

***CUIDAR DO TRABALHO DE QUEM TRABALHA PARA CUIDAR:
O MENOS VISÍVEL DO TRABALHO E SUA REPERCUSSÃO NA
SAÚDE DOS FISIOTERAPEUTAS***

Lúcia Maria Simões Fernandes Costa

Orientadora: Professora Doutora Marta Santos

Tese apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da
Educação da Universidade do Porto para obtenção do grau de Doutor
em Psicologia.

2015

RESUMO

Os fatores ou circunstâncias psicossociais que podem interferir na saúde dos trabalhadores encontram-se nas condições inerentes ao trabalho e ao trabalhar e requerem, prioritariamente, uma ação sobre as suas causas e não sobre os sintomas ou consequências que deles podem advir. A avaliação de fatores psicossociais de risco no trabalho torna imprescindível a participação ativa do trabalhador, bem como a análise da sua atividade concreta.

Enquadrada na tradição científica da psicologia do trabalho e da ergonomia da atividade, a nossa investigação constituiu-se em três estudos empíricos que concorreram para o objetivo geral da dissertação, a saber, estudar, no contexto dos fisioterapeutas portugueses, o trabalho, a saúde e os riscos psicossociais, bem como as relações que entre eles se estabelecem.

A complementaridade metodológica que elegemos alicerçou-se numa abordagem de valorização da atividade de trabalho, de investigação do terreno, de recolha e análise de dados do trabalho real dos fisioterapeutas, mas, também, em métodos mais genéricos de assimilação de conhecimento.

Assim, e na senda de uma conciliação metodológica recorreremos, para a realização do primeiro estudo, a um instrumento de avaliação de trabalho e saúde. Com base na validação fatorial desse mesmo instrumento avaliámos fatores psicossociais de risco no segundo estudo. A partir destas duas pesquisas obtivemos uma panorâmica geral de compreensão que dirigiu o nosso olhar até à atividade de trabalho. No terceiro estudo munidos de outras ferramentas, por recurso a instrumentos de índole qualitativa, fomos ao encontro do trabalho real dos fisioterapeutas, onde procurámos aceder aos seus pontos de vista e à sua intencionalidade.

Verificámos que na atividade dos fisioterapeutas existem fatores psicossociais de risco como sejam a intensidade, ritmo e sobrecarga de trabalho; as exigências emocionais; a organização e características do local de trabalho e as relações sociais e interesse pelo trabalhador.

Por outro lado, o fator exigências cognitivas e dificuldade da tarefa configura um fator de proteção e compensação para esses trabalhadores. Constatámos que o que se constitui como um fator de risco é, em simultâneo, fator de satisfação e vínculo ao trabalho. Ou seja, o que justifica a vontade de permanecer como fisioterapeuta é, por vezes, aquilo que mais desgasta esta relação de trabalho. O último estudo confirma, ainda, a necessidade de conhecer a atividade concreta, pois, em última análise, ao serem eliminados fatores de risco poder-se-ia correr o risco de anular, também, o que dá prazer e bem-estar, a possibilidade de se fazer um bom trabalho.

ABSTRACT

Psychosocial factors or conditions that may interfere with the health of workers can be found in the intrinsic work tasks and working conditions and primarily require an action on the causes and not on the symptoms or consequences that may arise from them. The assessment of psychosocial risk factors at work makes imperative the active involvement of the worker as well as the analysis of its real activity.

Embedded in the scientific tradition of work psychology and activity ergonomics, our research included three empirical studies which contributed to the general aim of the thesis, namely, to study in the context of Portuguese physiotherapists, work, health and psychosocial risks as well as the relationships that settle down among them.

The methodological complementarity that we selected was founded in an approach of valorization of work activity, of research in the context, of gathering and analysis of real information of physiotherapists work, but also in more general methods of knowledge assimilation.

Thus, on the path of a methodological conciliation we resort to the accomplishment of the first study, a work and health assessment instrument. Based on the factorial validity of that instrument we have assessed psychosocial risk factors in the second study. From these two researches we achieved an overview of comprehension that drove our attention up to work activity. In the third study provided by other tools, and using qualitative nature instruments, we went to meet the physiotherapist's real work, where we tried to access their points of view and intentionality.

We have noticed there are psychosocial risk factors in the physiotherapist's activity such as the intensity, pace and work overload; the emotional demands; the organization and characteristics of the workplace and social relations and concern for worker.

On the other hand, the cognitive demands and task difficulty factor set up a protection and compensation factor for these workers. We realized that what constitutes a risk factor is simultaneously satisfaction and bond factor to work. Then, which justifies the willingness to remain as physiotherapist is sometimes what more wearing this working relationship. The latest study also confirms the necessity to understand the precise activity because, ultimately, eliminating some risk factors it may also run the risk of void what gives pleasure and well-being, the possibility of doing a good work.

RÉSUMÉ

Les facteurs ou circonstances psychosociales susceptibles d'interférer sur la santé des travailleurs, trouvent leur source dans les conditions inhérentes au travail et au mode de travail et requièrent, en priorité, d'agir sur les causes et non pas sur les symptômes ou les conséquences qui peuvent advenir. Pour évaluer les facteurs de risque psychosociaux au travail, la participation active du travailleur s'avère indispensable, tout comme l'analyse de son activité concrète.

S'inscrivant dans la tradition scientifique de la psychologie du travail et de l'ergonomie de l'activité, notre recherche comporte trois études empiriques qui concourent à l'objectif général de la dissertation, à savoir, étudier, dans le contexte de travail des kinésithérapeutes portugais, le travail, la santé et les risques psychosociaux ainsi que les liens qui s'établissent entre ces trois pôles.

La complémentarité méthodologique que nous avons choisie se base sur une approche de valorisation de l'activité de travail, d'investigation sur le terrain, de collecte et d'analyse de données sur le travail réel des kinésithérapeutes, mais également sur des méthodes plus génériques d'assimilation des connaissances.

Ainsi, et sur la voie d'une conciliation méthodologique, nous avons recouru, pour réaliser la première étude, à un instrument d'évaluation du travail et de la santé. Prenant pour base la validation factorielle de cet instrument, nous avons évalué les facteurs de risque psychosociaux dans la deuxième étude. Ces deux recherches ont permis d'élargir notre compréhension jusqu'à obtenir une vue panoramique sur le sujet et, de là, diriger notre regard sur l'activité de travail. Munis d'autres outils, à caractère qualitatif cette fois, nous sommes partis à la rencontre du travail réel des kinésithérapeutes et nous avons cherché à accéder à leurs points de vue et intentionnalité.

Nous avons observé que, dans l'activité des kinésithérapeutes, il existe des facteurs de risque psychosociaux tels que l'intensité, le rythme et la surcharge de travail ; les exigences émotionnelles ; l'organisation et les caractéristiques du lieu de travail ainsi que les rapports sociaux et l'intérêt manifesté par le travailleur.

Par ailleurs, le facteur exigences cognitives et difficulté de la tâche prend la configuration d'un facteur de protection et de compensation pour ces travailleurs. Nous avons constaté que ce qui constitue un facteur de risque s'avère, simultanément, un facteur de satisfaction et un lien avec le travail. Ainsi, ce qui justifie la volonté de rester kinésithérapeute est, parfois, ce qui s'avère le plus usant dans ce rapport de travail. La dernière étude confirme, en outre, le besoin de connaître l'activité concrète, car, en dernière instance, en éliminant des facteurs de risque, on court éventuellement le risque de se couper, par la même occasion, de sources de plaisir et de bien-être, de la possibilité de faire du bon travail.

