é melhor que a saúde dos seus pais na mesma idade. A dependência que aqui se refere é definida como a necessidade de ajuda humana frequente ou cuidados além do habitualmente requerido por um adulto saudável. (ADI, 2013, p. 15)

De acordo com o documento da OCDE, *Health at a Glance 2017* (OECD, 2017), os países com maiores investimentos na saúde tendem a ter uma expectativa de vida mais longa, ou seja, quanto tempo em média uma pessoa de uma determinada idade pode esperar viver. Em 1970, nos países da OECD, alcançava-se mais 5.4 anos, além dos 65, em 2015 esse número aumentou para 19.5 (OECD, 2017).

No mesmo documento (OCDE, 2017) é referido que o aumento da expectativa de vida se deve aos cuidados médicos combinados com um maior acesso aos cuidados de saúde, estilos de vida mais saudáveis e melhoria de condições de vida. Mas este facto não significa necessariamente que os anos extra vividos o sejam de boa saúde. Na Europa é utilizado um indicador de expectativa de vida sem incapacidade conhecido por “anos de vida saudáveis” (*healthy life years*). Nesse indicador, na Europa, em 2015, os anos de vida saudáveis além dos 65 eram de 9.3 para as mulheres e 9.4 para os homens. A ausência de diferença significativa de

gênero em anos de vida saudáveis significa que muitos dos anos de vida adicionais que as mulheres experienciam relativamente aos homens é vivida com algum tipo de limitação de atividade (OCDE, 2017).

Observando-se, como se viu, um aumento do comprometimento da saúde do idoso, levanta-se a questão da dependência a que muitos idosos estão sujeitos. “Uma dependência resulta habitualmente do declínio funcional da pessoa, neste caso, idoso, em consequência do aparecimento da complicação de uma patologia ou devido a um acidente” (Sequeira, 2010, p. 42). Em Portugal, “as políticas de saúde. . . tendem a privilegiar a manutenção dos idosos no domicílio. . . o que implica uma função acrescida, na qual o cuidador informal assume uma maior relevância” (Sequeira, 2010, p. 39), mas o recurso a respostas institucionais tem ganho particular e crescente relevância.

2.2. Impacto do Envelhecimento

À medida que as populações envelhecem, é expectável que o potencial de oferta de mão-de-obra na economia diminua. Em média, em 2012, nos países da OCDE, havia um pouco mais de quatro pessoas em idade de trabalho (15-64 anos) para cada pessoa com 65 anos e mais velho. Esta taxa deverá diminuir para metade, de 4,2 em 2012 para 2,1 em média em todos os países da OCDE, nos próximos 40 anos. Além disso, o envelhecimento pode levar a insuficiências em certos mecanismos de aumento de receitas, em particular o pagamento de impostos, tornando mais difícil para os países manter ou aumentar os gastos do governo em saúde (OECD, 2017).

Embora a pressão que a proporção crescente de pessoas com 65 e mais de 80 anos coloca nos cuidados a longo prazo dependa do estado de saúde das pessoas que atingem essas idades, o envelhecimento da população provavelmente levará a maior exigência dos cuidados aos idosos e contribuirá para aumentos nos gastos com a saúde. No entanto, a maioria dos estudos tem concluído que as novas tecnologias e os rendimentos crescentes são fatores do aumento das despesas com a saúde mais significativos do que o envelhecimento da população (OECD, 2017).

O envelhecimento traz consigo maior suscetibilidade de desenvolver incapacidades e necessidade de apoio de familiares, amigos e cuidados de longa duração. Como resultado, enquanto os cuidados de longa duração são desempenhados por grupos de pessoas mais jovens, a maioria dos beneficiários são pessoas mais velhas. Em média, na OCDE, 13% das pessoas com mais de 65 anos recebem cuidados de longa duração. A proporção das pessoas com mais

de 65 anos que recebem cuidados de longa duração varia de 2% em Portugal e 6% na Estónia para mais de 20% em Israel e na Suíça (OECD, 2017).

Pessoas com mais de 80 anos representam, em média, mais de metade dos todos os beneficiários de cuidados de longa duração e quase dois terços no Japão, Dinamarca e Austrália. Enquanto a população envelhece, a necessidade de serviços de longa duração provavelmente aumentará – embora este efeito possa ser parcialmente compensado pela melhoria da saúde na velhice (OECD, 2017).

Os destinatários dos cuidados de longa duração são definidos como pessoas que recebem atendimento a longo prazo por prestadores pagos, incluindo não profissionais que recebem pagamentos em dinheiro ao abrigo de um programa social. As instituições de cuidados de longa duração referem-se a cuidados de enfermagem e instalações residenciais de cuidados que proporcionam alojamento e cuidados de longa duração como um pacote (OECD, 2017).

2.3. Respostas Institucionais para Idosos

As respostas da sociedade para pessoas idosas incluem apoio de cuidadores informais ou estruturas institucionais, sobre as quais incidirá esta investigação.

Em Portugal, os esforços para responder às situações de necessidade da esfera social, remontam à fundação do país e devem-se a monarcas e ordens religiosas (ISS, 2015), mas mais solidamente, emergiram aquando dos Descobrimentos, em 1498, pela mão da Rainha D. Leonor, com a fundação da primeira Irmandade da Misericórdia, que prestava, por iniciativa privada, assistência nas áreas da saúde e da ação social a pobres, presos e doentes (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa [SCML], n. d.), e da qual derivaram as santas casas da misericórdia, atualmente espalhadas por todo o país (ISS, 2015), como a Misericórdia do Porto logo em 1499 (Santa Casa da Misericórdia do Porto [SCMP], n. d.). Além da carta que D. Manuel I escreveu à população do Porto (SCMP, n. d.) o Compromisso de Lisboa foi o primeiro documento escrito onde se registaram as obras de misericórdia que estas instituições se comprometiam a cumprir e as regras pelas quais se regiam (SCML, n. d.). Assinado em 1516 serviu de base a muitas misericórdias espalhadas pelo país e pelo mundo, uma vez que se assistia na época aos Descobrimentos que espalharam a palavra pelas terras conquistadas. As Misericórdias existem ainda hoje em todo o país e regem-se pelas mesmas 14 obras de misericórdia definidas pelo primeiro Compromisso e que derivou nos compromissos de cada uma delas (SCML, n. d.). À

responsabilidade destas instituições foram entregues e criados vários hospitais, casas de recolhimento, entre outros.

O licenciamento e enquadramento legal das respostas sociais para idosos com fins lucrativos surge pela primeira vez no panorama jurídico em 1968, no Decreto-Lei n.º 48 580, de 14 de setembro de 1968 (ISS, 2015), onde a preocupação com as condições de higiene e pessoal técnico era premente e cujo diploma obrigou à fiscalização por parte do, na altura, Ministério da Saúde e Assistência. Neste diploma, a referência aos colaboradores deste tipo de respostas indica a necessidade de o estabelecimento dispor de “pessoal técnico e auxiliar julgado suficiente para o seu bom funcionamento” (Decreto-lei n.º 48580, de 14 de setembro, 1968, art.º 3º).

O Diploma publicado em 1968 é de relevante importância pois, além de regulamentar as iniciativas privadas, revela várias alterações sociais que estão na origem da mudança de paradigma atual. Para começar revela a mudança do papel da mulher que deixa de ser a principal cuidadora de crianças e idosos pois começa a trabalhar fora de casa, diz o diploma “tem-se verificado nos últimos anos a criação, sobretudo nas cidades e áreas industriais, de elevado número de estabelecimentos destinados a receber, a título oneroso e lucrativo, crianças antes da idade escolar e pessoas idosas, situação que resulta naturalmente da crescente ocupação das mulheres fora do lar” (Decreto-lei n.º 48580, de 14 de setembro, 1968, Preâmbulo). Depois, revela um problema social de falta de salubridade que assumia contornos graves, “estes estabelecimentos prosseguem as suas atividades livremente, por vezes em instalações que não oferecem o mínimo de condições de higiene e sem pessoal técnico que assegure um funcionamento satisfatório, apresentando aspetos de gravidade, até no campo moral” (Decreto-lei 48580, de 14 de setembro, 1968, Preâmbulo).

Depois da Revolução de 25 de Abril de 1974 observa-se à nacionalização de alguns hospitais das Misericórdias e há necessidade de reorientar a intervenção, surgindo assim outras respostas sociais, por exemplo as respostas de reabilitação física e residências para idosos (SCMP, n. d.).

Em 1979 é reconhecido o direito a outras organizações se organizarem sem fins lucrativos, com sentido de utilidade pública pelo Estatuto das IPSS. O Decreto-Lei n.º 519-G2/79 de 29 de dezembro vem reconhecer a “vigorosa realidade que constitui, entre nós, a iniciativa privada nos amplos domínios da solidariedade social” (n.º 1, Preâmbulo), reunindo numa mesma lei associações de solidariedade social, irmandades da misericórdia (à exceção da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa), fundações e cooperativas, entre outros. Este diploma

reconhece o valor social destas organizações e os ideais que as orientam como “valioso património moral e material que, ao longo dos séculos e ainda hoje, tem contribuído, como inegável constante social, para a melhoria das condições de vida do povo português” (n.º 1, Preâmbulo) e reconhece que estas instituições “favorecem a humanização das atividades que importa desenvolver no exercício de uma política social dignificante. Por isso, o Estado as reconhece, valoriza e apoia, incentivando e fomentando o seu funcionamento” (n.º 1, Preâmbulo). Em 1983 foi publicado o Estatuto das IPSS que continua em vigor atualmente, com as respetivas alterações posteriores (Decreto-lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro).

Atualmente as IPSS são consideradas instituições privadas sem fins lucrativos, com utilidade pública. Entre elas continuam a ser consideradas a maioria das irmandades das misericórdias, as associações ou fundações de solidariedade social, associações de socorros mútuos e associações de voluntários de ação social. Estas instituições representam um importante papel “na resolução das carências sociais dos cidadãos” (decreto-lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro, n.º 6, Preâmbulo) prestando “proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou capacidade para o trabalho”, promoção e proteção da saúde, ao nível da prevenção, cura e reabilitação, entre outras formas de apoio a outros públicos (n.º 1, art.º 1º).

A Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, veio uniformizar a legislação e agrupar numa mesma designação todas as respostas residenciais para idosos, no âmbito da economia social, independentemente do suporte jurídico. Nesta portaria são definidos os objetivos do acolhimento residencial de idosos, as características e exigências da intervenção, as dimensões estruturais adequadas a cada indivíduo, o rácio de pessoal adequado, entre outros pormenores.

Em 2006 é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que presta, às pessoas em situação de dependência, cuidados continuados de saúde ou apoio social, bem como cuidados paliativos (decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de junho). Em 2010 são criadas “unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade” (decreto-lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro, n.º 1, art.º 1º) na sequência de uma preocupação com “os problemas de saúde mental, aliados a situações de demência que, em parte, resultam do aumento da esperança média de vida e do envelhecimento da população” e que “importam severas consequências para a vida das famílias” (preâmbulo). Mas esta última lei nunca foi aplicada, apesar de ambos os documentos terem sofrido alterações como por exemplo, em 2015 foi decretada a

independência da Rede Nacional de Cuidados Paliativos e a reestruturação da RNCCI, que passou a incluir os cuidados em saúde mental (decreto-lei n.º 136/2015, de 28 de julho). Recentemente, foi publicada a portaria 68/2017, de 16 de fevereiro, que pretende retificar a lacuna deixada pela não implementação do que foi decretado em 2010 e vem alterar as “condições de organização e funcionamento das unidades e equipas prestadoras de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental [CCISM] para a população adulta e para a infância e adolescência” (preâmbulo).

A OCDE refere que a população com mais de 80 anos corresponde, em média, a mais de metade de todos os destinatários de cuidados a longo-prazo. Portugal foi um dos países onde os cuidados de longa duração em casa mais aumentou nos últimos dez anos (OECD, 2017), pelo que todas estas alterações e adaptações se mostram fundamentais.

CAPÍTULO III – O CUIDADOR FORMAL

A tendência apresentada atrás exigirá uma rápida adaptação por parte das instituições de cuidados de longa duração e dos cuidadores formais de idosos, especialmente ao nível da formação em gerontologia e geriatria, bem como outras áreas relacionadas, como a comunicação (OMS, 2015).

Cuidadores formais de longa-duração são definidos como trabalhadores pagos que providenciam cuidados ou assistência, em casa ou em instituições (além de hospitais), a pessoas limitadas nas suas atividades diárias. Eles incluem enfermeiros e enfermeiras qualificados e cuidadores pessoais, que podem incluir diferentes categorias de trabalhadores, podem ser chamados sob diferentes nomes em diferentes países e que podem ter qualificações reconhecidas ou não (OECD, 2017).

O cuidador formal é um profissional que se depara com a pessoa cuidada dependente e frágil “que requer um olhar atento, cuidadoso e delicado dos profissionais” (Moreira, 2014, p. 41). A este cuidado associa-se “um desgaste físico e mental do cuidador, o que se traduz num aumento da sobrecarga” (p. 41).

O cuidado formal é complementado pelo informal, normalmente não remunerado, suportado por familiares e amigos, que representam uma grande parte dos cuidados para pessoas mais velhas nos países da OCDE. Relativamente à população com mais de 65 anos, a Noruega, a Suécia e os Estados Unidos da América (EUA) têm o maior número de cuidadores de longa-duração, enquanto a República da Eslováquia e Portugal têm o menor, e a maioria destes trabalhadores exercem funções em instituições, apesar de a maioria dos destinatários receber os cuidados em casa. Isto explica o facto de que aqueles que estão nas instituições têm necessidades mais severas e requerem cuidados mais intensivos (OECD, 2017).

O setor dos Cuidados de Longa-Duração representa uma pequena, mas crescente parte da totalidade do emprego nos países da OCDE, alcançando mais de 2%. Em média, cerca de um terço dos cuidadores de longa duração são enfermeiros ou enfermeiras e os outros dois terços são cuidadores formais (também chamados de auxiliares de enfermagem, técnicos auxiliares de saúde ou ajudantes de ação direta), com menos formação (OECD, 2017). Em Portugal, de acordo com dados divulgados pela PORDATA, em 2015, havia 8.9% de pessoas a trabalhar em atividades de saúde humana e apoio social, sem que seja possível, por estes dados, fazer outras diferenciações dentro da área (PORDATA, 2017).

Muitos países da OCDE estabeleceram requisitos educacionais e de formação para cuidadores formais, apesar de estes variarem substancialmente, sobretudo no que respeita ao cuidado centrado no domicílio (OECD, 2017).

Enquanto a população continua a envelhecer, as exigências para os cuidadores formais de longa-duração têm tendência a subir. Responder à crescente exigência vai requerer políticas para melhorar o recrutamento (por exemplo encorajar mais desempregados a considerar formação e trabalhar no setor dos cuidados de longa-duração); melhorar a retenção (por exemplo aumentar os salários e melhorar as condições de trabalho); e aumentar a produtividade (por exemplo, através da reorganização dos processos de trabalho e uso mais efetivo de novas tecnologias) (OECD, 2017).

O documento realizado pela OMS, *Dementia – a public health priority* (World Health Organization [WHO], 2012), que reconhece a demência como uma prioridade de saúde pública, refere que é crucial para a melhoria dos cuidados prestados aos idosos que os cuidados providenciados pelos serviços sociais e de saúde sejam coordenados e integrados e possam adaptar-se às alterações da progressão do envelhecimento e da demência.

3.1. Impacto do Cuidar no Cuidador Formal

No âmbito da importância desta função para a sociedade atual, surge o tema do impacto do cuidar na vida dos colaboradores. Como dizem Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques e Sousa (2001, citados por Veiga, 2016) “o processo de cuidar é, acima de tudo complexo, o que exige apoio e intervenção em vários domínios pelo que, altera fortemente a vida dos cuidadores” (p. 172).

Há diversos efeitos adversos que o cuidado ao idoso provoca na saúde física dos cuidadores, mas os efeitos no bem-estar psicológico são mais frequentemente estudados ao nível global. 93 estudos comparando sintomas de depressão entre cuidadores e não cuidadores foram meta-analisados e mostram níveis significativamente maiores de sintomas entre cuidadores e esta diferença acentua-se para os estudos que se concentram exclusivamente em cuidadores de idosos portadores de demência, uma patologia cada vez mais presente nas instituições de longa-duração (ADI, 2013, p.32).

Recentemente os objetivos dos cuidados clínicos em demência foram definidos como:

“preservar, pelo máximo tempo possível, as competências físicas e funcionais, reduzir a frequência, gravidade e impactos adversos dos sintomas comportamentais e neuropsiquiátricos, sustentando a melhor saúde geral

possível, reduzindo os riscos para a saúde e segurança e melhorando o bem-estar, habilidade e conforto do cuidador dos pacientes com demência em parceria com prestadores de cuidados de saúde” (ADI, 2016, p.8),

revelando uma cada vez maior preocupação com a forma com que o envelhecimento e as patologias associadas podem ter consequências nos seus cuidadores.

Durante a pesquisa encontraram-se trabalhos recentes que refletem a mesma preocupação e o mesmo impacto do trabalho na vida do trabalhador e que defendem o forte impacto do desempenho da função na deterioração da saúde do colaborador, quer seja ao nível físico ou psicológico, como Almeida (2013), Alves (2015), Chambel (2016) ou Ribeiro (2016), entre outros. Estes estudos ou investigações, trazem à luz da investigação vários problemas inerentes às características da função. Alguns destes problemas são identificados nas referências consultadas, desde movimentação de cargas e consequências físicas, gestão emocional difícil, desempenho de trabalho por turnos, contacto com clientes maioritariamente portadores de demência, envelhecimento no trabalho, baixa escolaridade, pouca formação e/ou preparação para a função, entre outros.

A consequência mais direta do baixo perfil de competências, da posição social e do não reconhecimento do trabalho de cuidado direto é a grande rotatividade de pessoal, aliado aos baixos níveis de dotação de pessoal (devido a vagas não preenchidas) e uso excessivo de empresas de trabalho temporário. Isso, por sua vez, aumenta o stress no trabalho para aqueles que permanecem e tem impacto na qualidade do cuidado prestado (ADI, 2013).

Há agora evidências claras, nos EUA, que a baixa posição social, uma grande rotatividade de cuidadores formais e elevados níveis de utilização de empresas de trabalho temporário estão cada um deles associados a resultados adversos nos utentes das respostas sociais para idosos. Uma revisão sistemática de 87 estudos (1975-2003) indica uma significativa relação entre alta rotatividade de pessoal e baixas competências funcionais, entre residentes, uma alta incidência de úlceras de pressão e grandes percas de peso. Numa análise mais persuasiva de dados longitudinalmente, os lares com níveis de pessoal melhorados, taxas de rotatividade de pessoal baixas e reduzido uso de empresas de trabalho temporário tendem a mostrar grandes melhorias na percentagem de residentes que experienciam indicadores de qualidade de cuidados adversos, sujeitos a restrições físicas, com cateteres urinários permanentes, com dor moderada a grave e com úlceras de pressão (ADI, 2013).

Aumento dos salários, melhoria dos benefícios e das condições de trabalho para os cuidadores formais parecem ser essenciais para impulsionar a retenção de pessoal. No entanto,

uma maior conscientização sobre o problema e suas consequências não se traduziram em mudanças concretas na política ou prática com potencial para efetuar mudanças significativas. A introdução de salários mínimos beneficia os cuidados formais, uma vez que são uma parte substancial do setor. No entanto, estas políticas abordam a absoluta, mas não a pobreza relativa, não garante um salário digno, e não torna os trabalhos mais atraentes enquanto eles estiverem entre os menos bem pagos na sociedade (ADI, 2013).

3.2. A Urgência da Especialização

A OMS refere a particular necessidade da criação de treino específico para os cuidadores formais que lhes permita responder apropriadamente às necessidades da pessoa dependente (WHO, 2012).

Vários estudos têm referido que seria importante para a melhoria da determinação e desempenho da função e para a melhoria da qualidade da intervenção a existência de mais investigações que corroborem ou não as conclusões apresentadas. Por exemplo, Ferreira (2012) indica a “promoção do conhecimento e de competências relativas ao cuidado” e “estratégias de amenizar situações de stress e de sobrecarga emocional, melhorando a qualidade de vida destes profissionais e consequentemente auxiliando a qualidade de vida da sua população-alvo” (p. 80). Também, Cardiga (2014) indica a necessidade de aprofundamento do conhecimento ao referir que “seria interessante desenvolver programas de apoio aos cuidadores centrados na qualidade de vida. . . de forma a permitir um reconhecimento das dificuldades encontradas no ato de cuidar” (p. 51) A investigação científica tem o intuito de verificar evidências empíricas e nesse sentido, a proposta de estudo neste trabalho pretende ser um contributo para o pequeno rol de verificações que foram realizadas.

No âmbito da Psicologia estudou-se a relação entre traços de personalidade, valores e satisfação profissional (Castanheira, 2013) que concluiu, contrariamente aos restantes estudos, que não se verifica sobrecarga emocional neste grupo profissional e não parece haver uma relação entre idade, estado civil, traços de personalidade, valores e satisfação profissional. Igualmente contrário ao parágrafo anterior, outro estudo foca a influência da satisfação no trabalho no desempenho profissional no âmbito dos cuidadores (Valente, 2016), e conclui existir uma fraca relação entre a satisfação no trabalho e o desempenho profissional.