AGRADECIMENTOS

A elaboração de uma tese de doutoramento constitui um dos desafios mais importantes da vida académica. Sendo um trabalho solitário, não é o trabalho de um investigador sozinho. Ainda que este espaço, seguramente, não permita agradecer a tantos que, olhando para trás, contribuíram direta ou indiretamente para que este projeto se tornasse possível, deixo, nestas linhas, o meu mais sentido e profundo reconhecimento a todos, destacando de forma singular:

A Professora Doutora Marta Santos, orientadora deste trabalho, a quem devo quase tudo. Ao longo desta caminhada, para além da abertura, compreensão, disponibilidade e apoio incondicional, mostrou-me a importância da perseverança, da confiança e da partilha. As suas qualidades de investigadora só ficam aquém dos seus predicados pessoais, por ambos tenho a mais profunda admiração. A sorte que tive pelo cruzar dos nossos passos, o orgulho que tenho pelo seu acompanhamento e a amizade com que me honra são, dos melhores resultados deste percurso.

A equipa de Psicologia do Trabalho da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, pois se me senti nesta faculdade como “estando em casa”, tal a forma como fui recebida, foi junto desta equipa que esse sentimento se cimentou. O acolhimento, a disponibilidade, o estímulo e a possibilidade de participação que generosamente disponibilizaram foi fundamental.

Desta equipa, mas porque não é só desta equipa, a Professora Doutora Marianne Lacomblez. Uma referência para mim, há muitos anos, foi uma honra trabalhar a seu lado e receber o muito que tem para dar, profissional e pessoalmente.

A Liliana Cunha e a Carla Barros, pelas partilhas de conhecimento sobre o INSAT e sobre todos os assuntos em que as solicitei. A sua experiência e saber foram muito importantes.

Os fisioterapeutas que colaboraram na distribuição do questionário e cuja ajuda foi fundamental para chegar a todos os que participaram. Disponibilidade, paciência e generosidade é, também, o que devo, à Ana Antunes, à Alice Antunes, à Ana Tomé, à Ana Pacheco à Andreia Rocha, à Cláudia Melo, ao Carlos Tavares, à Dina Figueiredo, à Fabíola Gomes, à Glória Chichorro, ao Hugo Sá Pereira, ao João Carlos Rodrigues, ao João Marques, à Joana Rosado, ao Johan Santos, à Juliana Gomes de Oliveira, à Lina Cunha, à Lúcia Costa, à Marina Sousa, ao Miguel Carvalho Ferraz, à Natércia Canha, à Patrícia

Castanheira, à Patrícia Francisco, à Paula Pacheco, ao Ricardo Cavaleiro Gonçalves, à Rita Oliveira, à Sofia Salgado, à Susana Barata e ao Tiago Morais.

Todos os fisioterapeutas que gentilmente responderam ao questionário, que mesmo com todas as dificuldades inerentes ao seu dia a dia de trabalho, encontraram um momento para comigo colaborarem. É, também, deles e para eles esta tese.

Os fisioterapeutas das duas instituições onde decorreram os casos de estudo, porque permitiram que mergulhássemos na sua atividade concreta e de viva voz partilharam comigo o seu mundo, as suas preocupações e os sentimentos que se atravessam, diariamente, no seu trajeto. Porque, para além disso, me fizeram sentir como um deles, me recordaram como é maravilhoso cuidar de alguém e ver a esperança no olhar daqueles, para os quais um pouquinho lhes parece imenso. Ainda, os responsáveis e todos os que constroem essas duas instituições, por me abrirem as portas e tão bem me receberem.

A Margarida Pocinho e a Clara Rocha pelos conselhos, ajuda nas análises estatísticas e pela disponibilidade permanente para tudo fazerem em relação às dúvidas que levantei. A Cláudia Pereira pelo trabalho generoso, a partilha do seu saber e a ajuda com que nos brindou sem que fosse preciso pedir e a Cláudia Gonçalves pela ajuda na transcrição das entrevistas.

A Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, a minha segunda casa, na pessoa do seu Presidente, por todas as formas de apoio, pelo incentivo e compreensão e os colegas de trabalho por acreditarem em mim e estimularem este percurso.

A Cristina Girão, a Anabela Martins, a Paula Fonseca, pelo suporte nos momentos difíceis, pelo companheirismo de todos os dias e pela amizade de sempre.

Os meus alunos, que me ouvem falar, há tantos anos, de riscos psicossociais e ultimamente desta tese. A sua irreverência, a sua juventude e a sua presença no meu dia-a-dia ajudaram muitas vezes a ultrapassar momentos difíceis.

Os meus colegas de doutoramento por terem vivido comigo as dificuldades e as angústias, mas também as alegrias e os momentos de descontração.

A família e os amigos, de perto e de longe, pelos sorrisos que me provocam, pelo incentivo que me dão, por me atribuírem qualidades que nem sei se tenho, pela importância que têm e por simplesmente serem família e amigos, e isso é bastante.

Os meus pais, porque são os meus pilares. Porque sei em todos os momentos que o meu coração também bate dentro deles, porque mesmo que o silêncio sei que no seu pensamento, nos seus desejos e nas suas preces estou sempre presente. São de sempre e serão para sempre.

O Gui, pelas alegrias do seu sorriso, pelo conforto dos seus abraços, porque através dele existe um futuro, porque por ele sou maior e melhor.

O Mário, companheiro de todas as horas. Porque foi, quando eu não pude ser, esteve, quando eu não pude estar. Fez-se presença silenciosa e ausência ativa, sempre que precisei. Por existir na minha vida e ser no meu coração.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACT - Autoridade para as Condições de Trabalho

AI - Autonomia e Iniciativa

AFC - Análise Fatorial Confirmatória

AFE - Análise Fatorial Exploratória

AMB - Ambiente Físico

APF - Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

CF - Constrangimentos Físicos

COPSOQ - Copenhagen Psychosocial Questionnaire

CP - Contacto com o Público

CT - Características de Trabalho

CRT - Constrangimentos do Ritmo de trabalho

CVFT - Condições de Vida Fora do Trabalho

e.p - Erro Padrão

EWCS – European Working Conditions Survey

F-Psico - Método de Evaluación Factores Psicosociales

g.l - Graus de Liberdade

INSAT – Inquérito Saúde e Trabalho

KMO – Critério de Kaiser-Meyer-Olkin

LA – Local A

LB – Local B

NHP - Nottingham Health Profile

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos

OMS - Organização Mundial de Saúde

PSN - Perfil de Saúde Nottingham

RT - Relações de Trabalho

ST - Saúde no Trabalho

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ÍNDICES

ÍNDICE GERAL

Introdução	29
Parte I. O Trabalho e a Saúde: Da Adesão à Psicologia do Trabalho ao Contexto Empírico	45
Capítulo I. Psicologia do Trabalho, Trabalho e Saúde	47
1. Do Conceito de Trabalho à Psicologia do Trabalho	49
2. A Atividade na Esteira do Conceito de Trabalho	51
3. Do Trabalho aos Riscos Profissionais Revisitando o Conceito de Saúde a Partir de Canguilhem.....	54
3.1. Canguilhem e o conceito de saúde.....	55
3.2. Do trabalho aos riscos de adoecer a trabalhar.....	58
4. Síntese Conclusiva	64
Capítulo II. O Trabalho e a Saúde dos Profissionais de Saúde: Do Global aos Fisioterapeutas	67
1. Trabalhar na Área da Saúde.....	69
1.1. O trabalho dos fisioterapeutas.....	70
2. A Saúde no Trabalho dos Fisioterapeutas e de Outros Profissionais de Saúde: Alguns Dados da Literatura	75
3. A Saúde e o Trabalho em Função de Questões de Género e de Diferentes Setores	78
4. Síntese Conclusiva	82
Capítulo III. Trabalho e Saúde: Da Avaliação à Compreensão, Apoiados na Perceção dos Fisioterapeutas (estudo empírico 1)	85
1. Introdução.....	87
2. Objetivos e Questões de Investigação	87
3. Enquadramento Metodológico	88
4. Participantes e Procedimentos de Recolha de Dados.....	89
5. Instrumento e Sua Aplicação	90
6. Tratamento Estatístico dos Dados	93

7. A Amostra.....	93
7.1. Caraterização sociodemográfica e profissional da amostra.....	94
8. Apresentação e Discussão dos Resultados.....	96
8.1. Exposição a condições e caraterísticas de trabalho e respetivo incómodo para o total da amostra.....	96
8.1.1. Ambiente físico e constrangimentos físicos.....	97
8.1.2. Constrangimentos do ritmo de trabalho e autonomia e iniciativa.....	97
8.1.3. Relações de trabalho.....	99
8.1.4. Caraterísticas do trabalho.....	100
8.1.5. O incómodo nas componentes de situações e caraterísticas de trabalho.....	100
8.2. Condições de trabalho e riscos a que os fisioterapeutas estão sujeitos.....	101
8.3. Exposição a condições e caraterísticas de trabalho e respetivo incómodo de acordo com o género.....	103
8.4. Exposição a condições e caraterísticas de trabalho e respetivo incómodo de acordo com o setor de trabalho.....	107
8.5. O incómodo nas componentes de situações e caraterísticas de trabalho, em função do género e do setor de trabalho.....	110
8.6. As condições de trabalho e os riscos a que os fisioterapeutas estão sujeitos, em função do género e do setor de trabalho.....	111
8.7. A influência de algumas variáveis sociodemográficas e profissionais na maior ou menor exposição a riscos derivados do trabalho.....	115
8.7.1. Variáveis relativas a condições de trabalho associadas ao ambiente e constrangimentos físicos.....	117
8.7.2. Variáveis relativas a condições de trabalho associadas ao ritmo de trabalho e às relações de trabalho.....	118
8.7.3. Variáveis relativas a condições de trabalho associadas ao contacto com o público.....	119
8.7.4. Variáveis associadas a caraterísticas de trabalho.....	120
8.8. Compreender o que influencia a exposição aos riscos de trabalhar como fisioterapeuta....	122
8.9. Estado de saúde, problemas de saúde e sua relação com o trabalho.....	124

8.10. A saúde e o bem-estar a partir do Nottingham Health Profile.....	138
9. O Trabalho, os seus Constrangimentos e a Relação com a Saúde, na Perspetiva dos Fisioterapeutas	139
10. Síntese Conclusiva.....	144
Parte II: Riscos Psicossociais e Fatores Psicossociais de Risco: Das Definições ao Terreno com os Fisioterapeutas.....	147
Capítulo IV. Riscos Psicossociais: Lições Aprendidas e Novos Caminhos	149
1. Os Riscos Psicossociais: Notas Introdutórias.....	151
2. Os Riscos Psicossociais: Algumas Conclusões da Literatura Recente	156
2.1. A violência e o assédio no trabalho.....	161
2.2. O conflito trabalho/família.....	162
2.3. O stresse e o burnout no local de trabalho	163
2.4. A variável género a propósito dos riscos psicossociais.....	164
3. Riscos Psicossociais: Um Pouco de uma História que vem de Longe.....	166
4. Síntese Conclusiva	170
Capítulo V. Riscos Psicossociais: Uma Problemática, Diferentes Abordagens.....	175
1. Procurando Consensos e Analisando Conceitos	177
1.1. Riscos psicossociais: uma problemática a definir.....	177
1.2. Algumas definições e o que as mesmas nos dizem.....	179
1.3. Riscos psicossociais ou fatores psicossociais (de risco)?	182
2. Avaliar os Fatores Psicossociais de Risco.....	187
3. Síntese Conclusiva	194
Capítulo VI. A Avaliação de Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho a Partir de Inquéritos Sobre Condições de Trabalho	197
1. Introdução.....	199
2. Os Cinco Inquéritos Europeus Sobre as Condições de Trabalho.....	200
2.1. Algumas conclusões genéricas dos resultados dos EWCS.....	201
3. Os Riscos Psicossociais nos EWCS.....	202

4. Riscos Psicossociais nos Trabalhadores Portugueses: A Perspetiva a Partir da Europa..	206
4.1. Intensidade e tempo de trabalho	207
4.2. Exigências emocionais.....	210
4.3. Autonomia	211
4.4. Relações sociais no trabalho	213
4.5. Conflitos de valores e insegurança na situação de trabalho	215
5. Síntese Conclusiva	216
Capítulo VII. Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho Através do INSAT: Validação Fatorial (estudo empírico 2).....	221
1. Introdução.....	223
2. Configurações Metodológicas	224
3. Os Riscos Psicossociais e os Fatores Psicossociais de Risco com Base no INSAT	226
3.1. Análise fatorial exploratória e fiabilidade	226
3.2. Análise da estrutura fatorial.....	235
4. Os Riscos Psicossociais dos Fisioterapeutas da Amostra	239
5. Síntese Conclusiva	244
Capítulo VIII. Ao Encontro dos Fisioterapeutas: Fatores Psicossociais de Risco em dois Casos de Estudo (estudo empírico 3)	245
1. Introdução.....	247
2. Questões de Investigação.....	248
3. A Opção Metodológica em Jogo	248
4. Os Instrumentos de Recolha de Dados.....	249
5. Os Procedimentos Adotados.....	251
6. As Técnicas de Análise Privilegiadas.....	253
7. Os Locais Estudados e os Fisioterapeutas que neles Trabalham.....	257
8. No Terreno com os Fisioterapeutas: Observando a Atividade e Ouvindo o seu Discurso	259
8.1. Ritmo de trabalho, múltiplas tarefas e simultaneidades	262

8.2. As exigências físicas e as exigências emocionais no contexto da atividade.....	273
8.3. A presença constante de outras pessoas no decurso da atividade.....	284
8.4. A saúde e a sua relação com o trabalho.....	294
8.5. Avaliar para compreender, compreender para intervir.....	299
8. Síntese Conclusiva	305
Conclusões Gerais e Considerações Finais.....	311
1. As Questões Metodológicas.....	313
2. A Análise da Atividade Trabalho e a Avaliação de Fatores Psicossociais de Risco	314
3. Um Ponto de Partida para a Intervenção.....	318
Referências Bibliográficas.....	321
Anexos.....	345
ANEXO I: LOCAIS DE TRABALHO DOS FISIOTERAPEUTAS POR SUB-REGIÕES DE ACORDO COM A NOMENCLATURA NUTS III.....	347
ANEXO II: INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS DE ACORDO COM A LITERATURA.....	351
ANEXO III: DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS DO INSAT PELOS FATORES PSICOSSOCIAIS DE RISCO DE GOLLAC E BODIER (2011).....	355
ANEXO IV: RESULTADOS DOS FISIOTERAPEUTAS DOS DOIS CASOS DE ESTUDO NAS COMPONENTES DO INSAT	359
ANEXO V: ESTATÍSTICAS E SIMULTANEIDADES DA ATIVIDADE DO FISIOTERAPEUTA DO LOCAL A	365
ANEXO VI: ESTATÍSTICAS E SIMULTANEIDADES DA ATIVIDADE DO FISIOTERAPEUTA DO LOCAL B	369
ANEXO VII: GUIÃO DA ENTREVISTA AOS FISIOTERAPEUTAS.....	373
ANEXO VIII: IDENTIFICAÇÃO DO SISTEMA DE CATEGORIAS DA CODIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS	377