A tendência para a falta de conhecimentos e competências dos cuidadores formais podem levar a práticas abusivas, negligentes e que prejudicam ao invés de aliviar os problemas experienciados pelas pessoas dependentes e pelas suas famílias. Providenciar formação e apoio

adequados é provável que tenha mais benefícios além de melhorias na qualidade dos cuidados prestados, a moral da equipa deve ser melhorada, e os problemas do recrutamento e da retenção cessados. Desenvolver uma equipa estável, com os atributos e competências adequados, e mantê-la motivada devem ser objetivos chave dos serviços de cuidados (ADI, 2013).

Os cuidadores diretos nas instituições de cuidados para idosos provavelmente não estão a receber treino adequado ao cuidado de idosos dependentes devido à falta de suporte administrativo, no entanto as evidências sugerem que os programas de treino da equipa para promover a qualidade dos cuidados são eficazes (ADI, 2013). Enquanto 73% dos cuidadores formais têm clientes acima dos 55 anos e cerca de 8% dos cuidadores formais estão vinculados diretamente a estruturas de cuidados de longa duração, apenas 4% têm certificação formal em cuidados geriátricos. (ADI, 2013).

Dados do Reino Unido indicam que um quarto (24%) das instituições de cuidados e 16% das instituições de cuidados residenciais falham por não alcançar os requisitos mínimos de treino e supervisão. De acordo com a maioria dos colaboradores que participaram no estudo da *Alzheimer's Society's DEMSTAF*, a maioria das formações foram conduzidas na instituição, organizadas ou disponibilizadas pela gestão do estabelecimento. Pouco mais de três quartos dos cuidadores formais (77%) receberam treino com renovação regular e 38% têm Certificação Vocacional Nacional em cuidado de demência. No entanto, há uma generalizada e expressa necessidade de mais treino e formação. As cinco áreas que mais foram mencionadas como deficientes foram: responder aos comportamentos desafiantes, o uso de antipsicóticos e alternativos, reconhecer a dor, suspeita de abuso e primeiros socorros (ADI, 2013).

CAPÍTULO IV – OS RISCOS PSICOSSOCIAIS

Na sociedade ocidental, o trabalho foi colocado no centro da existência humana, ainda que se tenha percebido que não satisfaz todas as necessidades do ser humano (Ramos, 2001). Já Karl Marx (1818-1883) apontava o trabalho com uma atividade através da qual o ser humano constrói a sua existência (Costa, 2017). Ramos refere que o trabalho pode ser visto sob vários pontos de vista e assume vários papéis na vida do indivíduo. O aspecto técnico indica a componente mecânica do trabalho e da sua articulação com a pessoa que o exerce. O aspecto fisiológico articula a relação entre o organismo humano e o ambiente de trabalho e as reações humanas que daí advém. O trabalho pode ser visto como um meio de subsistência no sentido da satisfação das necessidades básicas do Homem. Do ponto de vista social, assume um papel importante de interação entre as pessoas, oportunidade de expressão social, desenvolvimento e realização pessoal. Neste sentido contribui para a dinâmica social onde cada pessoa assume diferentes papéis, sendo inevitável a ligação da dimensão individual de cada um porque alimenta esta dinâmica e vive dela. Terminando, o individual mostra-se, a par do social, um aspecto muito importante do trabalho, onde a dimensão psicológica é fulcral. O ser humano, com a sua personalidade, adapta o trabalho e ao mesmo tempo é transformado por ele e pelas interações que se criam nesse ambiente, com todos os papéis que este assume na vida de cada um (Ramos, 2001).

Percebe-se assim, que o trabalho vive das pessoas que o desenvolvem e as pessoas são influenciadas pelos papéis que o trabalho assume nas suas vidas. Se o trabalho influencia o indivíduo nas suas dimensões social e individual, essa interação pode ser positiva contribuindo para o desenvolvimento individual e realização pessoal, mas também pode ser negativa o que pode pôr em risco esta interação e outras dimensões da vida (Ramos, 2001).

É nesta interação negativa que residem os riscos profissionais. Estes podem assumir diferentes perspetivas, consoante o(s) agente(s) envolvido(s) e a sua natureza. Ribeiro (2012) completa o conceito ao referir que estes fatores e contextos são considerados riscos no sentido em que “prejudicam a saúde dos trabalhadores” (p. 30). Os riscos no trabalho podem ser de natureza física, ergonómica, química, biológica ou psicossocial, focando-se a presente investigação apenas nos últimos, os riscos psicossociais.

Segundo Dominguez (2014), os riscos psicossociais podem ser definidos como “as experiências desagradáveis e as emoções negativas, tais como a tensão, ansiedade, frustração,

raiva e depressão resultantes de aspetos do trabalho, e denunciados através da reação fisiológica do corpo ou da reação psicológica e emocional sofrida por um indivíduo” ou ainda como a “reação emocional, cognitiva, comportamental e fisiológica a aspetos adversos e nocivos do trabalho, ambiente de trabalho e organização do trabalho que contribuem para os resultados psicológicos e fisiológicos negativos” (p. 10). A designação deste tipo de risco engloba duas dimensões, a ‘psicológica’ e a ‘social’, alertando para a relevância social que os mesmos podem assumir, além da componente individual (Dias, 2016). A OMS define os riscos psicossociais como “os fatores que influenciando a saúde e o bem-estar do indivíduo e do grupo advêm da psicologia do indivíduo, da estrutura e da função da organização do trabalho” (Ribeiro 2012, p. 30). De acordo com Ribeiro (2012) os riscos psicossociais são as “características das condições de trabalho, principalmente da sua organização, que afetam a saúde das pessoas através de mecanismos psicológicos e fisiológicos aos quais também podemos chamar stress” (p. 30).

Os riscos psicossociais emergiram após alterações significativas na sociedade, nomeadamente o desenvolvimento tecnológico, a diminuição da mão-de-obra, a necessidade de atualização constante de competências e maior qualificação dos recursos humanos, maior pressão no trabalho, a dificuldade de conciliação da vida profissional com a vida privada, mudança de valores e modos de vida. A própria característica do trabalho já identificada por Karl Marx, em que o trabalho é uma atividade que serve de meio à construção do indivíduo, revela a importância pessoal e social que este tem, seja na autorrealização, na obtenção de prestígio social ou mesmo na socialização de uma forma geral (Dias, 2016).

A feminização do trabalho marcou alterações da vivência laboral alertando para questões como a, já referida, conciliação entre a vida pessoal e a profissional, a desigualdade salarial e a discriminação entre géneros. Também a crescente precarização do emprego caracterizada pelo desemprego a larga escala e de longa duração, formas de contratação precárias e intensificação do trabalho, entre outros, têm provocado resultados danosos ao nível da qualidade de vida e bem-estar do trabalhador, especialmente ao nível psicológico, quer profissionalmente, como individualmente ou socialmente, pela influência transversal que o trabalho exerce, como já se viu (Dias, 2016).

Entende-se que tem surgido uma cada vez maior exposição dos trabalhadores a estes riscos devido à globalização e à expansão dos mercados (Gonçalves & Veiga, 2014). A Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a OMS atribuem-lhe tal importância que consideram que “as primeiras décadas do século XXI serão do stress, da depressão, do pânico, da tortura psicológica e outros danos psíquicos relacionados com as novas políticas de gestão

na organização do trabalho” (Duarte, 2011, p.23), ao contrário do século passado em que na última década foi colocado mais enfoque nas lesões musculoesqueléticas. Os fatores psicossociais são assim considerados como “alvos de atenção ‘prioritária’ por parte dos países membros da União Europeia” e considerados como “o campo de investigação mais importante no futuro” (Duarte, 2011, p. 24).

Num estudo feito pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA) onde foram identificados os principais riscos psicossociais emergentes, percebeu-se que os riscos psicossociais passíveis de serem relacionados com o trabalho são inúmeros, mas podiam ser agrupados e considerou-se que estavam relacionados “com os seguintes cinco aspetos do trabalho: novas formas de contratação e insegurança no trabalho, envelhecimento da população ativa, intensificação do trabalho, exigências emocionais elevadas e má articulação entre o trabalho e a família” (Duarte, 2011, p. 23).

4.1. Os Fatores Psicossociais

Os fatores psicossociais que podem representar um risco em contexto laboral, no sentido em que podem influenciar negativamente a saúde e o bem-estar do indivíduo, têm sido associados às alterações sociais e do mundo do trabalho (Ribeiro, 2012). Os fatores psicossociais podem ser “considerações relativas à carreira, à carga e ritmo de trabalho, ao ambiente social e ao ambiente técnico do trabalho” (Duarte, 2011, p. 23). Mas a existência destes fatores, por si só, não os transforma em riscos, esta dimensão surge quando há uma interligação com a “perceção psicológica que o indivíduo tem das exigências do trabalho. . . Os fatores que influenciam a saúde e o bem-estar do indivíduo e do grupo advêm da psicologia do indivíduo, da estrutura e da função da organização do trabalho” (Duarte, 2011, p. 23).

De acordo com a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA) a gestão desfavorável e o contexto social negativo no local de trabalho resultam em riscos psicossociais “associados às consequências psicológicas, físicas e sociais adversas” (EU-OSHA, 2014, p.4). Estes fatores desfavoráveis podem ser encontrados nas seguintes possíveis e eventuais características do trabalho atual:

- i. “Trabalho excessivamente exigente e/ou tempo insuficiente para concluir as tarefas;
- ii. Exigências contraditórias e falta de clareza relativamente ao papel a desempenhar pelo trabalhador;

- iii. Desadequação entre as exigências do trabalho e as competências do trabalhador – a subutilização das competências de um trabalhador pode ser para este uma fonte de stress tão grande como o facto de lhe exigirem respostas que não está apto a dar,
- iv. Falta de envolvimento na tomada de decisões que afetam o trabalhador e falta de influência sobre a forma como o trabalho é realizado;
- v. Trabalhar sozinho, especialmente quando em contacto com elementos do público ou clientes, e/ou ser sujeito a violência por parte de um terceiro, suscetível de assumir a forma de agressão verbal, atenção sexual indesejada ou violência física potencial ou real;
- vi. Falta de apoio por parte das chefias e dos colegas e fracas relações interpessoais;
- vii. Assédio psicológico ou sexual no local de trabalho – comportamento vitimizador, humilhante, prejudicial ou ameaçador da parte de superiores hierárquicos ou colegas em relação a um trabalhador ou grupo de trabalhadores;
- viii. Distribuição injusta do trabalho, ou das recompensas, promoções ou oportunidades de carreira;
- ix. Comunicação ineficaz, mudanças organizativas mal geridas e insegurança no emprego;
- x. Dificuldades em conjugar os compromissos no trabalho e em casa.”

(EU-OSHA,2014, p.4).

Os fatores relacionados ao contexto de trabalho que podem desenvolver stress são identificados por Ramos (2001) como as características do trabalho relacionadas entre si e que as pessoas entendem não ser benéfico para si. As características mais comuns, que não se esgotam pois cada indivíduo encontra como agente stressor diferentes e as mais variadas causas, podem ser as condições físicas do trabalho (iluminação, temperatura, ventilação, barulho, espaço), as características do trabalho (características da tarefa, sobrecarga do trabalho, subcarga de trabalho, horários de trabalho alargados, ritmo de trabalho, trabalho repetitivo, trabalho por turnos, novas tecnologias), o papel na organização (ambiguidade do papel, conflito de papéis, responsabilidade), estrutura e clima organizacionais (estrutura organizacional, *downsizing*, trabalho de equipa, competição, fusões e aquisições, exigências organizacionais de interação, clima organizacional, violência no trabalho), relacionamento interpessoal (relação com os colegas, relação com superiores, relação com subordinados), carreira profissional (início de carreira, avaliação do desempenho, formação insuficiente, insegurança, manutenção da carreira, transições de carreira, fim da carreira) e fatores extrínsecos ao trabalho (articulação

trabalho-família, acontecimentos importantes de vida, stressores crónicos, traumas) (Ramos, 2001).

4.2. O Stress no Trabalho

As consequências negativas da exposição aos riscos psicossociais começam já a ser objeto de estudo, tendo essa exposição sido “identificada como uma das causas mais relevantes no absentismo laboral, por razões de saúde e relaciona-se com problemas de saúde altamente prevalentes, como sejam, doenças cardiovasculares, transtornos de saúde mental e alterações músculo-esqueléticas” (Duarte, 2011, p. 24). Sabe-se, também, que “a gestão eficaz da segurança e da saúde no local de trabalho é benéfica para os trabalhadores, para a empresa e para a sociedade em geral” (EU-OSHA, 2016, p. 4). Apesar disso, ainda se nota uma grande diferença na investigação sendo que “os estudos de investigação sobre os fatores de riscos psicossociais, são consideravelmente inferiores aos estudos de investigação efetuados no âmbito dos outros fatores de riscos profissionais, nomeadamente os fatores de riscos físicos” (Gonçalves & Veiga, 2014, p. 2).

Os riscos psicossociais podem ter consequências nos indivíduos em que uma das mais comuns é o stress. O stress foi estudado por vários autores das áreas de conhecimento da Física à Medicina, denominado inicialmente por Síndrome Geral de Adaptação, por Hans Selye, que o definia como uma “expressão do conjunto de sinais de um organismo que se esforça totalmente para se adaptar” (Ramos, 2001, p. 49). Esta definição revela que o organismo esgota as suas energias quando exposto ao agente stressor e esta exaustão levou Selye a acreditar que o stress poderia mesmo desenvolver cancro (Ramos, 2001).

Ramos (2011) descreve o stress como

“um tipo particular de relação entre a pessoa e o(s) seu(s) meio(s), marcada pela perceção de exigências que cobrem ou excedem os seus recursos de *coping* e que pode perigar o seu bem-estar;

Esta discrepância – entre o que a pessoa sente que lhe é pedido e que julga poder dar – é sinalizada pelo organismo, em toda a sua globalidade e totalidade, isto é, aos níveis fisiológico (imunológico, neuronal, hormonal), psicológico (emocional, cognitivo, comportamental) e social (família, trabalho, comunidade)” (p. 57).

O *Coping* referido na citação anterior é um conceito que surge pela mão de Lazarus que define “os esforços, tanto orientados para a ação como intrapsíquicos, para lidar com exigências que forçam ou transcendem as capacidades da pessoa” (Ramos, 2001, p.56).

O processo pelo qual o indivíduo passa ao desenvolver stress começa pela exposição ao agente stressor, passa por uma avaliação cognitiva da situação e dos recursos que possui para a gerir, pode obter respostas para a sua gestão através do *coping* e do suporte social, e vai dar uma resposta ao stress. Quando essa resposta resolve a situação de stress de forma adaptativa, agradável e positiva diz-se que se está na presença de *eustress*, o stress positivo, o que está presente em muitos aspetos da vida e pode até para algumas pessoas representar uma motivação (Ramos, 2001). Para Câmara, Guerra e Rodrigues (2013) este stress positivo pode ser significado de desafio. Quando a resposta do indivíduo à situação de stress não representa a sua resolução e há consequências negativas do stress, podendo mesmo chegar ao desenvolvimento de doenças, diz-se que se está perante *distress*, o stress negativo (Ramos, 2001).

O trabalho é um lugar privilegiado à existência de situações de stress, associadas às suas características e exigências. Nele as pessoas sentem obrigação de resolver situações de stress, bem como de as ignorar, reduzir ou minimizar. O tipo de respostas que cada pessoa dá ao stress pode influenciar a sua saúde e a produtividade organizacional. O trabalho também é uma dimensão de grande importância na vida ativa da pessoa, pelo lugar que ocupa e pelo que representa na sua vida (Ramos, 2001).

A presença do indivíduo no trabalho obriga a que se olhe também aos seus aspetos individuais que influenciam o stress e a forma como ele é interpretado e resolvido. Já se viu que a resposta individual ao stress pode ser tanto adaptativa como ineficaz e que essa diferença está relacionada com as características individuais de cada pessoa. De acordo com Ramos (2001) os principais recursos de que a pessoa dispõe para fazer face às situações de stress são a personalidade, o *coping* e o suporte social, mas também podem ser considerados o controlo, a auto-estima, as expectativas de auto-eficácia, o carácter, o sentido interno de coerência, as crenças religiosas, a competência, tal como outros, pois as variáveis humanas são muito diversificadas (Ramos, 2001).

Para Câmara et al. (2013) os principais fatores que influenciam a perceção do indivíduo às diferentes situações são a personalidade, as experiências anteriores e a sua capacidade para resolver a situação. Para estes autores estes fatores são determinantes para que o indivíduo perceba a situação como desafiante (positiva) ou stressante (negativa).

As consequências negativas que o stress pode ter no contexto de trabalho manifestam-se na saúde dos trabalhadores e sabe-se que podem influenciar a produtividade individual e consequentemente a organização (Ramos, 2001). Para Câmara et al. (2013) as consequências do stress na organização podem ser classificadas em três categorias, os sintomas físicos, os sintomas psicológicos e os sintomas comportamentais e sociais.

O stress negativo pode promover o surgimento de angústia, desmotivação, incapacidade, sub-rendimento, mau desempenho, baixa produtividade e o fraco envolvimento no trabalho e na vida em geral. Também as doenças ou comportamentos nocivos podem ser atribuídas ao stress como o consumo excessivo de tabaco, álcool e drogas (que não são uma doença, mas que a podem provocar), perturbações gastrointestinais, doenças cardiovasculares, o cancro, a depressão, distúrbios de ansiedade, *burnout* (condição de exaustão definida pela desistência, cinismo e distanciamento emocional), perturbações sexuais, perturbações do sono, lapsos de memória e morte (Ramos, 2001).

4.2.1. Os custos com o stress. No contexto organizacional as consequências do stress estão intimamente ligadas às consequências individuais e podem representar custos elevados para a organização como o absentismo, a grande rotatividade de pessoas, greves, baixo desempenho, acidentes de trabalho, custos de saúde, compensações e indemnizações. Indiretamente relacionados podem ser identificados a perda de vitalidade, as falhas de comunicação, a qualidade das relações interpessoais, os erros na tomada de decisões e as oportunidades perdidas (Ramos 2001).

De acordo com o documento elaborado pelo Observatório Europeu dos Riscos, da EU-OSHA, *Cálculo do custo do stresse e dos riscos psicossociais relacionados como trabalho* (2014), o stress acarreta custos a nível social, organizacional, setorial e obviamente individual.

Ao nível social foi estimado pela Comissão Europeia, em 2002, que os custos ascenderiam aos 20 mil milhões de euros, que representa um custo entre 185 e 189 mil milhões de euros por ano. Ainda se acrescenta neste relatório que há estudos que indicam que “10% das doenças relacionadas com o trabalho têm a ver com o stresse” (EU-OSHA, 2014, p. 7)

Outro estudo realizado em 2013, que engloba os valores relacionados com absentismo e presentismo, perda de produtividade, custos de cuidados de saúde e os custos da segurança social sob a forma de pagamentos de subsídios de invalidez, revela que o custo com a depressão relacionada com o trabalho na Europa representa 617 mil milhões de euros anuais. (EU-OSHA, 2014).

Para as organizações o custo dos riscos psicossociais representa essencialmente a “relação custo-eficácia das intervenções no local de trabalho” (EU-OSHA, 2014, p. 13), mas trata-se de uma estimativa difícil de fazer, apesar de se saber que os problemas psicossociais e o stress relacionados com o trabalho levaram a um aumento das taxas de absentismo e de rotatividade da mão de obra, acompanhado de uma diminuição da produtividade e do desempenho.” (p. 13). O Sainsbury Mental Health Center (2007) indica o custo do stress no valor de cerca de 1220€ por trabalhador anualmente, dos quais cerca de 32,4% são atribuídos ao absentismo, cerca de 58.4% ao “presentismo” e 9,2% à rotatividade da mão de obra. “Em 2001, Hoel *et al.* estimaram que 30% das baixas por doença são causadas diretamente pelo stress” (p. 13) e esses valores parecem aumentar à medida que avaliamos mais dimensões relacionadas ao stress (EU-OSHA, 2014).

Ao nível setorial foram analisados vários setores, entre eles a construção onde se estima a perda de 1,5 milhões de dias de trabalho e 160 milhões de euros devido a perturbações psicossociais. Na área da Educação, estima-se a perda de 213 300 dias de trabalho e cerca de 21 milhões de euros, devido ao stress. Nos Cuidados de Saúde 25% das doenças que provocam ausências ao trabalho estão relacionadas com “stress, ansiedade e depressão” (EU-OSHA, 2014, p. 14) e representam cerca de 477 milhões de euros. Na Administração Pública há estimativas que apontam para perdas na ordem dos 22,8 milhões de dias por ano e perdas na ordem dos 2,51 mil milhões de euros, em que se acredita que as perturbações psicossociais têm um grande peso (EU-OSHA, 2014).