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: <i>Caraterização da Amostra: Dados Pessoais e Profissionais</i>	95
Tabela 2: <i>Caraterísticas do Horário de Trabalho</i>	96
Tabela 3: <i>Exposição a Condições do Ambiente Físico e Constrangimentos Físicos e Respetivo Incómodo</i>	97
Tabela 4: <i>Exposição a Condições de Ritmo de Trabalho e Autonomia e Iniciativa e Respetivo Incómodo</i>	98
Tabela 5: <i>Exposição a Constrangimentos nas Relações de Trabalho e ao Contacto com o Público e Respetivo Incómodo</i>	99
Tabela 6: <i>Exposição a Caraterísticas do Trabalho e Respetivo Incómodo</i>	100
Tabela 7: <i>Incómodo Médio em cada Componente</i>	101
Tabela 8: <i>Exposição a Condições do Ambiente Físico e Constrangimentos Físicos e Respetivo Incómodo, por Género</i>	103
Tabela 9: <i>Exposição a Condições de Ritmo de Trabalho e Autonomia e Iniciativa e Respetivo Incómodo, por Género</i>	105
Tabela 10: <i>Exposição a Constrangimentos nas Relações de Trabalho, ao Contacto com o Público e a Caraterísticas de Trabalho e Respetivo Incómodo, por Género</i>	106
Tabela 11: <i>Exposição a Condições do Ambiente Físico e Constrangimentos Físicos e Respetivo Incómodo, por Setor</i>	107
Tabela 12: <i>Exposição a Condições de Ritmo de Trabalho e Autonomia e Iniciativa e Respetivo Incómodo, por Setor</i>	108
Tabela 13: <i>Exposição a Constrangimentos nas Relações de Trabalho, ao Contacto com o Público e a Caraterísticas de Trabalho e Respetivo Incómodo, por Setor</i>	109
Tabela 14: <i>Comparação por Género do Incómodo Médio nas Diferentes Componentes</i>	110
Tabela 15: <i>Comparação por Setor do Incómodo Médio nas Diferentes Componentes</i>	111
Tabela 16: <i>Coefficientes Logit dos Modelos de Regressão Logística de Variáveis relativas a Condições de Trabalho, associadas ao Ambiente e Constrangimentos Físicos, em função do Género, Idade, Setor, Estado Civil, Filhos, Escolaridade e Antiguidade na Profissão</i>	118
Tabela 17: <i>Coefficientes Logit dos Modelos de Regressão Logística de Variáveis relativas a Condições de Trabalho, associadas aos Constrangimentos de Ritmo de Trabalho e às Relações de Trabalho, em função do Género, Idade, Setor, Estado Civil, Filhos, Escolaridade e Antiguidade na Profissão</i>	119
Tabela 18: <i>Coefficientes Logit dos Modelos de Regressão Logística de Variáveis relativas a Condições de Trabalho, associadas ao Contacto com o Público, em função do Género, Idade, Setor, Estado Civil, Filhos, Escolaridade e Antiguidade na Profissão</i>	120

Tabela 19: <i>Coefficientes Logit dos Modelos de Regressão Logística de Variáveis relativas a Características de Trabalho, em função do Género, Idade, Setor, Estado Civil, Filhos, Escolaridade e Antiguidade na Profissão</i>	121
Tabela 20: <i>Saúde Afetada pelo Trabalho</i>	124
Tabela 21: <i>Saúde Afetada pelo Trabalho, por Género e Setor</i>	125
Tabela 22: <i>Problemas de Saúde Identificados: Amostra Total, por Género e Setor</i>	126
Tabela 23: <i>Problemas de Saúde Causados pelo Trabalho: Amostra Total, por Género e Setor</i>	127
Tabela 24: <i>Problemas de Saúde Agravados pelo Trabalho: Amostra Total, por Género e Setor</i>	128
Tabela 25: <i>Correlação entre a Saúde e as Componentes Relativas às Condições e Características de Trabalho</i>	129
Tabela 26: <i>Correlação entre o Número de Problemas de Saúde e as Componentes Relativas às Condições e Características de Trabalho e à Saúde no Trabalho</i>	129
Tabela 27: <i>Coefficientes Logit dos Modelos de Regressão Logística da Variável Dores de Costas, em função do Género, Idade, Setor, Estado Civil, Filhos, Escolaridade e Antiguidade na Profissão e de Condições e Características de Trabalho</i>	131
Tabela 28: <i>Coefficientes Logit dos Modelos de Regressão Logística da Variável Problemas Músculo-esqueléticos, em função do Género, Idade, Setor, Estado Civil, Filhos, Escolaridade e Antiguidade na Profissão e de Condições e Características de Trabalho</i>	132
Tabela 29: <i>Coefficientes Logit dos Modelos de Regressão Logística da Variável Varizes, em função do Género, Idade, Setor, Estado Civil, Filhos, Escolaridade e Antiguidade na Profissão e de Condições e Características de Trabalho</i>	133
Tabela 30: <i>Coefficientes Logit dos Modelos de Regressão Logística da Variável Dores de Cabeça, em função do Género, Idade, Setor, Estado Civil, Filhos, Escolaridade e Antiguidade na Profissão e de Condições e Características de Trabalho</i>	135
Tabela 31: <i>Coefficientes Logit dos Modelos de Regressão Logística da Variável Saúde Afetada pelo Trabalho, em função de Condições e Características de Trabalho</i>	137
Tabela 32: <i>Número de Respostas às Questões do NHP</i>	138
Tabela 33: <i>Percentagem de Respostas e Número de Problemas Relacionados com o Trabalho nas Dimensões do NHP</i>	138
Tabela 34: <i>Distribuição dos Artigos Revistos em Função do Assunto, Metodologia e Tipo de Estudo, População e Instrumentos de Avaliação</i>	158
Tabela 35: <i>Fatores Psicossociais Avaliados nos EWCS 1991, 1995, 2000, 2005 e 2010, de acordo com as seis Dimensões de Gollac e Bodier (2011)</i>	204

Tabela 36: <i>INSAT-Riscos Psicossociais no Trabalho: Saturações Fatoriais (S) e Comunalidades (h²)</i>	230
Tabela 37: <i>INSAT-Riscos Psicossociais no Trabalho: Valores do Alpha de Cronbach e Correlações Item/Fator</i>	232
Tabela 38: <i>Índices de Ajustamento Obtidos na Análise Fatorial Confirmatória do INSAT-Riscos Psicossociais no Trabalho</i>	237
Tabela 39: <i>Riscos Psicossociais dos Fisioterapeutas da Amostra Total</i>	240
Tabela 40: <i>Caraterização dos Fisioterapeutas dos dois casos de estudo: Dados Demográficos e Profissionais</i>	259
Tabela 41: <i>Fatores Psicossociais de Risco dos Fisioterapeutas dos dois Casos de Estudo: Intensidade, Ritmo e Sobrecarga de Trabalho</i>	268
Tabela 42: <i>Fatores Psicossociais de Risco dos Fisioterapeutas dos dois Casos de Estudo: Organização e Caraterísticas do Local de Trabalho</i>	274
Tabela 43: <i>Fatores Psicossociais de Risco dos Fisioterapeutas dos dois Casos de Estudo: Exigências Emocionais e Exigências Cognitivas e Dificuldades da Tarefa</i>	277
Tabela 44: <i>Fatores Psicossociais de Risco dos Fisioterapeutas dos dois Casos de Estudo: Relações Sociais e Interesse pelo Trabalhador</i>	285
Tabela 45: <i>Saúde Afetada pelo Trabalho: Fisioterapeutas dos dois Casos de Estudo</i>	294

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1:</i> Fatores Psicossociais de Risco na Dimensão Intensidade e Tempo de Trabalho	209
<i>Figura 2:</i> Fatores Psicossociais de Risco na Dimensão Exigências Emocionais	210
<i>Figura 3:</i> Fatores Psicossociais de Risco na Dimensão Autonomia	212
<i>Figura 4:</i> Fatores Psicossociais de Risco na Dimensão Relações Sociais no Trabalho	214
<i>Figura 5:</i> Fatores Psicossociais de Risco na Dimensão Conflitos de Valores	215
<i>Figura 6:</i> Fatores Psicossociais de Risco na Dimensão Insegurança no Trabalho	216
<i>Figura 7:</i> Análise Fatorial Confirmatória do INSAT-Riscos Psicossociais no Trabalho	238
<i>Figura 8:</i> Cronologia das Atividades Desenvolvidas para a Recolha de Dados	252
<i>Figura 9:</i> Identificação da Categorias de Primeira e Segunda Ordem	255
<i>Figura 10:</i> Número de Referências nas Categorias de Segunda Ordem da Categoria o Trabalho	256
<i>Figura 11:</i> Número de Referências nas Categorias de Segunda Ordem da Categoria Fatores de Risco	256
<i>Figura 12:</i> Registo da Atividade de um Fisioterapeuta no Local A	263
<i>Figura 13:</i> Registo da Atividade de um Fisioterapeuta no Local B	264

INTRODUÇÃO

O trabalho que estas linhas iniciam é o resultado de um percurso de três anos e a concretização de um desejo bem mais antigo. É, ainda, a materialização do estudo mais aprofundado de uma temática que há muito nos desperta interesse: o trabalho e a sua influência na vida de quem o realiza.