As comparações entre países e entre setores são muito difíceis de fazer e envolvem muitas variáveis que podem alterar a interpretação dos resultados, mas os resultados claramente mostram que os encargos financeiros com o stress e os riscos psicossociais são significativos (EU-OSHA, 2014).

4.3. Os Riscos Psicossociais à Luz da Legislação e das Coordenadas Internacionais

O Relatório Europeu sobre avaliação de riscos psicossociais da campanha de inspeção do SLIC (*Committee of Senior Labour Inspectors*), em 2012 revela, não só a preocupação crescente que este assunto levanta ao nível das altas decisões europeias, como a necessidade emergente ao nível da intervenção nos países Europeus. Neste relatório, onde Portugal ficou em segundo lugar no número de visitas à versão inglesa de autoavaliação, atrás apenas da

Suécia, percebeu-se um desenvolvimento nesta área ao longo do período de investigação. Em alguns países não havia ferramentas respeitantes aos riscos psicossociais no início do período, as quais estão agora disponíveis em todos os países e considera-se neste relatório que a longo prazo o conhecimento adquirido e a disponibilização de ferramentas de avaliação vai representar melhorias no que diz respeito aos riscos psicossociais (SLIC, 2012).

Em 2013, em Portugal, foi divulgado o *Guia informativo para a prevenção e combate de situações de assédio no local de trabalho: um instrumento de apoio à autorregulação*, sob coordenação do CITE (Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego) (CITE, 2013). Entre 2014 e 2015, a EU-OSHA desenvolveu uma ação nacional sobre a *Gestão do Stress e dos riscos psicossociais no trabalho* (EU-OSHA, 2013) e em 2016-2017 outra campanha intitulada *Locais de trabalho saudáveis para todas as idades* (EU-OSHA, 2016).

No que diz respeito à legislação, existe atualmente em Portugal um documento que pretende regular as condições de saúde e segurança no trabalho, a Lei n.º 3/2014, de 28 de janeiro. Este regulamento aplica-se a todos os ramos de atividade, em todos os setores e a todos os trabalhadores ou empregadores e pressupõe o direito do trabalhador à “prestação de trabalho em condições que respeitem a sua segurança e a sua saúde” (art.º 5º, n.º 1). Sobre os riscos profissionais o regulamento tem como princípio que a sua prevenção “deve assentar numa correta e permanente avaliação de riscos” (art.º 5º, n.º 3). Neste regulamento são previstos a consulta aos trabalhadores, com vista à obtenção de parecer, a informação dos trabalhadores adequada e atualizada, bem como a formação dos trabalhadores no domínio da segurança e saúde no trabalho. Existe, neste regulamento referência aos riscos físicos, químicos e biológicos, bem como à preservação do património genético, mas a referência clara aos riscos psicossociais ainda não existe, apesar de poder ser enquadrada em grande parte do regulamento e, como se verá de seguida, se incluir nas questões de promoção da saúde.

Também o Código do Trabalho (Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro) tem referências às questões relacionadas com os riscos psicossociais, a que a mais recente alteração, Lei n.º 73/2017, de 16 de agosto dá ênfase às questões psicossociais relativas ao trabalhador ao reforçar o quadro legislativo para a prevenção da prática de assédio, tanto no setor privado como na Administração Pública. No Código do Trabalho são referidos os direitos do trabalhador relativamente às condições de segurança e saúde e imputada ao empregador a responsabilidade de “assegurar aos trabalhadores condições de segurança e saúde em todos os aspetos relacionados com o trabalho” (Lei n.º 7/2009, art.º 281º, n.º 2).

4.4. Ferramentas de Avaliação dos Riscos Psicossociais

A dificuldade em medir as questões psicológicas do ser humano é uma realidade que não se deve ignorar (Silva et al., 2012), mas a priorização dos fatores psicossociais e o impacto financeiro que as perturbações associadas representam impulsiona esta medição. Existem várias ferramentas previamente construídas disponíveis para medir os riscos psicossociais, tais como o Questionário de Stress para Profissionais de Saúde, o Questionário de Vulnerabilidade ao Stress, a *Escala de valoración de los riesgos psicossociales* ou o Questionário Psicossocial de Copenhaga.

O Questionário de Stress para Profissionais de Saúde avalia “as potenciais fontes de stress no exercício da atividade profissional dos profissionais da saúde” (Bogalho, 2017, p.64) e integra as dimensões: lidar com clientes, excesso de trabalho, carreira e remuneração, relações profissionais, ações de formação e problemas familiares.

O Questionário de Vulnerabilidade ao Stress – 23 QVS permite “avaliar a vulnerabilidade do indivíduo perante uma situação indutora de stress” (Caçote & Faria, 2015, p. 52) analisando o perfeccionismo e intolerância à frustração, inibição e dependência, carência de apoio social, condições de vida adversas, dramatização da existência, subjugação e privação de afeto e rejeição.

A *Escala de Valoración de los riesgos psicossociales*, traduzido e adaptado por Gonçalves e Veiga (2014), avalia as dimensões tempo de trabalho, carga de trabalho, exigências psicológicas, autonomia, relações e apoio social, desempenho, preocupação com o trabalhador, supervisão dos superiores e participação.

O Questionário Psicossocial de Copenhaga avalia as exigências laborais, a organização do trabalho e conteúdo, as relações sociais e liderança, a interface trabalho-indivíduo, os valores no local de trabalho, a personalidade, a saúde e o bem-estar e os comportamentos ofensivos, apresentando um grande espectro de aspetos e uma abordagem multidimensional (Silva et al., 2012), pelo que foi a ferramenta selecionada para aplicar neste estudo.

PARTE B – COMPONENTE PRÁTICA

CAPÍTULO V – METODOLOGIA DO ESTUDO EMPÍRICO

Pretende-se com este capítulo apresentar sumariamente a metodologia e o plano de investigação levados a cabo no presente estudo empírico, os objetivos e as hipóteses testadas, a população e a amostra do estudo, os instrumentos de recolha e os procedimentos que decorreram ao longo da realização do estudo.

Esta investigação pretende fazer um estudo exploratório descritivo sobre os riscos psicossociais dos cuidadores formais das IPSS da vila de Fátima, através da aplicação do instrumento COPSQ II (Questionário Psicossocial de Copenhaga). A metodologia utilizada é quantitativa, através da aplicação de um questionário numérico. A escolha do tema surgiu naturalmente como preocupação da investigadora no decorrer da sua função profissional como Diretora Técnica de uma ERPI. A preocupação associada aos riscos psicossociais e em tornar cada local de trabalho um local de trabalho saudável é cada vez mais uma realidade no seio de qualquer organização, sendo que na Europa o stress atinge 22% da população trabalhadora e em Portugal cerca de 28% (EU-OSHA, 2014).

A pergunta de partida que norteia esta pesquisa é “Quais os fatores de risco psicossocial a que o cuidador formal de idosos dependentes está exposto e quais os seus níveis de stress?”. Procurando ir ao encontro das respostas à questão de partida, procurou-se: i) Identificar os riscos psicossociais da função de cuidador formal de idosos dependentes; ii) Comparar os resultados dos riscos psicossociais dos cuidadores formais de idosos dependentes com a população portuguesa; iii) Relacionar os riscos psicossociais com variáveis demográficas e profissionais do cuidador formal de idosos dependentes e iv) Identificar os níveis de stress do cuidador formal de idosos dependentes e v) Perceber quais as sugestões do cuidador formal de idosos dependentes para melhorar o seu local de trabalho. Neste capítulo, criaram-se hipóteses com o intuito de alcançar os objetivos definidos.

5.1. Desenho Metodológico

A investigação apresentada pretende fazer um estudo exploratório através de uma metodologia quantitativa, sobre os riscos psicossociais dos cuidadores formais de idosos dependentes nas IPSS da vila de Fátima, através da aplicação do instrumento COPSQ II, complementado por questões de foro sociodemográfico, profissional e de opinião sobre boas práticas no local de trabalho.

Seguidamente apresentar-se-ão os objetivos e as questões que orientam a investigação. Como dizem Quivy & Campenhoudt (2005) “este conjunto estruturado e coerente, composto por conceitos e hipóteses articulados entre si, constitui aquilo a que se chama o modelo de análise de uma investigação. Construí-lo equivale, portanto, a elaborar um sistema coerente de conceitos e de hipóteses operacionais” (p. 104).

5.2. Objetivos

Com esta investigação pretende-se, como já se disse, investigar o cuidador formal de idosos dependentes ao nível dos riscos psicossociais a que pode estar sujeito no âmbito da sua intervenção profissional.

A dissertação que agora se apresenta tem como objetivo geral de investigação:

Perceber quais os fatores de risco psicossocial a que o cuidador formal de idosos dependentes está exposto e quais os seus níveis de stress.

Os objetivos específicos a que esta investigação se propões atingir são:

1. *Identificar os riscos psicossociais da função de cuidador formal de idosos dependentes.*
2. *Comparar os resultados dos riscos psicossociais dos cuidadores formais de idosos dependentes com a população portuguesa.*
3. *Relacionar os riscos psicossociais com variáveis demográficas e profissionais do cuidador formal de idosos dependentes.*
4. *Identificar os níveis de stress do cuidador formal de idosos dependentes.*
5. *Perceber quais as sugestões do cuidador formal de idosos dependentes para melhorar o seu local de trabalho.*

5.3. Hipóteses

Quivy & Campenhoudt (2005) referem que “o objetivo da investigação é responder à pergunta de partida. Para este efeito, o investigador formula hipóteses” (p. 211). Assim, a pergunta de partida que orienta toda a investigação é:

Quais os fatores de risco psicossocial a que o cuidador formal de idosos dependentes está exposto e quais os seus níveis de stress?

A partir da revisão da literatura e da pergunta de partida foram deduzidas hipóteses que estabelecem o foco da investigação, pelo que se procurará confirmar, através da análise estatística dos dados, as seguintes hipóteses:

- H1. Os fatores psicossociais que representam um risco severo para o cuidador formal de idosos dependentes são diferentes dos da população portuguesa.
- H2. Os fatores psicossociais com situação favorável para o cuidador formal de idosos dependentes são diferentes dos da população portuguesa.
- H3. A idade dos cuidadores formais de idosos dependentes é um fator diferenciador nos resultados dos riscos psicossociais e particularmente do stress.
- H4. Há diferenças nos riscos psicossociais entre os cuidadores formais de idosos dependentes que exercem há mais tempo e os que exercem há menos tempo.
- H5. Os cuidadores que exercem funções em turnos rotativos apresentam maiores níveis de risco que os que exercem funções em turnos fixos.
- H6. Há diferenças de resultados dos fatores psicossociais entre as diferentes remunerações.
- H7. Há diferenças nos resultados dos fatores psicossociais entre os cuidadores contratados a termo certo e aqueles contratados sem termo.

5.4. Variáveis

Nesta investigação estão presentes variáveis dependentes e independentes que se mostram fulcrais para a explicação de um fenómeno e para a definição do modelo de análise.

Como variáveis independentes surgem aquelas que caracterizam os cuidadores ao nível sociodemográfico e profissional: sexo, idade, habilitações literárias, estado civil, número de filhos, função, tipo de contrato, vínculo, carga horária, tempo de serviço na função, tempo de serviço na instituição, turnos, distância do trabalho, forma de deslocação para o trabalho, clientes cuidados por dia, em média, tempo de baixa nos últimos seis meses e remuneração líquida.

Como variáveis dependentes surgem os fatores de risco que compõem o COPSOQ II: exigências quantitativas, ritmo de trabalho, exigências cognitivas, exigências emocionais, influência no trabalho, possibilidades de desenvolvimento, previsibilidade, transparência do papel laboral desempenhado, recompensas, conflitos laborais, apoio social de colegas, apoio social de superiores, comunidade social no trabalho, qualidade da liderança, confiança

horizontal, confiança vertical, justiça e respeito, autoeficácia, significado do trabalho, compromisso face ao local de trabalho, satisfação no trabalho, insegurança laboral, saúde geral, conflito trabalho-família, problemas em dormir, *burnout*, *stress*, sintomas depressivos e comportamentos ofensivos.

5.5. Participantes

Os cuidadores formais de idosos dependentes em Portugal, universo do presente estudo, são englobados na categoria de trabalhadores sociais, onde representam uma maioria.

Na freguesia de Fátima, de acordo com a Carta Social, podem ser encontradas cinco instituições para idosos com estatuto de IPSS, e ainda oito com fins lucrativos, onde se evidenciam as ERPI, havendo apenas duas instituições que tem também as respostas sociais de Serviço de Apoio Domiciliário e duas com Centro de Dia (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2017).

Para a presente investigação, a população alvo constitui-se pelos cuidadores formais de idosos dependentes que colaboram nas ERPI das instituições com categoria de IPSS, no sentido de permitir a uniformização dos resultados, localizadas na freguesia de Fátima. Aqui residem cerca de 271 pessoas idosas (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2017), apoiadas por cerca de 100 profissionais, entre os quais a sua maioria são cuidadores formais, aqui considerados todos aqueles que prestam cuidados básicos ao idoso, seja no âmbito da higiene, alimentação, saúde, ou outros de primeira necessidade, bem como no âmbito da ocupação, com contacto direto com o idoso.

A amostra, que integra os participantes da investigação, selecionada por conveniência, é constituída pelos cuidadores formais de idosos dependentes, que colaboram em três IPSS localizadas na vila de Fátima (Fundação Arca da Aliança, Lar Santa Beatriz da Silva e Santa Casa da Misericórdia de Fátima Ourém) e que aceitaram colaborar no sentido de convidar os seus cuidadores a responder aos questionários.

A implementação dos instrumentos de recolha de dados foi realizada de acordo com as normas atuais de proteção de dados pessoais (Regulamento Geral de Proteção de Dados - Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016) com o consentimento informado de todos os participantes, quer sejam indivíduos ou instituições participantes. Os questionários foram aplicados na presença da investigadora, precedido do respetivo esclarecimento sobre o procedimento, regras, objetivos e utilização dos resultados, de

forma a apoiar no surgimento de dúvidas e garantir o correto preenchimento das respostas. Ainda assim foram anulados os resultados de três respondentes pelo não preenchimento correto do instrumento, de forma significativa (ausência de respostas ou duas respostas para a mesma pergunta, em questões de resposta obrigatória).

Assim, foram distribuídos 56 questionários, sendo o número de respostas válidas 53 (n), o que corresponde a uma taxa de resposta de 56% perante o total da população alvo. Na tabela 2 podem observar-se as características sociodemográficas da amostra.

É de salientar a representatividade da amostra perante o universo de cada instituição. Responderam ao questionário 95.45% ($n = 21$; Universo = 22) dos cuidadores da Santa Casa da Misericórdia Fátima Ourém, 48.28% ($n = 14$; Universo = 29) dos cuidadores que prestam serviço no Lar Santa Beatriz da Silva e 52.94% ($n = 18$; Universo = 34) dos cuidadores que colaboram no Solar das Bem-Aventuranças da Fundação Arca da Aliança, conforme se pode ver na tabela 1, onde n representa o número de respondentes e % a percentagem perante o todo.

Tabela 1 Caracterização da amostra perante cada instituição

| Instituições | Universo | n | % |
|---|----------|-----|--------|
| Santa Casa da Misericórdia Fátima Ourém | 22 | 21 | 95.45% |
| Lar Santa Beatriz da Silva | 29 | 14 | 48.28% |
| Fundação Arca da Aliança – Solar das Bem-aventuranças | 34 | 18 | 52.94% |

Nota. Elaboração própria.

Analisando descritivamente as características sociodemográficas dos cuidadores inquiridos no seu todo, conforme se pode observar na tabela 2 percebe-se que a esmagadora maioria dos inquiridos é do sexo feminino (98.11%; $n = 52$), com idades compreendidas entre 20 e 63 anos, sendo a média de idades aproximadamente 46 anos (DP = 12.06).

Relativamente ao estado civil, a maioria dos cuidadores são casados (60.38%; $n = 32$), seguindo-se os solteiros ou divorciados (28.30%; $n = 15$) e finalmente os viúvos (5.66%; $n = 3$). O número de filhos destes cuidadores varia entre 0 e 10, apresentando-se a média no valor de 1.91 (DP = 1.64).

No que respeita às habilitações literárias, 19.15% ($n = 9$) dos inquiridos têm 4 anos de escolaridade ou menos, 23.40% ($n = 11$) têm o 6º ano, 34.04% ($n = 16$) têm o 9º ano, 14.89% ($n = 7$) têm o ensino secundário e 8.51% ($n = 4$) têm o ensino superior.

Tabela 2 Caracterização Sociodemográfica dos Cuidadores (n = 53)

| Características | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão |
|-------------------------|------------------------|--------|----------|---------------|
| Idade | 20 | 63 | 45.67 | 12.06 |
| Número de filhos | 0 | 10 | 1.91 | 1.64 |
| | | | <i>n</i> | % |
| Sexo | Masculino | | 1 | 1.89 |
| | Feminino | | 52 | 98.11 |
| Estado Civil | Solteiro ou divorciado | | 15 | 28.30 |
| | Casado | | 32 | 60.38 |
| | Viúvo | | 3 | 5.66 |
| | Não responderam | | 3 | 5.66 |
| Habilitações Literárias | Até 4º Ano | | 9 | 19.15 |
| | 6º Ano | | 11 | 23.40 |
| | 9º Ano | | 16 | 34.04 |
| | Ensino Secundário | | 7 | 14.89 |
| | Ensino Superior | | 4 | 8.51 |

Nota. Elaboração própria.

5.6. Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento selecionado para ser utilizado nesta investigação foi o inquérito por questionário. Este inquérito por questionário foi composto por uma nota introdutória, questionário sociodemográfico, questionário de perfil profissional, o COPSOQ II, que se apresenta no ponto seguinte, e uma pergunta aberta sobre sugestões de melhorias para o local de trabalho. Na nota introdutória é explicado o objetivo do instrumento, o contexto da investigação e o tempo estimado de resposta. No questionário sociodemográfico pede-se para o respondente identificar o sexo, a idade, o estado civil, o número de filhos e as habilitações literárias. No questionário de perfil profissional são colocadas perguntas relacionadas com a atividade profissional, a função exercida, o tempo de serviço na função e na instituição, o vínculo laboral, a carga horária, se trabalha por turnos, a distância a que mora do trabalho e a forma de deslocação utilizada, o tempo utilizado de baixa médica e a remuneração líquida. Na pergunta sobre locais de trabalho saudáveis os cuidadores inquiridos são convidados a indicar as suas próprias sugestões para melhorar o seu local de trabalho, através de uma pergunta aberta.

Relativamente à avaliação psicossocial, “há um consenso generalizado de que a medição psicossociológica é deveras difícil” (Silva et al., 2012, p. 1), mas a priorização dos fatores psicossociais e o impacto financeiro que as perturbações associadas representam

impulsiona esta medição. Como resultado de várias colaborações existe a, já referida, ferramenta em forma de questionário, o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSQ II* – desenvolvido e validado por Kristensen e Borg e validado para a população portuguesa pela equipa de Carlos Fernandes da Silva e Fundação para a Ciência e Tecnologia (Silva et al., 2012), selecionado pela investigadora desta dissertação no decorrer da revisão bibliográfica, cujo principal objetivo é a prevenção das consequências dos riscos psicossociais pretendendo identificar o problema e a sua origem e permitir o desenho de soluções adequadas.

5.6.1. Questionário Psicossocial de Copenhaga – COPSQ II. O COPSQ II (que pode ser consultado no anexo A) “apresenta-se como um instrumento multidimensional, numa metodologia tripartida” (Silva et al., 2012, p. 3). Resultado de várias colaborações, é considerado um instrumento que abrange “uma ampla gama de aspetos, conceitos e teorias atuais” e “tenta lidar com a amplitude do constructo ‘fatores psicossociais’, mediante a aplicação de uma abordagem multidimensional, com um espectro muito amplo de aspetos verificados” (p.2). Segundo Silva et al. (2012) este instrumento baseia-se “no modelo de exigência e controlo, que tenta explicar o stress como consequência das elevadas exigências no trabalho e de um baixo apoio social” (p. 2). É defendido pelos autores que “este instrumento cobre a maior diversidade possível de dimensões psicossociais que possam existir no mundo do trabalho atual, suportadas pelas teorias mais aceites neste âmbito. Desta forma, o COPSQ II pode ser utilizado em qualquer tipo de trabalho” (p. 4).

O formato reformulado em 2007 tem uma aceitação e consenso internacionais, é considerado válido, moderno e compreensível. É composto por três versões, a versão curta é composta por 23 dimensões e 40 perguntas e destina-se à “autoavaliação dos trabalhadores ou a aplicação em locais de trabalho com menos de 30 trabalhadores”, a versão média é composta por 28 dimensões e 87 perguntas e destina-se à aplicação por parte de profissionais de saúde ocupacional, a versão longa é composta por 41 dimensões e 128 perguntas e é utilizada para fins de investigação. Validado para a população portuguesa através da versão média, aplicado a 4162 trabalhadores com uma consistência interna média de $\alpha = .72$. A versão selecionada para o presente estudo é a versão média pela sua adequabilidade ao público-alvo e para fins de investigação.

As dimensões presentes no questionário “medem indicadores de exposição (riscos psicossociais) e indicadores do seu efeito (saúde, satisfação e stress)” (Silva et al., 2012, p. 4). Os objetivos deste instrumento passam por prevenir as consequências dos riscos psicossociais,

identificar os problemas e delinear as soluções adequadas para a sua resolução. O COPSOQ II permite a “obtenção de valores de referência da população ativa por fatores sociodemográficos e setores profissionais, permitindo comparações de nível de exposição aos fatores de risco entre os colaboradores” (Silva et al., 2012, p. 4). O instrumento também permite a aplicação isolada de determinadas subescalas no sentido de avaliar determinadas características, adaptando o questionário à realidade laboral que se pretende avaliar, não sendo possível, no entanto, acrescentar ou alterar o seu conteúdo ou as questões (Silva et al., 2012).

O COPSOQ II é um questionário com indicações claras quanto à sua aplicação e utilização onde o envolvimento do avaliado é primordial, a aplicação é pessoal e voluntária e as respostas são anónimas e confidenciais. As dimensões avaliadas no questionário são (i) as exigências laborais, (ii) a organização do trabalho e conteúdo, (iii) as relações sociais e liderança, (iv) a interface trabalho-indivíduo, (v) os valores no local de trabalho, (vi) a personalidade, (vii) a saúde e o bem-estar e (viii) os comportamentos ofensivos (Silva et al., 2012). Cada uma destas dimensões é composta por vários itens, conforme mostra a tabela 3.

Tabela 3 Número de itens e subescalas da versão média da versão portuguesa do COPSOQ II.

| Dimensões/ fatores de risco | Nº itens |
|---|-----------------|
| Exigências laborais | |
| Exigências quantitativas | 3 |
| Ritmo de trabalho | 1 |
| Exigências cognitivas | 3 |
| Exigências emocionais | 1 |
| Organização do trabalho e conteúdo | |
| Influência no trabalho | 4 |
| Possibilidades de desenvolvimento | 3 |
| Significado do trabalho | 3 |
| Compromisso face ao local de trabalho | 2 |
| Relações sociais e de liderança | |
| Previsibilidade | 2 |
| Recompensas (reconhecimento) | 3 |
| Transparência do papel desempenhado | 3 |
| Conflitos de papéis laborais | 3 |
| Qualidade da liderança | 4 |
| Apoio social de superiores | 3 |
| Apoio social de colegas | 3 |
| Interface trabalho-indivíduo | |
| Insegurança laboral | 1 |
| Satisfação laboral | 4 |
| Conflito trabalho-família | 3 |
| Valores no local de trabalho | |
| Confiança vertical | 3 |
| Confiança horizontal | 3 |
| Justiça e respeito | 3 |
| Comunidade social no trabalho | 3 |
| Personalidade | |
| Autoeficácia | 2 |
| Saúde e bem-estar | |
| Saúde geral | 1 |

| | |
|---------------------------------|----------|
| Stress | 2 |
| Burnout | 2 |
| Problemas em dormir | 2 |
| Sintomas depressivos | 2 |
| Comportamentos ofensivos | 4 |

Fonte: Silveira et al., 2012, p. 8

A escala de resposta aplicada é uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, onde 1 – Nunca/quase nunca, 2 – Raramente, 3 – Às vezes, 4 – Frequentemente e 5 – Sempre ou 1 – Nada/quase nada, 2 – Um pouco, 3 – Moderadamente, 4 – Muito e 5 – Extremamente. Os itens invertidos na versão média são o 42 e 45, pois assumem um sentido oposto aos restantes itens do mesmo fator (Silva et al., 2012).

De acordo com os autores, a interpretação dos resultados é realizada de forma tripartida por fator de risco, onde, consoante o fator, a média maior ou menor pode representar uma situação favorável para a saúde, situação intermédia ou de risco para a saúde (Silva et al., 2012). As dimensões cujo valor representa um risco para a saúde à medida que aumentam os seus valores médios são as “exigências quantitativas”, o “ritmo de trabalho”, as “exigências cognitivas”, as “exigências emocionais”, os “conflitos de papéis laborais”, a “confiança horizontal”, a “insegurança laboral”, o “conflito trabalho-família”, a “saúde geral”, o “stress”, o “burnout”, “problemas em dormir”, “sintomas depressivos” e “comportamentos ofensivos”, ao passo que as dimensões cujo valor representa uma situação favorável à medida que aumentam os seus valores médios são a “influência no trabalho”, as “possibilidades de desenvolvimento”, o “significado do trabalho”, o “compromisso face ao local de trabalho”, a “previsibilidade”, as “recompensas”, a “transparência do papel desempenhado”, a “qualidade da liderança”, o “apoio social de superiores”, o “apoio social de colegas”, a “satisfação laboral”, a “confiança vertical”, a “justiça e respeito”, a “comunidade social no trabalho” e a “autoeficácia” (Fernandes, 2017, p.28).

5.7. Procedimentos

Foi realizado um pré-teste, no sentido de testar a interpretação das questões sociodemográficas e profissionais, aplicado a seis cuidadores, após o qual se procedeu à alterações necessárias para a melhor interpretação das questões.

A aplicação do questionário foi feita nas três instituições de Fátima com estatuto de IPSS que aceitaram colaborar no estudo, Fundação Arca da Aliança (Solar das Bem-Aventuranças), Lar Santa Beatriz da Silva e Santa Casa da Misericórdia Fátima Ourém, durante

os meses de fevereiro e março de 2018, convidadas por telefone ou pessoalmente e formalizada a colaboração através de correio eletrónico, conforme anexo C.

Inicialmente foram contactadas as quatro instituições existentes na freguesia, no sentido de solicitar autorização e apoio para a aplicação do questionário, ao que as três instituições participantes responderam positivamente e se mostraram bastante interessadas na investigação, manifestando interesse em receber um relatório final com os resultados, conforme oferecido pela investigadora, como se pode observar no anexo D.

A aplicação dos questionários foi feita em suporte de papel, de forma presencial, em grupos divididos em dois ou três momentos em cada instituição, de modo a conseguir alcançar o maior número possível de cuidadores, consoante os diferentes turnos. Cada respondente foi informado dos objetivos do questionário, da confidencialidade dos dados e da garantia de anonimato, assinando para isso um termo de consentimento informado, conforme anexo B, de acordo com as recomendações do Regulamento Geral de Proteção de Dados Pessoais (Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016). As respostas ao questionário foram realizadas de forma voluntária, individual e com a total disponibilidade da investigadora na prestação de qualquer tipo de apoio, embora sem a intervenção direta da mesma de forma a não condicionar as respostas e eventualmente enviar os resultados. Posteriormente à realização das reuniões e aplicação dos questionários foi enviado um agradecimento a cada instituição, conforme anexo E.

Os resultados do COPSOQ II foram obtidos através da introdução de dados na aplicação disponível na página oficial da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) (13-08-2018).

Após a recolha de dados, os mesmos foram introduzidos no programa informático IBM® SPSS *Statistics* 23 (Para 64bits), onde foram tratados e analisados. A análise estatística deste estudo contou com a aplicação de diferentes procedimentos estatísticos no sentido de analisar os dados e verificar as hipóteses: i) Estatística descritiva: média como medida de tendência central e medidas de dispersão como o desvio padrão, frequências e amplitude; ii) Estatística correlacional ou indutiva: Teste *t* para uma amostra, teste não paramétrico de *Kruskall-Wallis*, teste não paramétrico de *Mann-Whitney*.

5.8. Cronograma

A dissertação de mestrado apresentada decorreu desde setembro de 2017, até setembro de 2018, desde a fase da pesquisa e revisão bibliográfica, elaboração dos instrumentos

de recolha de dados e sua aplicação, até à análise de resultados e revisão da dissertação, com a seguinte configuração temporal:

Tabela 4 Cronograma de execução da dissertação.

| Atividades/ Tempo | 2017 | | | | | 2018 | | | | | | | |
|--|------|---|---|---|---|------|---|---|---|---|---|---|---|
| | S | O | N | D | J | F | M | A | M | J | J | A | S |
| Elaboração do Plano de Dissertação | x | x | | | | | | | | | | | |
| Entrega do Plano de Dissertação | | x | | | | | | | | | | | |
| Aprovação do Plano | | x | | | | | | | | | | | |
| Início da Dissertação | | x | | | | | | | | | | | |
| Revisão da Bibliografia | x | | x | x | x | x | x | x | | | | | x |
| Elaboração dos instrumentos de recolha de dados | | x | x | x | | | | | | | | | |
| Contactos para obtenção de autorização de recolha de dados | | | | | x | x | | | | | | | |
| Aplicação dos instrumentos de recolha de dados | | | | | | x | x | | | | | | |
| Análise e tratamento dos dados obtidos | | | | | | | x | x | x | x | x | | |
| Elaboração escrita da Dissertação | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | |
| Revisão da Dissertação | | | | | | | | | | | | x | x |
| Finalização e entrega da Dissertação | | | | | | | | | | | | | x |

CAPÍTULO VI – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados da investigação sobre os riscos psicossociais que podem afetar os cuidadores formais de idosos, indo ao encontro dos objetivos previamente fixados.

Como referido anteriormente, foi utilizado o programa informático IBM® SPSS *Statistics* 23 (Para 64bits), para a análise de dados, bem como a plataforma informática disponível no site da OPP para análise do COPSOQ II.

Ao nível do tratamento de dados recorreu-se a diferentes procedimentos estatísticos, como também já se referiu, para a análise descritiva foram utilizados cálculo de frequências e percentagens, determinação da média e desvio-padrão, valores máximos e mínimos, para a análise correlacional e verificação das hipóteses utilizaram-se o teste *t* para uma amostra, o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis e o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

De seguida, apresentam-se os resultados da análise descritiva para caracterizar a população e a análise correlacional ou indutiva para verificar as hipóteses colocadas.

5.1. Análise Descritiva

5.1.1. Participantes. Como já houve oportunidade de observar, aquando da caracterização sociodemográfica dos cuidadores, os resultados desta investigação apresentam-se para uma esmagadora maioria de mulheres, com uma média de idades de cerca 45.67 anos, na sua maioria casadas, com 1.91 filhos e que tem uma escolaridade de 4º, 6º ou 9º ano.

Ao nível da caracterização profissional dos inquiridos, conforme a tabela 5, observou-se que 90.57% são ajudantes de ação direta ($n = 48$) e os restantes 9.43% ($n = 5$) são técnicos, entre enfermeiros, psicólogos ou animadores socioculturais.

Destes profissionais quase metade tem vínculo laboral com termo certo (47.17%; $n = 25$) e 43.40% ($n = 23$) tem vínculo laboral sem termo. Existe apenas uma pessoa com contrato de trabalho com termo incerto (1.89%) e houve quatro pessoas que não responderam (7.55%).

A carga horária destes cuidadores é maioritariamente a tempo inteiro (90.57%; $n = 48$), havendo apenas dois inquiridos que trabalham a tempo parcial (3.77%) e três que não responderam (5.66%). O número de cuidadores que trabalha por turnos varia de forma pouco acentuada, 49.06% ($n = 26$) afirma trabalhar por turnos, enquanto 39.62% ($n = 21$) afirma que

não. Destes últimos há cuidadores que prestam o seu serviço em horário diurno e outros em horário noturno. Seis pessoas (11.32%) não responderam.

No que diz respeito ao tempo de serviço, os cuidadores foram inquiridos sobre o tempo em que estão na função e na instituição, mas os valores entre as duas situações variam muito pouco, pelo que se pode inferir que na maioria dos casos coincide o tempo de serviço com o tempo na instituição. Os valores variam entre 0 e 28 anos em ambas as situações, sendo a média para o tempo de serviço na função de 6.51 (DP = 6.40) e para o tempo de serviço na instituição de 6.29 (DP = 7.04).

Tentou perceber-se a distância a que vivem do local de trabalho e os valores apresentam-se entre 1 e 45 quilómetros, sendo a média de 9.66 (DP = 9.02). Na sua maioria deslocam-se em transporte próprio (86.79%; $n = 46$), não há ninguém que se desloque em transportes públicos, 3.77% ($n = 2$) vai de boleia para o trabalho e 7.55% ($n = 4$) vão a pé, uma pessoa (1.89%) não respondeu.

Questionaram-se ainda os cuidadores sobre o tempo em que estiveram ao abrigo da incapacidade temporária para o trabalho (baixa médica) nos últimos seis meses e as respostas variaram entre 0 e 6 meses, sendo a média de .43 meses (DP = 1.28).

Finalmente, ao nível da remuneração líquida que auferem os valores variam entre 390€ e 1023€, apresentando-se a média nos 586.94 (DP = 106.02).

Tabela 5 Caracterização Profissional dos Cuidadores ($n = 53$)

| Características | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão |
|--|-------------------------|--------|-----------------|-----------------|
| Tempo de Serviço na Função (em anos) | 0 | 28 | 6.51 | 6.40 |
| Tempo de serviço na instituição (em anos) | 0 | 28 | 6.29 | 7.04 |
| Distância a que mora do trabalho | 1 | 45 | 9.66 | 9.02 |
| Tempo de baixa nos últimos 6 meses (em meses) ($n=50$) | 0 | 6 | .43 | 1.28 |
| Remuneração líquida | 390 | 1023 | 586.94 | 106.02 |
| | | | <i>n</i> | <i>%</i> |
| Função | Ajudante de Ação Direta | | 48 | 90.57 |
| | Técnico | | 5 | 9.43 |
| Vínculo profissional | Termo certo | | 25 | 47.17 |
| | Termo Incerto | | 1 | 1.89 |
| | Sem Termo | | 23 | 43.40 |
| | Não respondeu | | 4 | 7.55 |
| Carga Horária | Tempo Inteiro | | 48 | 90.57 |
| | Tempo Parcial | | 2 | 3.77 |

| | | | |
|-------------------------------------|----------------------|----|-------|
| | Não respondeu | 3 | 5.66 |
| | Sim | 26 | 49.06 |
| Trabalho por turnos | Não | 21 | 39.62 |
| | Não respondeu | 6 | 11.32 |
| | Transporte próprio | 46 | 86.79 |
| Forma de deslocação para o trabalho | Transportes Públicos | 0 | 0.00 |
| | Boleia | 2 | 3.77 |
| | A pé | 4 | 7.55 |
| | Não respondeu | 1 | 1.89 |

Nota. Elaboração própria.

5.1.2. Questionário Psicossocial de Copenhaga – COPSOQ II. De uma forma geral parece que a dimensão das respostas é bastante homogénea, pois os valores do desvio padrão de grande parte das respostas são baixos, no entanto, há alguns aspetos a considerar.

É importante relembrar qual a forma de análise das respostas a este questionário psicossocial. As dimensões assinaladas na tabela 6 com asterisco (*) são aquelas em que os valores representam um risco para a saúde à medida que aumentam os seus valores, enquanto as dimensões não assinaladas representam uma situação favorável à medida que os seus valores aumentam.

Será importante referir os valores médios e o intervalo entre o valor mínimo e máximo de algumas dimensões que podem indicar elevados valores de risco ou situações favoráveis.

Começando pelas dimensões que apresentam nível elevado de risco psicossocial (risco severo), como pode ser observado na tabela 6 e na figura 1 é de salientar a dimensão exigências cognitivas em que o valor mais baixo é 2.33 e o máximo 5, o que pode significar que nenhum dos cuidadores inquiridos considera que as exigências cognitivas são baixas, todas as respostas se situam no segundo e terceiro tercil (min. = 2.33; máx. = 5) e a média de respostas é de 3.68 (DP = .72), apresentando, assim, um risco severo. Também a influência no trabalho se apresenta com risco severo, apresentando uma amplitude entre 1 e 5 e uma média de 2.22 (DP = .94), o que pode apontar para uma baixa possibilidade de influência no trabalho que os cuidadores realizam, também resultando em risco severo.

No que diz respeito às dimensões que representam risco para a saúde, surgem como principais fatores de risco moderado (três dimensões com valores mais elevados) as dimensões exigências emocionais, com média de 3.66 (DP = 1.25), saúde geral que apresenta um intervalo menor de respostas (entre 2 e 5) e uma média de 3.26 (DP = .65) e finalmente conflito de papéis

laborais, com média de 2.98 (DP = .87). De referir que em quarto lugar surge a dimensão burnout com média de 2.97 (DP = 1.09). Em compensação as dimensões que se apresentam como favoráveis são encabeçadas por comportamentos ofensivos com média de 1.25 (DP = .47) e com intervalo de valores entre 1 e 3.25, seguido de sintomas depressivos, com média de 2.15 (DP = 1.03) e exigências quantitativas, com média de 2.16 (DP = .77).

Relativamente às dimensões com influência positiva, as dimensões que se apresentam como mais favoráveis são o significado do trabalho em primeiro lugar, com média de 4.38 (DP = .56) e intervalo de respostas entre 2.33 e 5, depois a transparência do papel laboral com média de 4.37 (DP = .70) e intervalo de respostas entre 2 e 5, e finalmente a confiança vertical com média de 3.99 (DP = .76) e intervalo de respostas entre 2 e 5. Em contrapartida, as dimensões que se apresentam como potenciais situações de risco moderado são o apoio social dos superiores, com média de 3.13 (DP = .89) e amplitude de respostas normal, o compromisso face ao local de trabalho, com média de 3.43 (DP = .84) e amplitude de respostas entre 1.5 e 5, e finalmente a satisfação do trabalho com média de 3.48 (DP = .71) e amplitude de repostas entre 1.75 e 5.

Tabela 6 Resultados das Dimensões Psicossociais do COPSQ II (n = 53)

| Fatores Psicossociais | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão | Nível de Risco |
|---|--------|--------|-------|---------------|--------------------|
| Exigências quantitativas | 1 | 4 | 2.16 | .77 | Situação favorável |
| Ritmo de trabalho | 1 | 5 | 2.75 | 1.18 | Risco moderado |
| Exigências cognitivas | 2.33 | 5 | 3.68 | .72 | Risco severo |
| Exigências emocionais | 1 | 5 | 3.66 | 1.25 | Risco moderado |
| Influência no trabalho * | 1 | 5 | 2.22 | .94 | Risco severo |
| Possibilidades de desenvolvimento * | 1.33 | 5 | 3.95 | .81 | Sit. favorável |
| Previsibilidade * | 1 | 5 | 3.58 | 1.04 | Risco moderado |
| Transparência do papel laboral desempenhado * | 2 | 5 | 4.37 | .70 | Sit. Favorável |
| Recompensas * | 2.33 | 5 | 3.89 | .80 | Sit. Favorável |
| Conflitos laborais | 1 | 5 | 2.98 | .87 | Risco moderado |
| Apoio social de colegas * | 2 | 5 | 3.49 | .70 | Risco moderado |
| Apoio social de superiores * | 1 | 5 | 3.13 | .89 | Risco moderado |
| Comunidade social no trabalho * | 1 | 5 | 3.61 | .93 | Risco moderado |
| Qualidade da liderança * | 1.75 | 5 | 3.66 | .87 | Risco moderado |
| Confiança horizontal | 1 | 5 | 2.83 | .97 | Risco moderado |
| Confiança vertical * | 2 | 5 | 3.99 | .76 | Sit. Favorável |
| Justiça e respeito * | 1 | 5 | 3.61 | .84 | Risco moderado |
| Auto-eficácia * | 2.5 | 5 | 3.80 | .72 | Sit. Favorável |
| Significado do trabalho * | 2.33 | 5 | 4.38 | .56 | Sit. Favorável |

| | | | | | |
|---|------|------|------|------|----------------|
| Compromisso face ao local de trabalho * | 1.5 | 5 | 3.43 | .84 | Risco moderado |
| Satisfação no trabalho * | 1.75 | 5 | 3.48 | .71 | Risco moderado |
| Insegurança laboral | 1 | 5 | 2.92 | 1.59 | Risco moderado |
| Saúde geral | 2 | 5 | 3.26 | .65 | Risco moderado |
| Conflito trabalho-família | 1 | 5 | 2.40 | 1.04 | Risco moderado |
| Problemas em dormir | 1 | 5 | 2.57 | 1.21 | Risco moderado |
| Burnout | 1 | 5 | 2.97 | 1.09 | Risco moderado |
| Stress | 1 | 5 | 2.53 | .96 | Risco moderado |
| Sintomas depressivos | 1 | 5 | 2.15 | 1.03 | Sit. Favorável |
| Comportamentos ofensivos | 1 | 3.25 | 1.25 | .47 | Sit. favorável |

Nota. Elaboração própria. Os fatores psicossociais assinalados com asterisco são os fatores favoráveis, enquanto os não assinalados são os fatores de risco para saúde.