A partir de expressões mais ou menos genéricas como, o trabalho tem um papel significativo na vida das pessoas, no funcionamento das empresas, na sociedade em geral ou o trabalho é uma condição central da experiência humana individual e social, cuja pertinência é indiscutível, colocam-se, no entanto, várias questões: o que é e como podemos descrever o trabalho? Estará a mudar, e se sim em que sentido? Preencherá as numerosas, e por vezes conflituosas, expectativas que temos acerca dele? Poderá o trabalho ser melhorado, caminhando no sentido de ser favorável ao ser humano, em todas as suas dimensões?

Não tendo a pretensão de dar uma resposta cabal a estas, e a muitas outras, questões que aqui poderiam ser levantadas, um estudo de fenómenos associados ao trabalho comporta, no mínimo, a vantagem de desbravar caminhos, de ir um pouco mais longe no seu conhecimento e tentar contribuir para que se torne um fator de crescimento e desenvolvimento para os indivíduos. Por outro lado, as concepções e as formas de abordar o estudo do trabalho e de o analisar são inúmeras e partem de disciplinas, de objetivos e interesses ou de filiações científicas, epistemológicas e até políticas, diversas. Controvérsias, mas, também, complementaridades em alguns casos, entre as diferentes disciplinas (a sociologia, economia, ergonomia, engenharia e a psicologia, só para referir algumas) materializam-se na forma como circunscrevem o trabalho. Para alguns, trata-se antes de tudo de uma relação social (por exemplo uma relação salarial), para outros, trata-se, sobretudo, de emprego e para outros ainda, trata-se de uma atividade de produção social (Dejours, 2004).

Sem dúvida, que a partir do trabalho provém boa parte dos nutrientes economicamente necessários para a sobrevivência material da maioria dos seres humanos, mas, também, dos que são considerados culturalmente imprescindíveis para o desenvolvimento normal dos sujeitos nos planos psicológico, social, político e moral (Blanch, Sahagún & Cervantes, 2010). Então, o trabalho é um processo (individual ou coletivo) de transformação e com uma finalidade (Dejours, 2006). Desta forma, trabalhar, não pode ser apenas produzir, transformar a natureza. Trabalho(ar) são os

gestos, o saber-fazer, mobilizar capacidades, refletir, sentir, interpretar e reagir às situações. Nas palavras de Dejours, (2004):

O trabalho é aquilo que implica, do ponto de vista humano, o facto de trabalhar (...) o trabalho não é em primeira instância a relação salarial ou o emprego; é o «trabalhar», isto é, um certo modo de engajamento da personalidade para responder a uma tarefa delimitada por pressões materiais e sociais (p.28).

É, por isso, também, uma transformação de quem trabalha e a consequente génese de algo novo que caracteriza problemas humanos concretos. Também, por isso as condições em que o trabalho se realiza constituem uma referência chave para avaliar os problemas e a vida (a sua qualidade, entre outras) dos seres humanos. A ênfase nas condições de trabalho e nas opções inerentes à sua organização afirmou-se, particularmente, no decorrer dos anos 70, sendo inclusive expressa como um problema da sociedade. A sua legitimidade construiu-se a partir do reconhecimento, das consequências para a saúde, de opções de organização do trabalho influenciadas pelos modelos do taylorismo ou do fordismo (Lacomblez, 2001), com o seu extenso rol de consequências, nomeadamente, a exposição a riscos nocivos para a saúde e a frequência e gravidade dos acidentes de trabalho, que viriam a constituir a matéria de um debate coletivo protagonizado pelo poder político, pelos investigadores e pelas organizações sindicais.

A avaliação e o conhecimento das condições em que se trabalha são fundamentais de todos os pontos de vista, pois mesmo que o trabalho seja bem concebido, a sua organização seja rigorosa, as instruções, procedimentos e regras sejam claros é difícil (impossível, talvez) atingir a qualidade se o que é prescrito for respeitado escrupulosamente.

De facto, as situações comuns de trabalho são permeadas por acontecimentos inesperados, incidentes, anomalias de funcionamento, incoerência organizacional e imprevistos tanto provenientes dos materiais, equipamentos e instrumentos, quanto dos outros trabalhadores, colegas, chefes, subordinados, equipa, fornecedores e clientes (Dejours, 2004).

Como tal, as condições de trabalho são vivenciadas de forma singular por cada trabalhador. As suas repercussões e influências, o seu contributo para a vida de trabalho e fora do trabalho dependem dos contextos, dos caminhos que cada trabalhador, por sua

vontade, ou não, trilha no mundo do trabalho, mas, também, da forma como avalia essas condições, como as percebe e o que faz para com elas lidar. Tal implica, que se considere, na avaliação das condições de trabalho, a diversidade e variabilidade, bem como, a necessidade de compreensão de um conjunto de fatores que interagem, mutuamente e a diferentes níveis, nos vários momentos da vida e que exigem uma abordagem cuidada e diferenciada, que não negligencie a necessidade de integrar na história de cada indivíduo as condições em que trabalha (Volkoff, Molinié & Jolivet, 2000 citados por Barros-Duarte & Lacomblez, 2006).

Considerar o ser humano, as suas percepções, é considerar, também, quando se fala de trabalho e principalmente da sua análise, o conceito de atividade de trabalho. O conceito de atividade de trabalho é parte dos alicerces teóricos, epistemológicos e metodológicos da psicologia do trabalho e da ergonomia da atividade, disciplina que pauta a nossa filiação em termos de estudo. A abordagem que ela preconiza supõe um determinado modo de ver o trabalho, e a atividade em particular, privilegiando o enfoque no que acontece em contexto real de trabalho e de quem trabalha, reconhecendo que a atividade não é uma mera resposta a normas e objetivos prescritos.

A sistematização das relações entre a ergonomia e a psicologia é já visível com Leplat (1980) na sua obra “La psychologie ergonomique” onde o autor referia a sua preferência pela designação psicologia do trabalho em ergonomia (o campo da psicologia que está em relação com a ergonomia) por ser mais explícito em relação ao que se pretendia estudar. Para distinguir a análise psicológica do trabalho da análise ergonómica do trabalho, Leplat afirma que as duas não são sinónimos, mas que há vantagens na conjugação da análise psicológica do trabalho com análises que se ocupem de outras dimensões, concorrendo com elas para um melhor conhecimento das diversas facetas que caracterizam as situações de trabalho. Por outras palavras, para o autor, a ergonomia constituía um dos campos onde a psicologia podia e devia intervir. Este campo fazia parte, a par com outros, do domínio de intervenção da psicologia do trabalho. Tendo como objeto geral o estudo das condutas do Homem no trabalho, ela inclui, portanto, a psicologia ergonómica, ao mesmo tempo que a ultrapassa. Com efeito, a ergonomia não é senão um dos campos de intervenção da psicologia do trabalho (Silva, 2006).

As diferenças na análise do trabalho entre a psicologia do trabalho e a ergonomia são vistas à luz da atividade de trabalho. Para Leplat (2000), o psicólogo estuda as condições da atividade centrado-se mais na organização da atividade do que sobre as próprias condições. Para o ergonomista a sua especificidade é o interesse que dá ao operador. Mas, em ambos os casos, o ponto de vista interativo é prioritário: é a ligação dinâmica das condições internas e externas da atividade que é a chave da compreensão desta última. Isto é, as condições externas são um objeto pertinente de análise, na medida em que elas condicionam efetivamente a atividade do operador. Igualmente, a atenção facultada ao operador e às suas características é pertinente pois, estas últimas estão ligadas à atividade e à situação em que esse operador se encontra.

Por outras palavras, a abordagem da atividade de trabalho não se esgota numa única disciplina “pressupõe uma reorganização interna, permanente, de cada ‘corpo teórico’ em jogo, a partir dos dados recolhidos nas situações reais de trabalho e a partir dos resultados evidenciados nas investigações/intervenções” (Lacomblez, Santos & Vasconcelos, 1999, p.5). O conhecimento das situações concretas em que a atividade é desenvolvida sustenta a análise do trabalho e esta “institui-se, assim, como condição preliminar da intervenção e transformação dessas situações” (Cunha, 2011, p.58).

Assim, o trabalho pode ser caracterizado como a união de três realidades: a das condições de trabalho, a do resultado do trabalho e a da atividade de trabalho (Pizoa & Menegonb, 2010). Desta noção, pode destacar-se, ainda, o conceito de trabalho prescrito e de trabalho real e a distinção entre tarefa e atividade de trabalho. Ou seja, reconhecer que existem formas diferentes de considerar o trabalho, entre o que os trabalhadores têm de fazer, os objetivos a cumprir e a forma como é suposto atingi-los: o trabalho prescrito; e o que se faz efetivamente, tendo em conta as exigências e os constrangimentos com que se é confrontado na atividade para responder em conformidade com esses objetivos, isto é, o trabalho real (Lacomblez, & Teiger, 2007). Repescando as palavras de Ombredane e Faverge em 1955:

Distingue-se à partida duas perspetivas na análise do trabalho: a do *Quê* e a do *Como* – o que é suposto ser feito e como os trabalhadores o fazem. Por um lado, a perspetiva das exigências da tarefa e por outro lado, a das sequências operacionais através das quais os indivíduos observados respondem realmente a essas exigências (Ombredane & Faverge, 1955, p.2).

Esta forma de analisar o trabalho não envolve a desconsideração do que é prescrito, mas sim reconhecer que há outras formas de realizar “aquilo que é pedido”, ou

seja, que há possibilidades de trabalhar de uma forma diferente daquela que se convencionou como a “boa maneira de o fazer” (Guérin, 1998). O reconhecimento da existência de um desvio incontornável (Hubault, 1995), entre estas duas noções (trabalho prescrito e trabalho real), reforça a ideia de que falar sobre o trabalho não pode isentar-nos de enunciar claramente a que trabalho nos referimos. É a atividade de trabalho que protagoniza este desvio, mas ao fazê-lo constitui-se também como o lugar onde novas formas de fazer contribuem para renovar a experiência e o património de saberes dos trabalhadores, assim como a dos investigadores (Falzon, 2007; Hubault, 1995). Ao ser confrontada com o “real”, toda e qualquer atividade humana acaba por “retratar” as prescrições e as normas que é suposto aplicar (Schwartz, 2011).

Uma das questões mais prementes que a análise do trabalho permite abordar é a relação entre este e a saúde. Sabendo que as relações entre os danos face à saúde e o trabalho se revestem de uma grande complexidade e não têm, normalmente, uma expressão imediata e linear, elas acompanham o ciclo de vida do indivíduo, manifestando-se, frequentemente, de forma diferida e singular (Gollac & Volkoff, 2000). Constroem-se num conjunto de estados de saúde que, embora não sejam considerados patológicos, constituem sinais reveladores de sofrimento (Barros-Duarte & Lacomblez, 2006).

Todavia, o próprio conceito de saúde foi, ao longo dos tempos, evoluindo. De um conceito, habitualmente privilegiado, que revela uma abordagem reducionista, unicamente associada à ausência de doença, passou-se a uma definição que toma em consideração as interações entre as dimensões física, psicológica e social (um completo estado de bem-estar físico, mental e social). Já neste âmbito Dejours (1986) afirmava que a saúde das pessoas é um assunto ligado às próprias pessoas e a propósito da última definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) criticava, por um lado a impossibilidade de definir o estado de completo bem-estar, dado o seu carácter vago, e por outro lado a constatação de que esse estado completo e perfeito não existe.

Por seu lado, Canguilhem defendeu que a saúde é um valor inerente à vida, definida por uma normatividade biológica, o que implica a problematização da relevância da clínica e do sujeito na definição do que é saúde e doença e leva a que

considere a saúde como um bem coletivo (Canguilhem, 2009¹; Silva, 2005). O autor critica a visão de que o patológico seja apenas uma variação quantitativa do normal. Face à gama infinita de possibilidades fisiológicas e contextuais que caracterizam a vida, estabelecer uma norma para que se possa afirmar a existência de saúde ou doença, apenas transforma esses conceitos num ideal vago e que nunca é alcançado, principalmente quando se considera o indivíduo relativamente ao seu contexto e às suas características (Garcia da Silva, Brunnet, Lindern & Pizzinato, 2010). Nesse sentido, Canguilhem questiona a visão de que doença possa ser uma realidade objetiva, alheia ao processo de vida do sujeito, acessível ao conhecimento científico quantitativo “(...) a fisiologia tem mais a fazer do que procurar definir objetivamente o normal: deve reconhecer a normatividade original da vida” (Canguilhem, 2009, p. 70).

A saúde no trabalho tem, também ela, uma história. No século XIX, com o desenvolvimento do capitalismo industrial e com o crescimento da produção, a luta pela saúde era a luta pela sobrevivência. O movimento higienista foi a resposta aos perigos, muito mais para preservar a saúde das classes mais privilegiadas do que a dos trabalhadores. A luta dos operários deste período histórico teve, essencialmente, dois objetivos: o direito à vida e a construção do instrumento necessário à sua conquista, a liberdade de organização. Emerge, assim, uma perspectiva específica relativa à proteção da saúde e, especialmente, do corpo. Defender o corpo dos acidentes, prevenir as doenças profissionais e as intoxicações por produtos industriais e assegurar aos trabalhadores vigilância e tratamento, passaram a ser os motivos de reivindicação. A introdução do taylorismo e a organização científica do trabalho ao fazerem aparecer constrangimentos fisiológicos desconhecidos, nomeadamente, os constrangimentos de tempo e o ritmo de trabalho, neutralizam a atividade mental dos operários (pela clivagem radical do trabalho manual e do trabalho mental) e a sua capacidade interventiva em termos de aplicação de legislação, continuando a sua luta relativa à jornada de trabalho, salários e férias. Também, as duas guerras mundiais se constituem como um conjunto de condições de desordem na relação homem-trabalho (Dejours, 1980, 1993; Morice, 2001).

¹ A edição original desta obra data de 1966.

A partir de 1968 o objetivo de reivindicação foi a melhoria das condições de trabalho, mas da mesma forma, a segurança, a higiene e a prevenção das doenças. Só depois desta data, a proteção da saúde mental. A partir dos anos setenta a duração excessiva do trabalho é condenada, são denunciadas condições de trabalho e o sofrimento mental resultante da organização do trabalho (Morice, 2001). As características sociodemográficas, os contextos profissionais e as condições de trabalho são associadas à degradação da saúde mental e física e do bem-estar dos trabalhadores.

O mundo do trabalho, tal como o conceito de saúde foram, portanto, sofrendo alterações para acompanhar mudanças e visões relativas ao funcionamento social. Se, com uma sociedade agrícola e posteriormente fabril/industrial, a presença de riscos físicos, químicos e biológicos foi uma realidade constante e muito frequente, a passagem para uma sociedade maioritariamente tecnológica e de serviços modifica essa realidade. De facto, este tipo de riscos foi alvo de atenção e estudo, em função da produtividade exigida a qualquer custo e da visibilidade indisfarçável, que hoje, embora presentes, configuram uma realidade diferente (Jiménez, 2011).