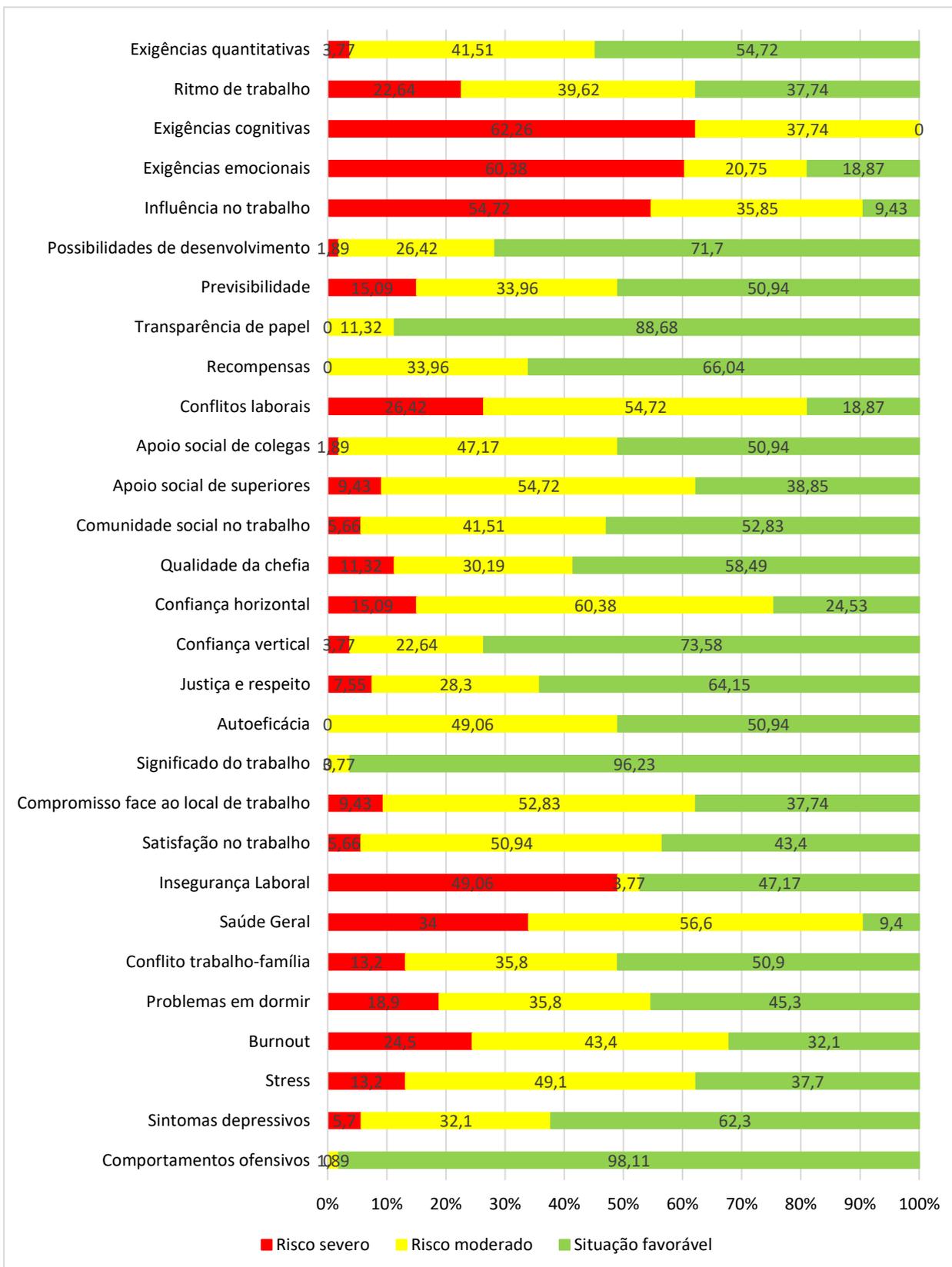


Figura 1 Tercis dos resultados das dimensões psicossociais do COPSQ II (n = 53). Nota. Elaboração própria.

5.1.3. Sugestões de melhoria do local de trabalho. Neste ponto serão apresentadas as melhorias para o local de trabalho sugeridas pelos cuidadores inquiridos.

A última questão do instrumento de recolha de dados colocava-se como uma pergunta aberta e facultativa que pedia para que cada respondente desse sugestões de melhorias que gostaria de ver no seu local de trabalho. Enquanto algumas pessoas deram realmente sugestões de melhorias, outras pessoas apontaram pontos sensíveis por si identificados como problemas ou dificuldades no seu dia-a-dia.

A sugestão mais vezes apontada ($n = 12$) como necessária para melhorar o local de trabalho dos cuidadores investigados relaciona-se com o apoio horizontal, comunidade social no trabalho e com o trabalho em equipa. A maioria dos cuidadores que deram sugestões focou este ponto tecendo frases como: “Colaboração entre todas as funcionárias”; “Haver mais respeito entre colegas antigos e as novas”; “Gostaria que as pessoas fossem mais diretas umas com as outras, ensinar, umas às outras, o trabalho porque sozinhos não conseguimos caminhar e todos juntos os problemas e aprendizagem do trabalho eram mais fáceis”. Percebe-se a importância que os cuidadores formais dão a estes fatores e a necessidade que se verifica em intervir no sentido de facilitar esta interação.

As restantes sugestões anotadas têm uma distribuição mais dispersa. Referidas por dois e até quatro cuidadores, identificam sugestões como a existência de mais apoio psicológico e dos superiores (como a criação de mais reuniões periódicas, por exemplo), mais justiça entre os colaboradores, mais tempo disponível para cada utente e para a prestação do cuidado, melhor equilíbrio entre a vida profissional e a familiar, melhores condições físicas e ainda dois cuidadores referiram não haver nada a apontar e ser tudo “ótimo” ou “perfeito”.

As sugestões referidas por apenas um cuidador, cada uma, vão ao encontro da melhoria dos horários, empenho no trabalho por parte da equipa, melhoria da remuneração e a falta de pessoal como problema e necessidade de resolução.

5.2 Teste das Hipóteses

Este ponto é dedicado à verificação da validade das hipóteses anteriormente formuladas onde se procura encontrar relações com significância estatística entre as variáveis em estudo.

5.2.1. H1: Os fatores psicossociais que representam um risco severo para o cuidador formal de idosos dependentes são diferentes dos da população portuguesa.

Pretende-se verificar se os fatores psicossociais que representam risco severo para a saúde diferem entre a população portuguesa e os cuidadores formais de idosos dependentes investigados. Para essa análise procedeu-se à identificação desses riscos através da análise indicada pelos autores do questionário (Silva et al., 2012) que identifica os níveis de risco e os distingue em três, situação favorável, risco moderado e risco severo, distinguidos graficamente pelas cores verde, amarelo e vermelho, respetivamente, conforme se pode ver na figura 2. Obviamente, numa análise mais atenta e na intervenção sobre os riscos psicossociais, há necessidade de averiguar mais aprofundadamente estes riscos e tomar em atenção também os fatores psicossociais que apresentam risco moderado, o que se aconselhará a cada instituição, mas tal não se coaduna com a dimensão nem com o tempo disponível para esta investigação.

Na população portuguesa, de acordo com Silva et al. (2012), os fatores psicossociais que representam risco severo para os trabalhadores são as exigências cognitivas ($M = 3.79$; $DP = .71$) e as exigências emocionais ($M = 3.42$; $DP = 1.15$).

No caso do cuidador formal investigado no âmbito desta dissertação os fatores psicossociais que representam risco severo, de acordo com a tabela 5 e a figura 2 são as exigências cognitivas ($M = 3.68$; $DP = .72$) e a influência no trabalho ($M = 2.22$; $DP = .94$). Pode também apontar-se o fator exigências emocionais ($M = 3.66$; $DP = 1.25$), o que se considerará no contexto desta dissertação, pois, apesar de representar um risco moderado, apresenta um valor tão próximo do risco severo que merece ser considerado.

Perante estas observações e observando a figura 2 pode inferir-se que a hipótese se confirma, ou seja, que os riscos psicossociais que representam risco severo entre as duas populações diferem. Apesar do fator exigências cognitivas representar risco severo para ambas as populações e o fator exigências emocionais estar quase ao nível de risco severo para os cuidadores, o que acontece no caso da população portuguesa, o segundo fator que apresenta risco severo difere.

Pode observar-se também que, apesar dos valores para ambas as amostras não terem grandes diferenças, há algumas a assinalar. É observável que dois dos principais fatores de risco para ambas as populações são as exigências cognitivas e as exigências emocionais (apesar de risco moderado da última), mas para os cuidadores formais, apresenta-se como fator de risco

severo a influência no trabalho, o que representa um risco moderado para a população portuguesa.

Outra diferença que pode ser assinalada, ao analisar a figura 2, tem a ver com as exigências quantitativas, a confiança vertical e os sintomas depressivos que não representam risco para os cuidadores formais, sendo identificados como situação favorável, mas que o representam de forma moderada para a população portuguesa, e ainda o fator comunidade social no trabalho que se apresenta como situação favorável para a população portuguesa, mas representa risco moderado para os cuidadores.

Mais ainda se pode constatar, recorrendo à figura 2 e à tabela 7, os níveis de stress entre ambas as populações são muito próximos e não apresentam variação significativa, no entanto a população portuguesa apresenta níveis mais elevados de stress ($M = 2.53$; $DP = .96$) que os cuidadores formais investigados ($M = 2.70$; $DP = .90$).

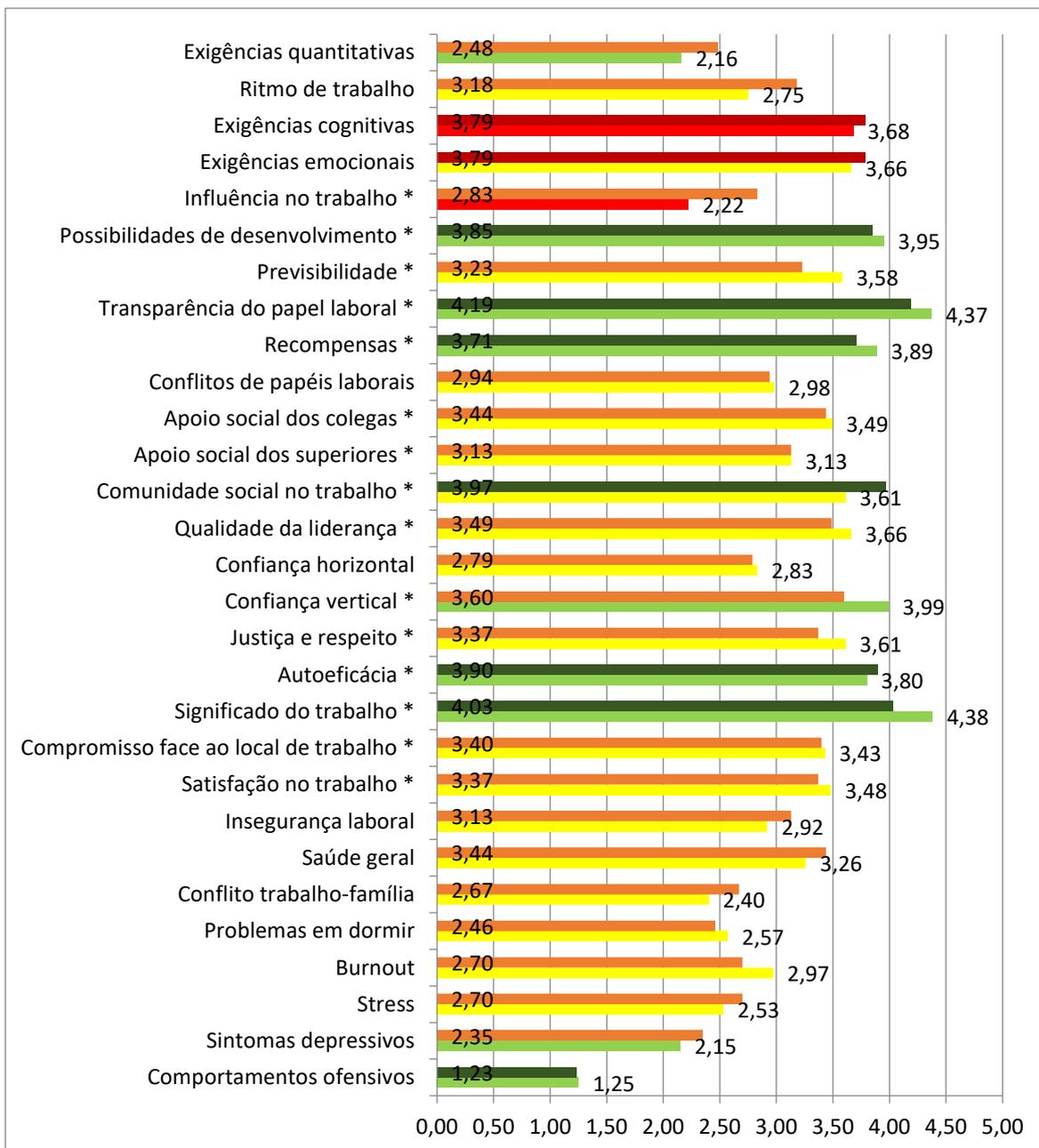


Figura 2. Comparação entre os resultados médios (M) do COPSOQ II para a população portuguesa e os cuidadores formais. Realizado com base em Silva et al. (2012) e nos resultados da presente investigação para os cuidadores formais de idosos dependentes. Em cada subescala, dimensão ou fator psicossocial a barra de cima, com os valores médios à esquerda, representa a população portuguesa e a barra de baixo, com os valores médios à direita, os cuidadores formais investigados. Os fatores psicossociais assinalados com asterisco são os fatores favoráveis, enquanto os não assinalados são os fatores de risco para saúde.

Mesmo podendo tirar-se algumas conclusões, sente-se necessidade de aprofundar esta análise comparando os resultados médios das duas populações para perceber os níveis de significância das variações dos resultados.

Assim, pelo Teorema do Limite Central assumiu-se a normalidade da amostra ($n = 53 > 30$) e aplicou-se o teste t para uma amostra a cada uma das dimensões do COPSOQ II,

assumindo um nível de significância de 1%, cujos resultados se apresentam na tabela 6. Ao analisar os resultados percebe-se que há evidências estatísticas para afirmar que há diferenças entre alguns resultados médios das duas populações.

Essas diferenças ocorrem relativamente às exigências quantitativas ($t(99) = -3.067$; $p = .003 < .01$), em que a média dos cuidadores ($M = 2.16$; $DP = .77$) é inferior à da população portuguesa ($M = 2.48$; $DP=.86$) no caso dos fatores psicossociais que são indutores de risco para a saúde.

No caso dos fatores psicossociais que induzem uma situação favorável as diferenças verificam-se num maior número de fatores, nomeadamente a influência no trabalho ($t(99) = -4.748$; $p = .000 < .01$), em que a média dos cuidadores ($M = 2.22$; $DP = .94$) é inferior à da população portuguesa ($M = 2.83$; $DP=.89$), a comunidade social no trabalho ($t(99) = -2.820$; $p = .007 < .01$), em que a média dos cuidadores ($M = 3.61$; $DP = .93$) é inferior à da população portuguesa ($M = 3.97$; $DP=.81$), a confiança vertical ($t(99) = 3.696$; $p = .001 < .01$), em que a média dos cuidadores ($M = 3.99$; $DP = .76$) é superior à da população portuguesa ($M = 3.60$; $DP=.60$), a justiça e respeito ($t(99) = 2.759$; $p = .008 < .01$), em que a média dos cuidadores ($M = 3.66$; $DP = .76$) é superior à da população portuguesa ($M = 3.37$; $DP=.81$) e ainda o significado do trabalho ($t(99) = 4.566$; $p = .000 < .01$), em que a média dos cuidadores ($M = 4.38$; $DP = .56$) é superior à da população portuguesa ($M = 4.03$; $DP= .72$).

De entre os fatores identificados é de referir que, apesar das diferenças estatisticamente significativas e dos valores médios diferentes, os fatores justiça e respeito e significado do trabalho representam o mesmo nível de risco para ambas as populações (risco moderado e situação favorável, respetivamente), enquanto nos restantes fatores o nível de risco difere, exigência quantitativas, influência no trabalho, comunidade social no trabalho e confiança vertical.

Analisando mais atentamente os resultados percebe-se que, apesar de à primeira vista se evidenciarem os fatores que apresentam um risco severo, as evidências estatísticas apontam para diferenças mais significativas ao nível de outros fatores que passariam despercebidos.

Tabela 7 Resultados da aplicação do teste t para testar as diferenças relativamente à população portuguesa (n = 53)

| Riscos psicossociais | População portuguesa | | Cuidadores formais | | Teste t | |
|--------------------------|----------------------|------|--------------------|-----|---------|------|
| | M | DP | M | DP | t | p |
| Exigências quantitativas | 2.48 | .86 | 2.16 | .77 | -3.067 | .003 |
| Ritmo de trabalho | 3.18 | 1.00 | 3.68 | .72 | -1.116 | .270 |

| | | | | | | |
|---|------|------|------|------|--------|------|
| Exigências cognitivas | 3.79 | .71 | 3.68 | .72 | -1.113 | .270 |
| Exigências emocionais | 3.79 | 1.15 | 3.66 | 1.25 | -.752 | .455 |
| Influência no trabalho * | 2.83 | .89 | 2.22 | .94 | -4.748 | .000 |
| Possibilidades de desenvolvimento * | 3.85 | .81 | .95 | .81 | .891 | .377 |
| Previsibilidade * | 3.23 | .92 | 3.58 | 1.04 | 2.493 | .016 |
| Transparência do papel laboral desempenhado * | 4.19 | .72 | 4.37 | .70 | 1.815 | .075 |
| Recompensas * | 3.71 | .87 | 3.89 | .80 | 1.602 | .115 |
| Conflitos laborais | 2.94 | .69 | 2.98 | .87 | .300 | .766 |
| Apoio social de colegas * | 3.44 | .77 | 3.49 | .70 | .520 | .605 |
| Apoio social de superiores * | 3.13 | .97 | 3.13 | .89 | .014 | .989 |
| Comunidade social no trabalho * | 3.97 | .81 | 3.61 | .93 | -2.820 | .007 |
| Qualidade da liderança * | 3.49 | .93 | 3.66 | .87 | 1.379 | .174 |
| Confiança horizontal | 2.79 | .64 | 2.83 | .97 | .301 | .765 |
| Confiança vertical * | 3.60 | .60 | 3.99 | .76 | 3.696 | .001 |
| Justiça e respeito * | 3.37 | .81 | 3.66 | .76 | 2.759 | .008 |
| Auto-eficácia * | 3.90 | .67 | 3.80 | .72 | -.988 | .328 |
| Significado do trabalho * | 4.03 | .72 | 4.38 | .56 | 4.566 | .000 |
| Compromisso face ao local de trabalho * | 3.40 | .90 | 3.43 | .84 | .293 | .771 |
| Satisfação no trabalho * | 3.37 | .75 | 3.48 | .71 | 1.134 | .262 |
| Insegurança laboral | 3.13 | 1.47 | 2.92 | 1.59 | -.940 | .352 |
| Saúde geral | 3.44 | .91 | 3.26 | .65 | -1.955 | 0.56 |
| Conflito trabalho-família | 2.67 | 1.05 | 2.40 | 1.04 | -1.867 | .068 |
| Problemas em dormir | 2.46 | 1.05 | 2.57 | 1.21 | .638 | .526 |
| Burnout | 2.70 | .97 | 2.97 | 1.09 | 1.808 | .076 |
| Stress | 2.70 | .90 | 2.53 | .96 | -1.305 | .198 |
| Sintomas depressivos | 2.35 | .91 | 2.15 | 1.03 | -1.412 | .164 |
| Comportamentos ofensivos | 1.23 | .48 | 1.21 | .38 | -.355 | .724 |

Nota. Elaboração própria. Os fatores psicossociais assinalados com asterisco são os fatores favoráveis, enquanto os não assinalados são os fatores de risco para saúde.

5.2.2. H2: Os fatores psicossociais com situação favorável para o cuidador formal de idosos dependentes são diferentes dos da população portuguesa.

Tal como na hipótese H1, a observação da figura 2 e tabela 7 mostram-nos resultados diferenciadores. Na população portuguesa, de acordo com Silva et al. (2012), os fatores psicossociais que se apresentam como situação favorável para os trabalhadores são as possibilidades de desenvolvimento ($M= 3.85$; $DP=.81$), transparência do papel laboral

($M=4.19$; $DP=.72$), recompensas ($M=3.71$; $DP=.87$), autoeficácia ($M=3.90$; $DP=.67$), o significado do trabalho ($M=4.03$; $DP=.72$), a comunidade social no trabalho ($M=3.97$; $DP=.81$) e os comportamentos ofensivos ($M=1.23$; $DP=.48$).

No caso do cuidador formal investigado no âmbito desta dissertação os fatores psicossociais com situação favorável (conforme tabela 5 e figura 2) são as exigências quantitativas ($M = 2.16$; $DP = .77$), as possibilidades de desenvolvimento ($M = 3.95$; $DP = .81$), a transparência do papel laboral ($M = 4.37$; $DP = .70$), as recompensas ($M = 3.89$; $DP = .80$), a confiança vertical ($M = 3.99$; $DP = .76$), a autoeficácia ($M = 3.80$; $DP = .72$), o significado do trabalho ($M = 4.38$; $DP = .56$), os sintomas depressivos ($M = 2.15$; $DP = 1.03$) e os comportamentos ofensivos ($M = 1.25$; $DP = .47$).