No decurso das últimas décadas, a paisagem económica, política, tecnológica e social conheceu profundas transformações. Diferentes fatores parecem estar na sua origem: a globalização crescente, a emergência do mercado livre, os progressos rápidos e ininterruptos das tecnologias de comunicação e informação e uma evolução demográfica de grande amplitude. A exigência, cada vez mais significativa, por parte dos clientes relativamente à qualidade de produtos e serviços tem, igualmente, um papel importante. Sob os seus efeitos, a natureza do trabalho foi, igualmente, remodelada. O mundo do trabalho e a forma como as pessoas trabalham mudaram (Iavicoli, 2014). Consequentemente, as alterações introduzidas nas condições de trabalho por essas transformações tiveram repercussões que são reconhecidas enquanto tal. Contribuíram, entre outras, para a emergência de novos riscos para a saúde e segurança no trabalho.

E, de forma algo súbita, eis que aparece na literatura científica e técnica, nos relatórios e pareceres de organismos e instituições nacionais e internacionais, nas campanhas veiculadas, nos simpósios, colóquios, encontros e congressos, na formação, o interesse, a preocupação e a inquietação com a avaliação, a visibilidade, o (re)conhecimento dos riscos psicossociais. Com tanto tumulto, surge, no mínimo, uma dúvida: do tanto que se invoca sobre este tipo de riscos, sabe-se, realmente, do que se

está a falar? Ou, mais concretamente, a pergunta que se impõe, afinal o que se está a dizer, quando se fala de riscos psicossociais?

A resposta parece ser simples, mas só numa abordagem superficial, pois quando aprofundamos o seu estudo, quando atendemos aos diferentes pontos de vista e analisamos diferentes correntes de pensamento, de investigação e de intervenção, percebemos a complexidade que rodeia a noção de riscos psicossociais. Atenda-se a algumas questões básicas no domínio desta problemática: Qual a definição conceptual do termo riscos psicossociais? Existe uma definição epistemologicamente reconhecida? A resposta é, aparentemente, negativa. Ora, se essa definição não existe, o que se mede em termos dos riscos psicossociais? Aparentemente tudo, ou quase tudo, desde o stresse profissional aos traços de personalidade. A ser assim, o que são, então, riscos psicossociais? Faz-se a distinção entre estes riscos e as consequências que deles derivam? O que se faz com os resultados das “medições” efetuadas? O que se conclui? Que tipo de avaliação é a mais correta? O que procurar? De que forma? Como intervir?

Poder-se-ia continuar a questionar, pois o rol de perguntas parece ilimitado. Para algumas, a literatura fornece respostas (nem sempre coerentes, nem muitas vezes cabais), mas para outras levanta mais dúvidas do que esclarecimentos.

É uma constatação fácil de fazer, a de que os riscos psicossociais associados ao trabalho estão hoje em dia no centro de todas as atenções quando se aborda o tema das condições de trabalho. Como já referimos, o trabalho e as organizações mudaram, assim como os seus efeitos sobre a saúde dos trabalhadores. Estes riscos foram reconhecidos, na Europa, como riscos novos e emergentes e um dos principais temas de preocupação para a saúde dos trabalhadores, sobretudo, quando se considera as ligações que mantêm com o stresse, o assédio e a violência. A ligação entre este fenómeno e a saúde dos trabalhadores tem sido demonstrada e iniciativas têm sido postas em curso. Estas iniciativas relacionam-se com a gestão dos riscos psicossociais e com a promoção da saúde dos trabalhadores no domínio da investigação, da implementação e das políticas. O interesse dado a esta questão encorajou igualmente as empresas a compreenderem melhor em que medida os riscos psicossociais são uma ameaça potencial para a saúde, segurança e produtividade dos trabalhadores (Iavicoli, 2014).

Porém, continua a existir a dificuldade de construir e sustentar uma definição de riscos psicossociais. Esta dificuldade é dupla. Por um lado a colagem destes riscos à

problemática do stresse. Por outro, a apresentação dos riscos psicossociais de uma forma enumerativa: stresse no trabalho, mal-estar, sofrimento, violência, agressões, assédio, etc.. Dos itens que são utilizados, uns parecem designar a causa de problemas, outros aparentam significar os problemas em si mesmos. É difícil saber se é a origem do problema que é psicossocial ou se é o problema, em si que o é. Parece, ainda, que a dimensão psicossocial está associada umas vezes à causa e outras ao efeito. Outra dificuldade pode ser encontrada: a exposição a fatores psicossociais é por vezes apresentada como um risco para a saúde, outras vezes para a saúde mental e até para a saúde psicológica.

Em termos epidemiológicos a questão dos riscos psicossociais é colocada da mesma forma que se colocam os outros tipos de risco no trabalho. O vocabulário é idêntico e estes riscos completam a lista dos outros riscos profissionais (físicos, químicos e biológicos) com base no mesmo modelo de causalidade. Ou seja, os trabalhadores estão expostos aos fatores psicossociais de trabalho tal como estão expostos a outros fatores de risco. Isola-se, assim uma determinada característica do trabalho independentemente de outros fatores de acordo com um modelo causal. Um fator de risco é um fator associado ao aumento da probabilidade de sofrer de uma patologia que é somente uma causa ou um marcador do risco e os fatores associados a uma diminuição do risco são considerados protetores (Derriennic & Vézina, 2000).

Mas, se a epidemiologia pode não dar resposta cabal a esta problemática, até porque não dispõe de todos os meios para apreender estas questões, a explicação, também, não se encontra facilmente noutras disciplinas científicas. Para Valléry e Leduc (2012), de forma idêntica, a noção de risco psicossocial (ao contrário do termo stresse) não tem um perímetro terminológico bem definido, implicando conceitos permeáveis que designam quer as causas de origem profissional, qualificadas como riscos profissionais, quer os efeitos sobre a saúde (stresse, assédio, violência, burnout, etc.). A esta imprecisão semântica juntam-se dificuldades epistemológicas e metodológicas, pois estes riscos encontram-se no cruzamento das esferas pessoal e profissional estando ligados a alguma subjetividade e a dificuldades de validação. De qualquer forma, defendem que os riscos psicossociais revelam um fenómeno social que emerge do mundo do trabalho para ser apropriado pela esfera científica e que ao longo do tempo, se difundiram num contexto particular de aceleração de lógicas gestionárias que se

afastaram dos valores do trabalho no seio de organizações, onde as condições de trabalho se agravaram, inclusive no plano físico. Valléry e Leduc (2012) reforçam a necessidade de uma análise global das situações de trabalho, nomeadamente, em função da relação estreita entre riscos físicos e psíquicos.

Outras críticas, feitas à noção de risco psicossocial, por parte de alguns autores admitem inclusive o abandono dessa expressão. Essencialmente estas críticas advêm, por um lado, da circunstância de se considerar o psicossocial como algo tóxico, que “paira no ar” e expõe os trabalhadores e por outro lado, continuar a faltar fundamento epistemológico à noção de risco psicossocial. Principalmente, critica-se o facto de esta noção assentar na conceção de que os indivíduos não têm recursos suficientes para fazer face às exigências da organização. De igual forma, a suposição implícita de um trabalhador passivo, exposto a riscos externos, quando o ter em conta a atividade de trabalho é essencial para a compreensão dos fenómenos. Argumentam, ainda, o facto de a vontade de diminuir os riscos psicossociais poder traduzir-se, numa ação sobre o psiquismo dos sujeitos e não sobre o trabalho e a terminologia dos riscos psicossociais ser cada vez mais empregue por iniciativa dos empregadores, uma vez que o conceito lhes oferece uma fonte de argumentação importante com vista a reduzir os custos da prevenção (Bouffartigue, 2012; Clot, 2008; Daniellou, 2014; Marichalar & Martin, 2011; Miossec, Clot & Bucher, 2014).

Contudo, das definições de riscos psicossociais que a literatura consagra, destacamos a de Gollac e Bodier (2011) que os consideram como os riscos para a saúde mental, física e social originados pelas condições de trabalho e pelos fatores organizacionais e relacionais suscetíveis de interagir com o funcionamento mental. A partir desta definição o que restringe o campo do risco psicossocial, não são as consequências em termos de saúde mental, física e social, mas as condições de trabalho e os fatores organizacionais e relacionais. Por outras palavras, o que está em causa não é o risco, mas sim o fator, o que pode ultrapassar parte da ambiguidade em matéria de riscos psicossociais, nomeadamente quando se planeia a sua avaliação. Com este propósito, Gollac e Bodier (2011) defendem que, para avaliar os riscos psicossociais, os fatores a considerar podem ser agrupados em seis eixos ou categorias, a saber: *intensidade do trabalho e tempo de trabalho; exigências emocionais; autonomia no*

trabalho; relações sociais no trabalho; conflitos de valores e insegurança na situação de trabalho/emprego.