Pela apresentação destes dados pode inferir-se que hipótese H2 se confirma, pois, apesar de muitos dos fatores serem comuns, há diferenças a assinalar. Desde já se observa uma maior quantidade de fatores com situação favorável para os cuidadores investigados, nove fatores, enquanto a população portuguesa apresenta apenas sete.

Há também fatores que se apresentam como situação de risco moderado para a população portuguesa, mas que são situação favorável para os cuidadores, as exigências quantitativas, a confiança vertical e os sintomas depressivos. Apenas um fator que é uma situação favorável para a população portuguesa se apresenta como situação de risco moderado para os cuidadores, a comunidade social no trabalho.

5.2.3. H3: A idade dos cuidadores formais de idosos dependentes é um fator diferenciador nos resultados dos riscos psicossociais e particularmente do stress.

Pretende-se verificar se existe relação entre a idade dos cuidadores formais de idosos dependentes nos resultados das diferentes subescalas do COPSOQ II e especificamente do stress.

Para dividir a variável da idade em classes, de forma a obter uma análise mais clara, encontraram-se os quartis e recodificou-se a variável. Assim os participantes desta amostra, além de duas respostas omissas, têm idades entre os 20 e os 63 anos e dividem-se nos seguintes quartis: dos 20 aos 38 anos ($n=15$), dos 39 aos 50 anos ($n=12$), dos 51 aos 56 anos ($n=13$) e dos 57 aos 63 anos ($n=11$).

Da aplicação do teste não-paramétrico de *Kruskall-Wallis* foi possível construir a tabela 7 onde se pode verificar, pelos valores da significância (p), assumindo um nível de significância de 5%, que não existem diferenças estatisticamente significativas, o que não confirma a hipótese formulada, ou seja, a idade não influencia os níveis de risco a que os diferentes cuidadores formais de idosos dependentes estão expostos.

O resultado de significância mais próximo do esperado foi conflito trabalho-família, apresentado na tabela 8 ($\chi^2 (2) = 6.705; p = .082 > .05$). Neste fator psicossocial o grupo etário onde se verifica maior risco é o grupo dos 20 aos 38 anos ($MO = 32.67$).

Ao analisar individualmente o fator stress, apesar de não apresentar variância significativa ($\chi^2 (2) = 2.337; p = .505 > .05$), pode perceber-se que o grupo etário que apresenta a maior média das ordenações é o grupo mais novo, entre 20 e 38 anos ($MO = 29.30$), apontando para maiores níveis de risco nesta faixa etária.

Tabela 8 Resultados da aplicação do teste *Kruskall-Wallis* para comparar os fatores psicossociais entre os grupos etários.

| Grupos de idades | 20 a 38 anos | 39 a 50 anos | 51 a 56 anos | 57 a 63 anos | Kruskall-Wallis | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|------|
| | (n = 15) | (n = 12) | (n = 13) | (n = 11) | χ^2 | p |
| Exigências quantitativas | 25.47 | 32.42 | 23.62 | 22.5 | 3.250 | .355 |
| Ritmo de trabalho | 24.80 | 25.13 | 28.58 | 25.55 | .585 | .900 |
| Exigências cognitivas | 27.77 | 28.29 | 21.81 | 26.05 | 1.565 | .667 |
| Exigências emocionais | 27.50 | 32.17 | 23.85 | 19.77 | 4.738 | .192 |
| Influência no trabalho * | 26.37 | 24.42 | 30.19 | 22.27 | 1.893 | .595 |
| Possibilidades de desenvolvimento * | 27.63 | 28.63 | 21.35 | 26.41 | 1.886 | .596 |
| Previsibilidade * | 28.73 | 25.75 | 27.58 | 20.68 | 2.125 | .547 |
| Transparência do papel laboral desempenhado * | 22.50 | 29.21 | 25.23 | 28.18 | 1.753 | .625 |
| Recompensas * | 26.07 | 24.79 | 26.81 | 26.27 | .124 | .989 |
| Conflitos laborais | 31.33 | 21.29 | 24.46 | 25.68 | 3.368 | .338 |
| Apoio social de colegas * | 28.87 | 25.79 | 28.69 | 19.14 | 3.399 | .334 |
| Apoio social de superiores * | 28.33 | 21.54 | 32.19 | 20.36 | 5.396 | .145 |
| Comunidade social no trabalho * | 23.90 | 22.67 | 30.00 | 27.77 | 2.039 | .564 |
| Qualidade da liderança * | 24.27 | 22.79 | 29.00 | 28.32 | 1.577 | .665 |
| Confiança horizontal | 28.50 | 22.63 | 22.85 | 30.00 | 2.508 | .474 |
| Confiança vertical * | 28.87 | 24.63 | 22.69 | 27.50 | 1.452 | .693 |
| Justiça e respeito * | 28.37 | 22.79 | 26.62 | 25.55 | 1.001 | .801 |
| Auto-eficácia * | 22.53 | 30.13 | 27.15 | 24.86 | 1.977 | .577 |

| | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| Significado do trabalho * | 24.00 | 29.33 | 22.77 | 28.91 | 2.016 | .569 |
| Compromisso face ao local de trabalho * | 26.13 | 28.38 | 22.31 | 27.59 | 1.280 | .734 |
| Satisfação no trabalho * | 28.27 | 21.25 | 27.88 | 25.86 | 1.812 | .612 |
| Insegurança laboral | 32.00 | 21.54 | 22.46 | 26.86 | 4.584 | .205 |
| Saúde geral | 24.90 | 20.00 | 31.23 | 27.86 | 4.990 | .173 |
| Conflito trabalho-família | 32.67 | 20.83 | 28.23 | 19.91 | 6.705 | .082 |
| Problemas em dormir | 27.70 | 25.67 | 25.12 | 25.09 | .297 | .961 |
| Burnout | 26.67 | 28.58 | 26.35 | 21.86 | 1.285 | .733 |
| Stress | 29.30 | 22.42 | 28.27 | 22.73 | 2.337 | .505 |
| Sintomas depressivos | 29.83 | 21.38 | 24.65 | 27.41 | 2.445 | .485 |
| Comportamentos ofensivos | 30.50 | 23.33 | 25.54 | 23.32 | 2.844 | .416 |

Nota. Elaboração própria.

5.2.4. H4: Há diferenças nos riscos psicossociais entre os cuidadores formais de idosos dependentes que exercem há mais tempo e os que exercem há menos tempo.

Relativamente ao teor desta hipótese, procedeu-se à verificação da relação entre o tempo de serviço dos cuidadores formais de idosos dependentes para os resultados das diferentes subescalas do COPSQ II.

Para dividir a variável do tempo de serviço em grupos encontraram-se os quartis e recodificou-se a variável. Os participantes desta amostra têm um tempo de serviço entre os 0.08 (corresponde a um mês de serviço) e os 28 anos e dividem-se entre os seguintes quartis: dos 0.08 a 1 ano, dos 1.01 aos 5 anos, dos 5.01 aos 9.25 anos e dos 9.26 aos 28 anos em funções como cuidador formal. Observaram-se 11 respostas omissas.

No sentido de verificar a hipótese e comparar o tempo de serviço para os diferentes fatores psicossociais, foi utilizado o teste não paramétrico *Kruskall-Wallis*, cujos resultados se apresentam na tabela 9. Pode verificar-se que existem diferenças estatisticamente significativas (assumindo um nível de significância de 5%) ao nível dos fatores exigências quantitativas ($\chi^2(2) = 10.739; p = .013 < .05$), burnout ($\chi^2(2) = 9.675; p = .022 < .05$), “stress” ($\chi^2(2) = 9.888; p = .020 < .05$) e sintomas depressivos ($\chi^2(2) = 8.587; p = .035 < .05$), o que confirma a hipótese formulada, ou seja, conforme seria esperado, o tempo de serviço influencia os níveis de risco a que os diferentes cuidadores formais estão expostos.

Pela análise da tabela 9, pode observar-se que os cuidadores que exercem atividade há mais tempo apresentam maior risco perante o stress ($MO = 29.05$) e os sintomas depressivos

($MO = 27.75$), enquanto o burnout representa um maior risco para os cuidadores que exercem atividade entre 1.01 e cinco anos ($MO = 26.55$) e as exigências quantitativas ($MO = 27.70$) e os comportamentos ofensivos ($MO = 25.15$) apresentam-se como fatores de maior risco para os cuidadores que exercem estas funções há mais de cinco e até 9.25 anos.

Tabela 9 Resultados da aplicação do teste Kruskal-Wallis para comparar os fatores de maior risco entre o tempo de serviço.

| Tempo de serviço em anos | 0.08 a 1.00 (n = 11) | 1.01 a 5.00 (n = 11) | 5.01 a 9.25 (n = 10) | 9.26 a 28.00 (n = 10) | Kruskall-Wallis | |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------|------|
| | MO | MO | MO | MO | χ^2 | p |
| Exigências quantitativas | 11.73 | 25.14 | 27.70 | 22.05 | 10.739 | .013 |
| Ritmo de trabalho | 16.86 | 24.55 | 23.65 | 21.10 | 2.770 | .429 |
| Exigências cognitivas | 14.32 | 23.77 | 22.05 | 26.35 | 5.851 | .119 |
| Exigências emocionais | 14.73 | 26.27 | 19.15 | 26.05 | 7.367 | .061 |
| Influência no trabalho * | 18.86 | 20.95 | 21.60 | 24.90 | 1.312 | .726 |
| Possibilidades de desenvolvimento * | 17.91 | 20.14 | 25.85 | 22.60 | 2.485 | .478 |
| Previsibilidade * | 27.73 | 22.09 | 19.30 | 16.20 | 5.219 | .156 |
| Transparência do papel laboral desempenhado * | 24.59 | 19.45 | 22.20 | 19.65 | 1.341 | .719 |
| Recompensas * | 27.41 | 22.45 | 21.90 | 13.55 | 6.960 | .073 |
| Conflitos laborais | 14.86 | 22.23 | 23.35 | 26.15 | 5.037 | .169 |
| Apoio social de colegas * | 27.23 | 24.55 | 16.65 | 16.70 | 6.305 | .098 |
| Apoio social de superiores * | 22.59 | 29.00 | 18.35 | 15.20 | 7.656 | .054 |
| Comunidade social no trabalho * | 27.00 | 20.59 | 20.65 | 17.30 | 3.556 | .314 |
| Qualidade da liderança * | 25.05 | 24.64 | 21.60 | 14.05 | 5.399 | .145 |
| Confiança horizontal | 17.36 | 21.45 | 20.70 | 26.90 | 3.362 | .339 |
| Confiança vertical * | 27.59 | 19.64 | 22.85 | 15.50 | 5.630 | .131 |
| Justiça e respeito * | 24.73 | 22.91 | 18.55 | 16.83 | 2.963 | .397 |
| Auto-eficácia * | 26.64 | 23.14 | 18.25 | 17.30 | 4.177 | .243 |
| Significado do trabalho * | 18.55 | 25.14 | 24.30 | 17.95 | 3.140 | .370 |
| Compromisso face ao local de trabalho * | 20.27 | 21.32 | 21.80 | 22.75 | .230 | .973 |
| Satisfação no trabalho * | 26.82 | 24.95 | 17.60 | 15.75 | 6.285 | .099 |
| Insegurança laboral | 23.59 | 20.50 | 25.50 | 16.30 | 3.495 | .321 |
| Saúde geral | 19.95 | 20.73 | 23.85 | 21.70 | .816 | .846 |
| Conflito trabalho-família | 16.41 | 26.59 | 20.25 | 22.75 | 4.079 | .253 |
| Problemas em dormir | 15.45 | 22.27 | 23.25 | 25.55 | 4.150 | .246 |
| Burnout | 12.18 | 26.55 | 22.10 | 25.60 | 9.675 | .022 |
| Stress | 12.77 | 23.27 | 21.60 | 29.05 | 9.888 | .020 |
| Sintomas depressivos | 13.09 | 24.18 | 21.55 | 27.75 | 8.587 | .035 |

| | | | | | | |
|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| Comportamentos ofensivos | 16.00 | 23.00 | 25.15 | 20.35 | 4.828 | .185 |
|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|

Nota. Elaboração própria.

5.2.5. H5: Os cuidadores que exercem funções em turnos rotativos apresentam maiores níveis de risco que os que exercem funções em turnos fixos.

Para analisar se os cuidadores que exercem funções em turnos rotativos são mais vulneráveis aos riscos do que os cuidadores que exercem funções em horários fixos foi utilizado o teste de *Mann-Whitney (U)* para amostras independentes.

Através da observação da tabela 10, pode constatar-se que existem diferenças (assumindo um valor de significância de 5%) entre ambos os grupos de cuidadores no que respeita aos fatores influência no trabalho ($U = 161.0; p = .016 < .05$), previsibilidade ($U = 176.0; p = .035 < .05$), recompensas ($U = 140.0; p = .004 < .05$) e comunidade social no trabalho ($U = 169.5; p = .025 < .05$).

Todas as dimensões com variação significativa relativamente à rotatividade de horários são fatores considerados favoráveis, ou seja, à medida que os seus resultados aumentam isso representa uma situação mais favorável. Assim, o grupo que apresenta valores das médias das ordenações mais elevados é o grupo que desempenha as suas funções em turnos fixos ($MO = 29.33; MO = 28.62; MO = 30.33; MO = 28.93$) em comparação com o grupo que trabalha por turnos rotativos ($MO = 19.69; MO = 20.27; MO = 18.88; MO = 20.02$), o que significa que o grupo dos turnos fixos apresenta valores mais favoráveis nas dimensões de influência positiva.

Perante estes dados pode dizer-se que a hipótese formulada se confirma, os cuidadores formais de idosos dependentes que exercem funções em turnos fixos apresentam níveis de risco menores que os cuidadores que exercem funções em turnos rotativos.

No que respeita ao stress, ainda que a variância não se mostre significativa ($U = 267.0; p = .896 > .05$), a tendência anteriormente identificada inverte-se, pois trata-se de uma fator que representa risco para a saúde, e pode constatar-se que o grupo de cuidadores que exerce funções em turnos fixos apresenta maiores níveis de risco ($MO = 24.29$) que aqueles que exercem em turnos rotativos ($MO = 23.77$).

Tabela 10 Resultados da aplicação do teste Mann-Whitney para comparar os fatores de maior risco entre o trabalho por turnos.

| Trabalho por turnos | Rotativos (n = 26) | Fixos (n = 21) | Teste | |
|---|-----------------------|-------------------|-------|------|
| | MO | MO | U | p |
| Exigências quantitativas | 23.79 | 24.26 | 267.5 | .905 |
| Ritmo de trabalho | 22.98 | 25.26 | 246.5 | .558 |
| Exigências cognitivas | 25.19 | 22.52 | 242.0 | .503 |
| Exigências emocionais | 24.08 | 23.90 | 271.0 | .965 |
| Influência no trabalho * | 19.69 | 29.33 | 161.0 | .016 |
| Possibilidades de desenvolvimento * | 25.73 | 21.86 | 228.0 | .328 |
| Previsibilidade * | 20.27 | 28.62 | 176.0 | .035 |
| Transparência do papel laboral desempenhado * | 25.06 | 22.69 | 245.5 | .548 |
| Recompensas * | 18.88 | 30.33 | 140.0 | .004 |
| Conflitos laborais | 25.21 | 22.50 | 241.5 | .495 |
| Apoio social de colegas * | 21.85 | 26.67 | 217.0 | .226 |
| Apoio social de superiores * | 23.98 | 24.02 | 272.5 | .991 |
| Comunidade social no trabalho * | 20.02 | 28.93 | 169.5 | .025 |
| Qualidade da liderança * | 23.56 | 24.55 | 261.5 | .804 |
| Confiança horizontal | 24.25 | 23.69 | 266.5 | .888 |
| Confiança vertical * | 23.88 | 24.14 | 270.0 | .948 |
| Justiça e respeito * | 20.96 | 26.52 | 199.0 | .153 |
| Auto-eficácia * | 23.73 | 24.33 | 266.0 | .877 |
| Significado do trabalho * | 23.42 | 24.71 | 258.0 | .742 |
| Compromisso face ao local de trabalho * | 21.48 | 27.12 | 207.5 | .154 |
| Satisfação no trabalho * | 21.40 | 27.21 | 205.5 | .146 |
| Insegurança laboral | 21.81 | 26.71 | 216.0 | .207 |
| Saúde geral | 23.92 | 24.10 | 271.0 | .962 |
| Conflito trabalho-família | 22.77 | 25.52 | 241.0 | .491 |
| Problemas em dormir | 25.37 | 22.31 | 237.5 | .441 |
| Burnout | 24.83 | 22.98 | 251.5 | .641 |
| Stress | 23.77 | 24.29 | 267.0 | .896 |
| Sintomas depressivos | 25.48 | 22.17 | 234.5 | .403 |
| Comportamentos ofensivos | 23.66 | 23.31 | 258.5 | .917 |

Nota. Elaboração própria.

5.2.6. H6: Há diferenças de resultados dos fatores psicossociais entre as diferentes remunerações.

Pretende-se verificar se existe relação entre as diferentes remunerações líquidas e os resultados para as diferentes subescalas do COPSOQ II. Foi utilizado o teste não paramétrico para k amostras independentes, *Kruskal-Wallis*, tendo-se obtido os resultados apresentados na tabela 11.

Para dividir a variável remuneração em classes, de forma a obter uma análise mais clara, encontraram-se os quartis e recodificou-se a variável. Os participantes desta amostra, além de uma resposta omissa, têm remunerações líquidas até 1023€ e dividem-se nos seguintes quartis: até 540€ ($n=14$), dos 540.01€ aos 578.90€ ($n=12$), dos 578.91€ aos 595€ anos ($n=13$) e dos 595.01€ aos 1023€ anos ($n=12$).

Pelos valores da significância (p) (assumindo um valor de significância de 5%), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas nos fatores psicossociais exigências cognitivas ($\chi^2(2) = 9.295$; $p = .026 < .05$), influência no trabalho ($\chi^2(2) = 8.479$; $p = .037 < .05$) e apoio social de colegas ($\chi^2(2) = 10.315$; $p = .016 < .05$), o que confirma a hipótese formulada, ou seja, a remuneração influencia os níveis de risco a que os diferentes cuidadores formais estão expostos, neste caso de forma positiva para a influência no trabalho e o apoio social de colegas (fatores favoráveis) e de forma negativa ao nível das exigências cognitivas (fator de risco para a saúde).

No caso das exigências cognitivas o grupo que apresenta maior nível de risco é o grupo que recebe entre 540.01€ e 578.90€ ($MO = 32.71$). No que respeita aos fatores favoráveis o grupo que apresenta situação mais favorável é o grupo que recebe entre 595.01€ e 1023€, seja ao nível do fator influência no trabalho ($MO = 33.42$) ou do fator apoio social de colegas ($MO = 34.25$). Pode, então, inferir-se que os cuidadores cujo valor da remuneração é mais elevado apresentam situações mais favoráveis perante os fatores psicossociais.

Tabela 11 Resultados da aplicação do teste *Kruskal-Wallis* para comparar os fatores de maior risco entre os valores de remuneração líquida ($n = 51$).

| Valores da remuneração líquida | 0.00 a 540.00 ($n = 14$) | 540.01 a 578.90 ($n = 12$) | 578.91 a 595.00 ($n = 13$) | 595.01 a 1023.00 ($n = 12$) | Kruskal-Wallis | |
|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|------|
| | <i>MO</i> | <i>MO</i> | <i>MO</i> | <i>MO</i> | χ^2 | p |
| Exigências quantitativas | 26.57 | 24.67 | 28.46 | 24.00 | .705 | .872 |
| Ritmo de trabalho | 28.18 | 21.96 | 28.96 | 24.29 | 2.002 | .572 |

| | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|--------|------|
| Exigências cognitivas | 18.64 | 32.71 | 21.85 | 32.38 | 9.295 | .026 |
| Exigências emocionais | 26.50 | 27.96 | 27.77 | 21.54 | 1.595 | .661 |
| Influência no trabalho * | 30.14 | 22.08 | 18.31 | 33.42 | 8.479 | .037 |
| Possibilidades de desenvolvimento * | 20.61 | 30.54 | 26.69 | 27.00 | 3.133 | .372 |
| Previsibilidade * | 32.07 | 19.46 | 23.96 | 27.67 | 5.191 | .158 |
| Transparência do papel laboral desempenhado * | 25.96 | 30.38 | 25.08 | 22.67 | 1.787 | .618 |
| Recompensas * | 26.82 | 21.63 | 29.54 | 25.58 | 1.857 | .603 |
| Conflitos laborais | 21.43 | 34.25 | 24.77 | 24.42 | 5.377 | .146 |
| Apoio social de colegas * | 30.75 | 18.96 | 19.77 | 34.25 | 10.315 | .016 |
| Apoio social de superiores * | 26.71 | 23.04 | 19.50 | 35.17 | 7.710 | .052 |
| Comunidade social no trabalho * | 32.25 | 18.96 | 26.31 | 25.42 | 5.293 | .152 |
| Qualidade da liderança * | 28.39 | 25.42 | 22.04 | 28.08 | 1.560 | .668 |
| Confiança horizontal | 21.36 | 26.08 | 28.58 | 28.54 | 2.175 | .537 |
| Confiança vertical * | 26.18 | 30.00 | 26.38 | 21.38 | 2.096 | .553 |
| Justiça e respeito * | 28.11 | 25.23 | 25.23 | 23.00 | .840 | .840 |
| Auto-eficácia * | 31.46 | 25.38 | 24.73 | 21.63 | 3.203 | .361 |
| Significado do trabalho * | 26.57 | 27.42 | 23.85 | 26.25 | .427 | .935 |
| Compromisso face ao local de trabalho * | 24.39 | 23.46 | 27.62 | 28.67 | 1.095 | .778 |
| Satisfação no trabalho * | 27.29 | 25.54 | 25.19 | 25.83 | .159 | .984 |
| Insegurança laboral | 29.57 | 21.63 | 23.92 | 28.46 | 2.588 | .460 |
| Saúde geral | 26.82 | 27.96 | 31.04 | 17.63 | 7.077 | .069 |
| Conflito trabalho-família | 26.11 | 25.00 | 28.69 | 23.96 | .719 | .869 |
| Problemas em dormir | 28.43 | 29.04 | 26.23 | 19.88 | 2.992 | .393 |
| Burnout | 26.04 | 30.29 | 26.85 | 20.75 | 2.609 | .456 |
| Stress | 24.36 | 25.13 | 28.35 | 26.25 | .558 | .906 |
| Sintomas depressivos | 22.29 | 29.71 | 28.58 | 23.83 | 2.343 | .504 |
| Comportamentos ofensivos | 23.39 | 24.83 | 29.23 | 26.71 | 1.580 | .664 |

Nota. Elaboração própria.

5.2.7. H7: Há diferenças nos resultados dos fatores psicossociais entre os cuidadores contratados a termo certo e aqueles contratados sem termo.

Para analisar se os cuidadores com vínculo contratual a termo têm vulnerabilidades aos riscos diferentes dos cuidadores com vínculo contratual sem termo, foi utilizado o teste de *Mann-Whitney (U)* para amostras independentes.

Através da observação da tabela 12, pode constatar-se que existem diferenças entre ambos os grupos de cuidadores (assumindo um valor de significância de 5%) no que respeita

aos fatores exigências quantitativas ($U = 187.0$; $p = .036 < .05$), exigências cognitivas ($U = 190.0$; $p = .042 < .05$), exigências emocionais ($U = 172.0$; $p = .013 < .05$) e insegurança laboral ($U = 179.5$; $p = .021 < .05$).

A dimensão com variação significativa em que o grupo de cuidadores com vínculo contratual a termo certo apresenta maior risco é a “insegurança laboral” ($MO = 28.82$), enquanto as restantes dimensões significativas apresentam-se como fator de risco para os cuidadores com vínculo contratual sem termo (exigências quantitativas: $MO = 28.87$; exigências cognitivas: $MO = 28.74$; exigências emocionais: $MO = 29.52$).

Perante estes dados pode dizer-se que a hipótese formulada se confirma, os cuidadores formais de idosos dependentes apresentam níveis de risco diferentes entre os diferentes tipos de vínculo contratual. Enquanto os cuidadores com vínculo mais precário (com termo certo) apresentam maior risco ao nível da insegurança laboral, os cuidadores com vínculo contratual sem termo apresentam maiores níveis de risco ao nível das exigências quer sejam quantitativas, cognitivas ou emocionais.

Tabela 12 Resultados da aplicação do teste Mann-Whitney para comparar os fatores psicossociais entre o tipo de contrato.

| Tipo de Contrato | A termo certo (n = 25) | Sem termo (n = 23) | Teste | |
|---|---------------------------|-----------------------|-------|------|
| | MO | MO | U | p |
| Exigências quantitativas | 20.48 | 28.87 | 187.0 | .036 |
| Ritmo de trabalho | 23.40 | 25.70 | 260.0 | .556 |
| Exigências cognitivas | 20.60 | 28.74 | 190.0 | .042 |
| Exigências emocionais | 19.88 | 29.52 | 172.0 | .013 |
| Influência no trabalho * | 22.92 | 26.22 | 248.0 | .412 |
| Possibilidades de desenvolvimento * | 22.36 | 26.83 | 234.0 | .264 |
| Previsibilidade * | 24.44 | 24.57 | 286.0 | .975 |
| Transparência do papel laboral desempenhado * | 25.50 | 23.41 | 262.5 | .597 |
| Recompensas * | 26.56 | 22.26 | 236.0 | .283 |
| Conflitos laborais | 23.34 | 25.76 | 258.5 | .544 |
| Apoio social de colegas * | 25.32 | 23.61 | 267.0 | .669 |
| Apoio social de superiores * | 25.70 | 23.20 | 257.5 | .531 |
| Comunidade social no trabalho * | 24.64 | 24.35 | 284.0 | .942 |
| Qualidade da liderança * | 27.18 | 21.59 | 220.5 | .164 |
| Confiança horizontal | 22.44 | 26.74 | 236.0 | .280 |
| Confiança vertical * | 27.18 | 21.59 | 220.5 | .161 |
| Justiça e respeito * | 26.00 | 21.73 | 225.0 | .278 |
| Auto-eficácia * | 26.96 | 21.83 | 226.0 | .193 |

| | | | | |
|---|-------|-------|-------|------|
| Significado do trabalho * | 21.04 | 29.26 | 201.0 | .067 |
| Compromisso face ao local de trabalho * | 21.16 | 28.13 | 204.0 | .079 |
| Satisfação no trabalho * | 25.42 | 23.50 | 264.5 | .632 |
| Insegurança laboral | 28.82 | 19.80 | 179.5 | .021 |
| Saúde geral | 25.80 | 23.09 | 255.0 | .451 |
| Conflito trabalho-família | 24.90 | 24.07 | 277.5 | .835 |
| Problemas em dormir | 23.00 | 26.13 | 250.0 | .433 |
| Burnout | 21.98 | 27.24 | 224.5 | .188 |
| Stress | 22.44 | 26.74 | 236.0 | .280 |
| Sintomas depressivos | 23.92 | 25.13 | 273.0 | .761 |
| Comportamentos ofensivos | 22.10 | 25.98 | 230.5 | .250 |

Fonte: elaboração própria.

CAPÍTULO VII - ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A investigação descrita nesta dissertação tem como principal objetivo perceber quais os fatores de risco psicossocial a que o cuidador formal de idosos dependentes está exposto e quais os seus níveis de stress. Indo ao encontro dos objetivos propostos foram verificadas as hipóteses enunciadas que se discutirão neste ponto.

As características gerais dos cuidadores investigados apontam para uma grande maioria de mulheres com uma idade média de cerca de 46 anos, casadas, com cerca de dois filhos e na grande maioria com o 6º ou 9º ano de escolaridade. A nível profissional são pessoas que desempenham a função de cuidador formal de idosos dependentes há cerca de sete anos e na sua grande maioria na categoria de ajudante de ação direta, com remunerações médias de cerca de 587€. O número de cuidadores com contratos a termo certo ou sem termo é semelhante, tal como o trabalho por turnos, há quase tantos cuidadores numa situação como noutra.

A observação dos resultados do COPSOQ II permite-nos determinar os riscos psicossociais que mais podem prejudicar a vida dos cuidadores formais de idosos dependentes no seio das instituições investigadas. Através da análise descritiva percebeu-se que existem dois fatores psicossociais que se apresentam como risco severo para estes cuidadores, as exigências cognitivas e a influência no trabalho, logo seguidos pelas exigências emocionais, que apresenta risco moderado, mas que tem uma média quase no limiar do risco severo.

Silva et al. (2012) sustenta que a população portuguesa apresenta dois fatores psicossociais em situação de risco severo, as exigências cognitivas e as exigências emocionais, pelo que se percebe que há ligeiras diferenças entre a generalidade da população e os cuidadores formais, mas também há pontos comuns. Os cuidadores formais apresentam elevado risco para ambos os fatores de risco severo para a população portuguesa, ao qual é acrescentado a influência no trabalho. Esta nuance que diferencia ligeiramente as duas populações confirma o pressuposto enunciado pela primeira hipótese.

Apesar da investigação teórica ter sugerido que os riscos são superiores para os cuidadores formais pelas exigências da função e pelas tensões do dia-a-dia, o mesmo não se reflete nos níveis de risco que resultaram desta investigação, pelo contrário, a segunda hipótese mostra que os cuidadores formais apresentam mais fatores psicossociais com situação favorável do que a população portuguesa.

Quando analisadas outras investigações com o mesmo tipo de população notam-se igualmente algumas semelhanças e algumas diferenças. Fernandes (2017) enuncia como fatores psicossociais que “mais podem prejudicar a qualidade de vida dos funcionários” (p. 39) as exigências cognitivas, as exigências emocionais e o ritmo de trabalho. Este último fator, para os cuidadores formais, apresenta um risco moderado com uma média relativamente baixa.

Estas constatações revelam diferentes níveis de risco, mais fatores em risco severo ou no seu limiar para o cuidador formal de idosos dependentes, mas em compensação mais fatores em situação favorável e maior satisfação no trabalho que na população portuguesa, o que vai ao encontro da literatura inicialmente apresentada, particularmente Almeida (2013) que evidencia o grande espírito de missão desta população. Também vai ao encontro deste espírito de missão uma das melhorias necessárias apontadas qualitativamente pelos cuidadores, a necessidade de mais tempo disponível para o cuidado e para dar atenção ao utente. Pode concluir-se que, apesar das dificuldades, da exigência da função, das características do cuidado, do desgaste e da sobrecarga, estes cuidadores formais mostram forte empenho na função e níveis de risco reduzidos para os fatores favoráveis.

Ao nível do stress os resultados são ligeiramente diferentes e pode mesmo observar-se um valor médio mais elevado para a generalidade da população do que para os cuidadores formais. Também Bogalho (2017) evidencia os elevados níveis de stress noutra amostra de profissionais da mesma área e os fatores relacionados com a carreira e com as relações profissionais como os que mais contribuem para o stress dos cuidadores. Indo ao encontro destas conclusões, pode dizer-se que a comunidade social no trabalho (um dos fatores psicossociais do COPSQ II que se pode comparar com as relações profissionais) também apresenta maiores níveis de risco para os cuidadores do que para a generalidade da população e o próprio stress apresenta valores de risco mais baixo. A verificação de um maior risco do fator comunidade social no trabalho ou relações profissionais vai ao encontro da maioria das sugestões dadas pelos cuidadores para melhorar o seu local de trabalho.

Da análise da bibliografia (Bogalho, 2017), a idade seria um elemento diferenciador ao nível do stress, o que não se verifica para os cuidadores investigados, como se pode observar aquando da verificação da hipótese H3, ainda assim pode verificar-se uma pequena diferença e uma tendência para que os cuidadores mais novos tenham maiores níveis de stress.

Analisando o tempo de serviço pode perceber-se que há diferenças a assinalar, conforme a hipótese H4 formulada, mas cada fator psicossocial apresenta maiores níveis de risco em grupos diferentes. O stress e os sintomas depressivos são os maiores fatores de risco

para os cuidadores que exercem há mais tempo, entre 9.26 e 28 anos, o burnout apresenta maior risco para os cuidadores que exercem há mais de um ano e até cinco e o grupo que se situa entre estes dois, mais de cinco anos e até 9.25, apresenta maiores níveis de risco ao nível dos comportamentos ofensivos. Não existem valores de significância que evidenciem fatores de risco para o grupo de cuidadores que exerce há um ano ou menos, o que, em conjunto com o exposto, aponta para uma tendência de maior sobrecarga psicológica e emocional à medida que aumenta o tempo de exposição às características da função. Esta situação reflete as preocupações de Almeida (2013), Alves (2015), Chambel (2016) ou Ribeiro (2016) quando estes defendem o forte impacto da função de cuidador na deterioração da saúde do colaborador.

A rotatividade de horários foi apontada como um dos fatores diferenciadores ao nível do stress por Bogalho (2017) o que não se confirma nesta investigação, verificando-se precisamente o contrário, ainda que sem significância, nem é das situações mais apontadas como a necessitar de melhorias. No entanto a hipótese H5 confirma-se para os níveis de risco, apresentando-se os cuidadores com turnos fixos com níveis mais favoráveis relativamente à influência no trabalho, previsibilidade, recompensas e comunidade social no trabalho, fatores estes favoráveis à saúde. Percebe-se assim que a estabilidade de horários favorece a saúde, ainda que os níveis de stress surjam aqui como fator de risco para os cuidadores com horários fixos.

Também a remuneração diferencia os cuidadores ao nível dos riscos psicossociais, conforme a hipótese H6, ou seja, os cuidadores com remunerações mais baixas apresentam valores de significância maiores no que respeita a fatores de risco para a saúde enquanto os cuidadores com remunerações mais altas apresentam maiores valores de significância para fatores favoráveis à saúde. Conclui-se que a maior remuneração favorece a saúde, o que também é corroborado pela literatura quando apontado o aumento de salários como uma das atitudes essenciais a adotar para reter o pessoal (ADI, 2013). A rotatividade de pessoal, que também pode ser constatada nesta investigação existindo cerca de metade dos cuidadores com vínculo contratual há menos de um ano ou até cinco, foi evidenciada pela *Alzheimer's Disease International* (ADI, 2013) como uma das situações mais prejudiciais ao cuidado do idoso e à estabilidade da sua saúde.

Podia esperar-se que se verificassem maiores níveis de risco para os cuidadores contratados a termo certo pela instabilidade dessa tipologia de contrato e isso verifica-se ao nível da insegurança laboral, mas não se verifica ao nível das exigências quantitativas, cognitivas e emocionais, fatores de maior risco para os cuidadores contratados sem termo. Este

facto pode dever-se ao tempo de serviço, neste caso mais reduzido, como se pode constatar pelas conclusões da hipótese H4 onde se diz que “não existem valores de significância que evidenciem fatores de risco para o grupo de cuidadores que exerce há um ano ou menos”. A tipologia do vínculo contratual efetivamente apresenta diferenças, conforme enunciado pela hipótese formulada H7 e os seus resultados reforçam os resultados da hipótese H4 onde os cuidadores contratados há menos tempo e com menos tempo de serviço apresentam menores níveis de risco. Mais uma vez se percebe que a exposição prolongada dos cuidadores às características da dependência no envelhecimento favorece o surgimento de riscos para a sua saúde ao nível dos fatores psicossociais.

Em suma, os resultados obtidos nesta investigação permitem verificar que existem mais fatores de risco em situação alarmante no caso dos cuidadores formais de idosos comparativamente com a população portuguesa e simultaneamente também apresentam mais fatores favoráveis que a restante população. Aquilo que pode aparentar uma conclusão contraditória pode também mostrar que, apesar das elevadas exigências da função aos níveis emocional e psicológico, a satisfação e empenho na função sobrepõem-se a essas exigências resultando em elevados níveis de satisfação e muitos fatores psicossociais em situação favorável.

De acordo com os resultados da presente investigação podem apontar-se algumas sugestões para estudos futuros. A ADI (2013) aponta o aumento de salários, a melhoria de benefícios e das condições de trabalho como fundamentais para melhorar a retenção de pessoal e as condições de trabalho. Poder-se-á apontar também a realização de programas de promoção de competências articulados com estratégias de suporte às equipas que transmitam apoio e segurança, a realização de reuniões periódicas com o intuito de partilhar experiências e esclarecer dúvidas. De uma forma geral poderá ser interessante investigar a aplicabilidade e eficácia de estratégias que resolvam estes problemas ou reduzam os riscos, tal como enunciado por Cardiga (2014), ou mesmo criar programas de gestão de equipas específicos para esta realidade.

Outra sugestão pode passar pela aplicação de estratégias de reforço de espírito de equipa e da facilitação da criação de uma comunidade social no trabalho de qualidade, com a qual os cuidadores se identifiquem, possam criar laços e sentir confiança, facilitando assim o seu trabalho.

CAPÍTULO VIII - CONCLUSÃO

O envelhecimento da sociedade ocidental está a revelar uma realidade que levanta algumas questões à sociedade e que obriga à criação de respostas adequadas, a dependência das pessoas mais velhas que, ainda que não seja generalizada afeta um grande número de pessoas das faixas etárias mais avançadas e tem tendência a aumentar paralelamente ao aumento do envelhecimento (OECD, 2017). Mesmo que a maioria dos idosos dependentes esteja ao cuidado de familiares ou outros cuidadores informais, no domicílio (Sequeira, 2010), o recurso a instituições de cuidados de longa duração tem crescido visivelmente e os seus clientes apresentam necessidades mais severas e requerem cuidados mais intensivos do que no domicílio (OECD, 2017).

Enquadrados nas instituições de cuidados de longa duração encontram-se os cuidadores formais que desempenham funções relacionadas com os cuidados pessoais aos idosos dependentes, funções estas que podem estar associadas a grande desgaste físico e mental e maior sobrecarga (Almeida, 2013, Alves, 2015, Chambel, 2016, Moreira, 2014, Ribeiro, 2016). Também são apontados maiores níveis de stress para esta função (Bogalho, 2017), fator ao qual se podem associar diversas consequências para a saúde destes colaboradores.

Os riscos psicossociais, além de serem apontados como situação a considerar no caso dos cuidadores formais de idosos dependentes, têm-se mostrado de importância relevante para a generalidade da população pela crescente exposição que se tem observado ao ponto de as suas consequências para a saúde serem consideradas pela OMS como as principais doenças profissionais nas primeiras décadas do século XXI (Duarte, 2011). Complementando esta questão surgem os custos decorrentes das doenças relacionadas com o stress que se estima assumirem valores avultados e uma dimensão considerável (EU-OSHA, 2014).

A presente investigação foi ao encontro destas preocupações e de necessidades profissionais da investigadora, mostrando-se bastante enriquecedora, tanto ao nível profissional, como pessoal. Foi possível perceber melhor as dimensões psicossociais que podem favorecer ou prejudicar a saúde dos(as) cuidadores(as) formais de idosos dependentes e perceber aquelas que apresentam uma necessidade de intervenção mais imediata ou urgente.

Aquando da identificação do problema foram referidos alguns temas como o envelhecimento, a dependência associada e a conseqüente existência de respostas sociais e cuidadores formais, que culminam no tema do cuidado e dos riscos psicossociais associados.

Para que esse cuidado exista e seja realizado de forma humanizada é necessário que as pessoas que o prestam o façam da melhor forma e que tenham condições para isso. Daí esta investigação cair sobre o tema dos riscos psicossociais, que podem passar despercebidos, mas que são de particular importância na questão da prestação do cuidado a terceiros. Também se parte do pressuposto que os níveis de stress da população são elevados, o que prejudica a saúde.

Pela investigação desenvolvida pode concluir-se que a função de cuidador formal de idosos dependentes influencia a saúde dos profissionais tanto negativa como positivamente. Se, por um lado, as pessoas que exercem esta função apresentam mais fatores psicossociais em situação de risco severo para a saúde que a generalidade da população, apontando para uma influência negativa da função, por outro lado, as mesmas pessoas apresentam mais fatores psicossociais em situação favorável à saúde, o que aponta para uma influência positiva. Esta dicotomia vai ao encontro das conclusões de Caçote (2013) quando verificou que outros cuidadores formais têm elevados níveis de qualidade de vida no trabalho e ao mesmo tempo elevada vulnerabilidade ao stress.

A investigação mostra que os cuidadores formais apresentam mais fatores psicossociais em situação de risco severo, no entanto o stress apresenta valores mais favoráveis que a restante população, contrariando outros estudos, como Bogalho (2017) ou Caçote (2013), demonstrando um empenho e uma motivação no desempenho da função que pode equilibrar os fatores em situação de risco.

Pode perceber-se também que a idade, o tempo de serviço, a rotatividade de horários, a remuneração e o tipo de contrato são variáveis que influenciam e diferenciam os cuidadores formais de idosos dependentes da generalidade da população, apontando para maiores níveis de risco e/ou menos situações favoráveis à medida que a idade avança, que se exerce a função há mais tempo, no caso de trabalho por turnos, remunerações mais baixas e contratos sem termo (o que representa mais tempo na função).

Em suma, as preocupações que deram origem a esta investigação revelam-se problemas reais sobre os quais há real necessidade de intervir e de criar estratégias de gestão no sentido de criar melhores condições de trabalho para os cuidadores formais de idosos dependentes.

Existem, no entanto, limitações a este estudo, como a seleção da amostra, por conveniência e localizada, e a possível dificuldade de interpretação das questões por parte de alguns cuidadores, pelo que deverá haver algum cuidado ao analisar estes resultados e os mesmos não deverão ser considerados generalizáveis devido à dimensão da amostra e à sua

seleção. Podem, no entanto, generalizar-se para as IPSS da vila de Fátima, existindo um número significativo de respostas perante o universo desta região.

REFERÊNCIAS

- Almeida, A. R. C. B. (2013). *A síndrome de burnout em cuidadores formais (auxiliares de ação direta) de idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Alves, N. A. S. (2015). *Esgotamento nos cuidadores formais de pessoas institucionalizadas*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Alzheimer's Disease International (2013). *World Alzheimer report 2013. Journey of caring. An analysis of long-term care for dementia*. London: Alzheimer's Disease International.
- Alzheimer's Disease International (2016). *World Alzheimer report 2016. Improving healthcare for people living with dementia. Coverage, quality and costs now and in the future*. London: Alzheimer's Disease International.
- Bogalho, M. M. D. (2017). *Stress ocupacional e coping em cuidadores formais (ajudantes de ação direta) de idosos (in)dependentes institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Caçote, C. M. (2013). *Vulnerabilidade ao stress profissional e qualidade de vida no trabalho*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria, Leiria, Portugal.
- Caçote, C. M. & Faria, L. C. (2015). Vulnerabilidade ao stress e qualidade de vida nos cuidadores formais. *PSIQUE*. Acedido a março 18, 2018, em <http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/2734/1/Vol-XII-Vulnerabilidade-ao-stress-e-qualidade-de-vida-nos-cuidadores-formais.pdf>
- Câmara, P. B., Guerra, P. B. & Rodrigues, J. V. (2013). *Humanator XXI – recursos humanos e sucesso empresarial* (6ª edição). Alfragide, Publicações Dom Quixote.
- Cardiga, C. S. S. (2014). *Qualidade de vida relacionada com níveis de sobrecarga, sintomas psicopatológicos e estratégias de coping de cuidadores de idosos – Estudo exploratório com cuidadores formais e informais*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

- Castanheira, C. M. G. N. R. (2013). *Auxiliar de ação direta: um estudo sobre traços de personalidade, valores e satisfação profissional*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Chambel, D. A. A. (2016). *Trabalhar com idosos institucionalizados. Análise dos níveis de sobrecarga dos cuidadores formais*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação & Escola Superior de Saúde de Portalegre - Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal.
- CITE – Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (2013). *Guia informativo para a prevenção e combate de situações de assédio no local de trabalho: um instrumento de apoio à autorregulação*. Lisboa, CITE.
- Costa, I. L. S. S. (2017). *As condições de trabalho, os riscos gerais e os riscos psicossociais nos profissionais de saúde: um estudo no pólo de Valongo do Centro Hospitalar São João do Porto*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Dias, J. S. B. (2016). *A (in)visibilidade dos riscos psicossociais: propostas de intervenção numa empresa da indústria automóvel*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Letras - Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Dominguez, T. H. F. (2014). *Construção de uma grelha de avaliação dos riscos psicossociais; caso do Centro Hospitalar de Luta contra o Cancro de Nice. França* Trabalho final de Mestrado, Instituto Superior de Economia e Gestão - Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Duarte, V. M. F. (2011). *Avaliação de riscos psicossociais para a saúde no trabalho: contributos de um estudo com enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu - Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal.
- Estrelinha, J. C. S. (2013). *Conceção de um modelo de avaliação do desempenho adequado à gestão dos recursos humanos da Santa Casa da Misericórdia da Marinha Grande* Dissertação de Mestrado, ISLA - Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria, Leiria, Portugal.
- EU-OSHA, Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2013). *Gestão do stress e dos riscos psicossociais no trabalho – guia da campanha*. Ros, Espanha: EU-OSHA.
- EU-OSHA, Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2014). *Cálculo do custo do stresse e dos riscos psicossociais relacionados com o trabalho*. Luxemburgo: EU-OSHA.

- EU-OSHA, Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2016). *Locais de trabalho saudáveis para todas as idades: Promover uma vida profissional sustentável – Guia da campanha*. Bilbao, Espanha: EU-OSHA.
- Fernandes, O. M. S. (2017). *Trabalho de projeto. Riscos psicossociais, capacidade para o trabalho e saúde: avaliação e consciencialização de trabalhadores não docentes de uma instituição de ensino superior*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação - Instituto Politécnico de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Figueiredo, V. M. M. (2014). *Análise da atividade dos ajudantes de lar e das suas condições de trabalho numa perspetiva de género*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento (13-08-2018). Carta Social. *Carta Social Web site*. Acedido a janeiro 09, 2018, em http://www.cartasocial.pt/index2.php?filtrar=hidden&foco=cb_area&cod_distrito=14&cod_concelho=21&cod_freguesia=06&cod_area=21&cod_valencia=0&dcf=142106
- Gonçalves, E. S. & Veiga, R. (2014). Fatores De Riscos Psicossociais no Instituto Nacional de Emergência Médica-INEM: Delegações Centro e Sul [artigo]. Acedido a fevereiro 7, 2018, em <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/4823/A16%20-%20Fatores%20De%20Riscos%20Psicossociais%20no%20Instituto%20Nacional%20de%20Emerg%C3%Aancia%20M%C3%A9dica.pdf?sequence=1>
- Instituto de Segurança Social, I. P. (2007). *Manual de processos-chave: Estrutura residencial para idosos*. Lisboa: Instituto de Segurança Social, I. P.
- Instituto de Segurança Social, I.P. (14-05-2015). Evolução do sistema de Segurança Social. *Instituto de Segurança Social Web site*. Acedido a dezembro 16, 2017, em <http://www.seg-social.pt/evolucao-do-sistema-de-seguranca-social>
- Instituto Nacional de Estatística (11/07/2015), Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia [Informação à comunicação social]. *Instituto Nacional de Estatística Web site*. Acedido a dezembro 20, 2017, em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Junta de Freguesia de Fátima (n.d.). História. *Junta de Freguesia de Fátima Web site*. Acedido a janeiro 16, 2018, em <https://www.freguesiadefatima.pt/pt/sobre-fatima/historia/>

- Moreira, A. C. R. S. (2014). *O cuidar na demência – uma realidade emergente*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- OECD (2017). *Health at a glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- Organização Mundial da Saúde (2015). *Resumo – relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (13-08-2018). Inquéritos ativos. *Ordem dos Psicólogos Portugueses Web site*, área pessoal. Acedido a agosto 13, 2018, em https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/area_pessoal/surveys
- PORDATA (27-04-2017). População empregada por sector de atividade económica (NACE Ver.2) (%). *PORDATA Web site*. Acedido a outubro 26, 2017, em [https://www.pordata.pt/Europa/Popula%C3%A7%C3%A3o+empregada+por+sector+de+atividade+econ%C3%B3mica+\(NACE+Rev.2\)+\(percentagem\)-1774-215168](https://www.pordata.pt/Europa/Popula%C3%A7%C3%A3o+empregada+por+sector+de+atividade+econ%C3%B3mica+(NACE+Rev.2)+(percentagem)-1774-215168)
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. Gradiva: Lisboa.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio – prevenção do stress no trabalho*. Lisboa: Editora RH.
- Ribeiro, M. F. A. (2012). *Riscos psicossociais no trabalho dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu - Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal.
- Ribeiro, P. A. T. (2016). *Estudo sobre a qualidade de vida em cuidadores forais e informais de idosos e o efeito da estimulação cognitiva em idosos com demência*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal.
- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (n. d.). 5 Séculos de história, séculos XV e XVI. *Santa Casa da Misericórdia de Lisboa Web site*. Acedido a outubro 24, 2017, em http://www.scml.pt/pt-PT/scml/5_seculos_de_historia/seculos_xv_e_xvi/
- Santa Casa de Misericórdia do Porto (n. d.). História. Santa Casa de Misericórdia do Porto Web site. Acedido a outubro 24, 2017, em <http://www.scmp.pt/pt-pt/instituicao/historia-missao-e-valores>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Silva, C., Amaral, V., Pereira, A., Bem-haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., . . . Nossa, P. (2012). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire. COPSOQ: Portugal e países africanos de língua oficial portuguesa*. Aveiro: Análise Exacta - Consultadoria, Formação e Edição de Livros.

- SLIC – Comitee of Senior Labour Inspectors (2012). *Psychosocial risk assessments: SLIC Inspection campaign 2012 – final report*. SLIC.
- Valente, M. J. S. (2016). *A influência da satisfação no trabalho no desempenho profissional: um estudo de caso: as ajudantes de ação direta no Centro de Apoio Social da Carregueira*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Gestão de Tecnologia - Instituto Politécnico de Santarém, Santarém, Portugal.
- Veiga, R. J. S. (2016). *Determinantes das perturbações musculoesqueléticas nos trabalhadores de cuidados pessoais em residências de apoio ao idoso*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal.
- WHO – World Health Organization (2012), *Dementia: a public health priority*. Geneva. Switzerland: World Health Organization.

LEGISLAÇÃO

- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. *Diário da República n.º 109/2006, Série I-A*. Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro. *Diário da República n.º 46, Série I*. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.
- Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho. *Diário da República n.º 145/2015, Série I*. Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 48580, de 14 de setembro, 1968. *Diário do Governo n.º 218/1968, Série I*. Ministério da Saúde e Assistência.
- Decreto-Lei n.º 519-G2/79, de 29 de dezembro. *Diário da República n.º 299/1979, 10º Suplemento, Série I*. Ministério dos Assuntos Sociais.
- Decreto-lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro. *Diário da República n.º 19/2010, Série I*. Ministério da Saúde.
- Lei n.º 3/2014, de 28 de janeiro. *Diário da República n.º 19/2014, Série I*. Ministério do Ambiente
- Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro. *Diário da República n.º 30/2009, Série I*. Assembleia da República.
- Lei n.º 73/2017, de 16 de agosto. *Diário da República n.º 157/2017, Série I*. Assembleia da República.

Portaria n.º 67/2012, de 21 de março. *Diário da República n.º 57/2012, Série I*. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.

Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro. *Diário da República n.º 34/2017, Série I*. Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde.

Regulamento Geral de Proteção de Dados – Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016. *Jornal Oficial da União Europeia*, L119, 59º ano, 4 de maio de 2016 [edição em língua portuguesa]. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.

ANEXOS

Anexo A – Instrumento de Recolha de Dados**Questionário**

Pede-se a sua colaboração no preenchimento do presente questionário que faz parte da investigação de Cátia Branco Alves, no âmbito do mestrado em Gestão de Recursos Humanos, no ISLA Leiria.

O objetivo principal do estudo é perceber quais os riscos psicossociais gerados pelo ato de cuidar de idosos com dependência que afetam o bem-estar do cuidador formal, para o qual se utiliza o instrumento COPSOQ II – Questionário Psicossocial de Copenhaga.

Este instrumento destina-se a identificar os riscos psicossociais inerentes à função. O tempo de resposta é de cerca de 15 minutos.

Questões demográficas

Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino

Habilitações literárias: _____ Estado Civil: _____

N.º filhos _____

Questões profissionais

Função: Ajudante de Ação Direta Outro Qual? _____

Tipo de contrato: Termo certo Termo incerto Sem termo

Vínculo: Contratado Estágio Prestação de Serviços Voluntariado

Carga horária: Tempo inteiro Tempo parcial

Tempo de serviço na função: _____ Turnos: Sim Não

Tempo de serviço na instituição: _____

Distância a que mora do trabalho: _____ Km

Deslocação para o trabalho: Transporte próprio Transportes públicos
Boleia A pé

De quantos clientes cuida em média por dia: _____

Nos últimos 6 meses, quanto tempo esteve de baixa? _____

Quanto ganha, por mês (**líquido**)? _____

COPSOQ II – Versão Média

(Kristensen, T., 2001)

(Tradução e adaptação de Silva, C., et al., 2011)

Das seguintes afirmações indique (X) a que se adequa à sua resposta de acordo com:

| | 1 – Nunca/ quase nunca | 2 – Raramente | 3 – Às vezes | 4 – Frequentemente | 5 - Sempre |
|--|-------------------------------|----------------------|---------------------|---------------------------|-------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. A sua carga de trabalho acumula-se por ser mal distribuída? | | | | | |
| 2. Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho? | | | | | |
| 3. Precisa fazer horas-extra? | | | | | |
| 4. Precisa trabalhar muito rapidamente? | | | | | |
| 5. O seu trabalho exige a sua atenção constante? | | | | | |
| 6. O seu trabalho exige que seja bom a propor novas ideias? | | | | | |
| 7. O seu trabalho exige que tome decisões difíceis? | | | | | |
| 8. O seu trabalho exige emocionalmente de si? | | | | | |
| 9. Tem um elevado grau de influência no seu trabalho? | | | | | |
| 10. Participa na escolha das pessoas com quem trabalha? | | | | | |
| 11. Pode influenciar a quantidade de trabalho que lhe compete a si? | | | | | |
| 12. Tem alguma influência sobre o tipo de tarefas que faz? | | | | | |
| 13. O seu trabalho exige que tenha iniciativa? | | | | | |
| 14. O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas? | | | | | |
| 15. O seu trabalho permite-lhe usar as suas habilidades ou perícias? | | | | | |
| 16. No seu local de trabalho, é informado com antecedência sobre decisões importantes, mudanças ou planos para o futuro? | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 17. Recebe toda a informação de que necessita para fazer bem o seu trabalho? | | | | | |
| 18. O seu trabalho apresenta objetivos claros? | | | | | |
| 19. Sabe exatamente as suas responsabilidades? | | | | | |
| 20. Sabe exatamente o que é esperado de si? | | | | | |
| 21. O seu trabalho é reconhecido e apreciado pela gerência? | | | | | |
| 22. A gerência do seu local de trabalho respeita-o? | | | | | |
| 23. É tratado de forma justa no seu local de trabalho? | | | | | |
| 24. Faz coisas no seu trabalho que uns concordam e outros não? | | | | | |
| 25. Por vezes tem que fazer coisas que deveriam ser feitas de outra maneira? | | | | | |
| 26. Por vezes tem de fazer coisas que considera desnecessárias? | | | | | |
| 27. Com que frequência tem ajuda e apoio dos seus colegas de trabalho? | | | | | |
| 28. Com que frequência os seus colegas estão dispostos a ouvi-lo(a) sobre os seus problemas de trabalho? | | | | | |
| 29. Com que frequência os seus colegas falam consigo acerca do seu desempenho laboral? | | | | | |
| 30. Com que frequência o seu superior imediato fala consigo sobre como está a decorrer o seu trabalho? | | | | | |
| 31. Com que frequência tem ajuda e apoio do seu superior imediato? | | | | | |
| 32. Com que frequência é que o seu superior imediato fala consigo em relação ao seu desempenho laboral? | | | | | |
| 33. Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas? | | | | | |
| 34. Existe uma boa cooperação entre os colegas de trabalho? | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 35. No seu local de trabalho sente-se parte de uma comunidade? | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| Em relação à sua chefia direta, até que ponto considera que... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 36. Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento? | | | | | |
| 37. Dá prioridade à satisfação no trabalho? | | | | | |
| 38. É bom no planeamento do trabalho? | | | | | |
| 39. É bom a resolver conflitos? | | | | | |

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

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

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

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

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

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

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

| | Excelente | Muito Boa | Boa | Razoável | Deficitária |
|--|-----------|-----------|-----|----------|-------------|
| 61. No geral, sente que a sua saúde é: | | | | | |

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

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

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

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

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

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 65. Dificuldade em adormecer? | | | | | |
| 66. Acordou várias vezes durante a noite e depois | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| não conseguia adormecer novamente? | | | | | |
| 67. Fisicamente exausto? | | | | | |
| 68. Emocionalmente exausto? | | | | | |
| 69. Irritado? | | | | | |
| 70. Ansioso? | | | | | |
| 71. Triste? | | | | | |
| 72. Falta de interesse por coisas cotidianas? | | | | | |

Nos últimos 12 meses, no seu local de trabalho:

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

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 73. Tem sido alvo de insultos ou provocações verbais? | | | | | |
| 74. Tem sido exposto a assédio sexual indesejado? | | | | | |
| 75. Tem sido exposto a ameaças de violência? | | | | | |
| 76. Tem sido exposto a violência física? | | | | | |

Dê as sugestões de melhorias que gostaria de ver no seu local de trabalho:

AGRADEÇO pela sua colaboração.

Anexo B – Termo de Consentimento Informado**Consentimento Informado**

Pede-se o seu consentimento para a utilização das respostas do questionário a que vai responder e que faz parte da investigação de Cátia Branco Alves, no âmbito do mestrado em Gestão de Recursos Humanos, no ISLA Leiria.

O objetivo principal do estudo é perceber qual o impacto do cuidar de idosos com dependência nos riscos psicossociais do cuidador formal, para o qual se utiliza o instrumento COPSOQ II – Questionário Psicossocial de Copenhaga.

Os resultados são confidenciais, sendo garantido o anonimato das respostas. Este documento não será apresentado publicamente, servirá apenas para garantia interna da investigadora.

Desta forma, consentem a utilização das respostas ao questionário COPSOQ-II os abaixo-assinados:

| | Nome | Rubrica |
|----|------|---------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |
| 11 | | |

Anexo C – Pedido de Autorização para Realização da Investigação nas Instituições.

Leiria, 16 de janeiro de 2018

Ex. ° Sr. Diretor da xxxxxxxxxxxx,

O meu nome é Cátia Branco Alves, sou aluna do Mestrado em Gestão de Recursos Humanos do ISLA Leiria e pretendo desenvolver uma dissertação com o tema dos riscos psicossociais dos cuidadores formais de idosos, na região de Fátima, sob orientação do Professor Doutor José Magalhães, especialista em Riscos Psicossociais.

A investigação incidirá sobre instituições particulares de solidariedade social para idosos da freguesia de Fátima e por ter conhecimento da qualidade com que a vossa instituição trabalha despertou-me um elevado interesse. Venho, desta forma, mostrar a minha intenção em investigar a vossa instituição do ponto de vista dos riscos psicossociais e, assim, solicitar autorização para proceder à aplicação de um inquérito anónimo. O objetivo principal do estudo é perceber qual o impacto do cuidar de idosos com dependência nos riscos psicossociais do cuidador formal.

A ferramenta de avaliação a utilizar para perceber as dimensões identificadas consiste na aplicação do instrumento COPSOQ II – Questionário Psicossocial de Copenhaga, disponibilizado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), aferido para a população portuguesa pela Universidade de Aveiro. Este questionário deverá ser respondido em formato de papel, de forma anónima e deverá contar com a presença da investigadora para que haja uma explicação e clarificação do procedimento e objetivos e, ao mesmo tempo, uma maior celeridade na obtenção das respostas.

Neste sentido solicito que o procedimento passe por reunir os cuidadores com contacto direto com os vossos clientes (Ajudantes de Ação Direta, Técnicos e/ou outros, independentemente de terem vínculo contratual direto com a instituição ou não) em uma ou mais reuniões, o mais alargada possível, em horário a combinar e o mais conveniente possível para o serviço, de modo a permitir a maior e mais sincera participação. Todos os questionários são anónimos e os dados confidenciais, para isso cada funcionário que responder assinará um termo de consentimento informado, sendo garantida a privacidade das respostas.

Fico ao vosso inteiro dispor para esclarecer quaisquer dúvidas eventualmente existentes e comprometo-me a apresentar os resultados da minha investigação à vossa Instituição, no sentido da identificação dos riscos psicossociais, um dos requisitos da legislação de Higiene e Segurança no Trabalho.

Certa que esta parceria representaria uma mais-valia para a vossa Instituição, desde já agradeço toda a disponibilidade que possa dispensar a este assunto e aguardo uma resposta positiva, contando vir a contactar-vos muito em breve.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos,

Cátia Branco Alves
catia.b.alves@gmail.com

Anexo D – Exemplos de Autorizações por parte das Instituições.

“Bom dia Cátia,

No seguimento do teu email, cumpre-me informar que a Direção permite a participação no estudo e recolha de informações junto dos cuidadores formais.

Mais informo que o melhor horário para recolha será às 16H e 20H, horário de término dos turnos.

Gostaríamos ainda de ter acesso ao relatório final, conforme disponibilizas.”

“Bom dia

Efetivamente falei com a direção e ficou acordado que poderíamos disponibilizar a instituição para o estudo, no entanto as funcionárias nunca estarão todas ao serviço. Tínhamos pensado em agendar um dia e faria o estudo com o grupo que estivesse de serviço nesse dia.

Cumprimentos”

“Olá Cátia,

Soube do estudo que estás a realizar e temos todo o interesse em poder ajudar no que necessitares.

Entretanto o Dr. XXXX reencaminhou-me o e-mail que recebeu e encarregou-me de mediar o processo.”

Anexo E – Agradecimento às Instituições.

Prezada Direção da XXXXXXXXXX,

Venho por este meio agradecer toda a disponibilidade e prontidão demonstrada ao longo dos contactos com a Dra. YYYYYY, com quem fui articulando ao longo das últimas semanas, bem como a disponibilidade para me receberem e reunir um conjunto de respostas ao questionário. Também agradeço o empenho que mostrou na visita guiada à instituição.

Agradeço a realização das reuniões em que foi possível recolher n respostas ao questionário e a todos os colaboradores que aceitaram participar no estudo e disponibilizaram o seu tempo.

Conforme foi inicialmente prometido, logo que o estudo esteja concluído, farei chegar os resultados a todas as Instituições que participaram e um relatório personalizado com os resultados de cada uma, para que possam atuar sobre ele, no sentido da melhoria dos riscos psicossociais dos vossos colaboradores.

Com os melhores cumprimentos.

Cátia Branco Alves

ISLA Leiria

catia.b.alves@gmail.com