A investigação empírica que nos propusemos levar a cabo parte de uma avaliação mais abrangente acerca do trabalho e da saúde e pretende alcançar a problemática dos riscos psicossociais. Socorremo-nos para tal de uma amostra de fisioterapeutas portuguesas. A escolha destes trabalhadores teve na sua génese diferentes ordens de razões. Em primeiro lugar a ligação pessoal tida, e a profissional mantida, ao mundo dos profissionais de saúde e, especificamente, aos fisioterapeutas. Depois, a avaliação sobre riscos psicossociais (na realidade e fundamentalmente, no que é possível de ser apurado, sobre o stresse) que foi realizada pela Autoridade para as Condições de Trabalho (ACT) em 2011 nos profissionais de saúde. Por último, de toda a literatura e investigação que conhecíamos, este grupo profissional é, entre os profissionais de saúde, dos grupos menos estudados relativamente ao trabalho e às repercussões que este tem na sua vida e na sua saúde e bem-estar. Para a escolha destes profissionais não deixámos de atender às características da sua intervenção, nomeadamente ao facto de lidarem diariamente e durante tempos prolongados com pessoas cujas condições físicas se caracterizam, maioritariamente, por incapacidades várias e dependências múltiplas.

A estruturação metodológica do percurso que iremos apresentar incluiu perspetivar diversos passos que permitissem uma abordagem que partindo de uma visão mais geral se aproximasse do mais específico, estreitando sucessivamente a análise e o conhecimento adquirido. Enquadrada numa abordagem de valorização do terreno e de investigação do trabalho real dos trabalhadores, optámos por complementar a recolha e a análise de dados através de métodos mais genéricos de compreensão. Constatando que diferentes abordagens metodológicas possuem vantagens e limitações, a sua conjugação pode ser enriquecedora pela diversidade de meios e a possibilidade de comparar dados obtidos através de diferentes estratégias ou métodos (Ponterotto & Grieger, 1999). A procura do enriquecimento dos resultados, através desta opção, não nos iliba de ter a noção de alguns riscos que advém da lógica de conciliação metodológica, pois os diferentes pressupostos dos caminhos preconizados podem resultar, não num conjunto de análises complementares, mas numa amálgama de dados sem relação (Denzin & Lincoln, 2000).

Cientes dos riscos, e convictos das vantagens, escolhemos conciliar metodologias quantitativas (o inquérito por questionário) e qualitativas (a observação e a entrevista). A utilização de múltiplas técnicas e a circulação em diferentes espaços permite variações de escala e de perspectiva e cada escala reflete certos aspetos, ao mesmo tempo que oculta ou esconde outros (Mendes, 2003). Por outras palavras, o que se retira de um questionário a uma amostra não é o mesmo que se capta através de uma entrevista. A conjugação de técnicas diferentes complexifica resultados e conclusões, mas permite estabelecer ligações entre os fenómenos em análise e descobrir similitudes e diferenças (Mendes, 2003). Iniciámos, então, a nossa pesquisa com um estudo sobre o trabalho e a saúde de uma amostra de fisioterapeutas, bem como as relações entre eles estabelecidas, através de um instrumento de avaliação de trabalho e saúde. O passo seguinte foi a construção, com base nesse instrumento, de uma ferramenta específica para avaliar fatores psicossociais de risco na mesma amostra. Por último focámo-nos no real dos fisioterapeutas, observando o seu trabalho e dando-lhes voz, através de entrevistas individuais em dois casos concretos. Desta forma, partimos de uma apreensão a um nível mais “macro” para posteriormente e já com um olhar mais dirigido ingressar num nível “micro”, no acesso aos pontos de vista e intencionalidade dos fisioterapeutas.

A presente dissertação está estruturada em duas partes. Em cada uma das partes a organização efetuada é, genericamente, idêntica, isto é, numa primeira fase os fundamentos teóricos e revisão da literatura que serviram de base à realização dos estudos efetuados e posteriormente os estudos empíricos, propriamente ditos. Apresentam-se no total três estudos que contribuem para o objetivo geral desta tese, isto é, estudar, no contexto dos fisioterapeutas portugueses, o trabalho, a saúde e os riscos psicossociais, bem como as relações que entre eles se estabelecem. Cada um dos estudos é composto por uma breve introdução enquadradora, pelos objetivos específicos que se pretendem alcançar, metodologia utilizada, resultados obtidos, respetiva discussão e uma síntese conclusiva.

A **Parte I** foca o trabalho e a saúde a partir da psicologia do trabalho e especifica estas temáticas no contexto dos fisioterapeutas em Portugal. Constituída por três capítulos, o *primeiro* aborda o conceito de trabalho numa perspectiva ancorada na psicologia do trabalho e da ergonomia da atividade, indo, ainda, buscar contributos aos

fundamentos teóricos da abordagem ergológica. Versa, ainda, questões relativas aos riscos profissionais e à saúde no trabalho a partir do conceito de saúde de Canguilhem e de alguns aspetos da psicodinâmica do trabalho.

No *segundo capítulo* aludimos, genericamente, ao sistema de saúde português e aos profissionais de saúde, caracterizando a fisioterapia enquanto profissão e determinados aspetos formais do trabalho do fisioterapeuta. Apresentamos alguns dados relativos à influência do trabalho na saúde, nos profissionais de saúde em geral e nos fisioterapeutas em particular. Terminamos com uma descrição da opção (por) e da importância de analisar a variável setor de trabalho (público/privado) e mais aprofundadamente a variável género.

O *capítulo três* concretiza estas temáticas através do estudo empírico 1, intitulado “Trabalho e saúde: Da avaliação à compreensão apoiados na percepção dos fisioterapeutas”. Neste estudo procurou-se caracterizar, através de uma amostra, e recorrendo a um questionário (INSAT, 2010 – Inquérito Saúde e Trabalho), o trabalho que os fisioterapeutas realizam, os riscos a que estão sujeitos e a relação entre o seu estado de saúde e o trabalho que executam. A partir da percepção destes trabalhadores procurou-se, ainda, estabelecer diferenças com base em variáveis demográficas e profissionais.

A **Parte II** é dedicada aos riscos psicossociais no trabalho. Ao longo dos cinco capítulos que dela fazem parte aborda-se esta temática em congruência com os fundamentos teóricos de base aduzidos na primeira parte e dos trabalhadores aí estudados. Assim, o *capítulo quatro* é dedicado ao enquadramento deste tipo de riscos face ao global dos riscos profissionais e ao percurso histórico que da sua existência se pode desenhar. Apresenta-se uma revisão da literatura recente acerca do seu estudo e das diferentes abordagens que a investigação tem adotado, bem como as conclusões que podem ser constatadas.

No *capítulo cinco* procuramos chegar a uma definição de risco psicossocial no trabalho, aludindo às dificuldades, pressupostos e consequências que essa definição levanta e fazemos referência a algumas metodologias que têm sido utilizadas para a sua avaliação. Falamos, ainda, de diferentes tipos de riscos psicossociais e essencialmente dos fatores ligados ao trabalho que são considerados como estando na origem do seu aparecimento. Abordamos, ainda, a avaliação destes riscos e exemplificamos alguns dos

fatores que são utilizados nessa avaliação. São aqui focados com maior pormenor os fatores psicossociais de risco definidos por Gollac e Bodier (2011).

No *capítulo seis* procedemos a uma análise dos inquéritos europeus sobre condições de trabalho, tendo como referência os fatores psicossociais de risco de Gollac e Bodier (2011), e as questões avaliadas nesses inquéritos. Partindo do primeiro inquérito, focamo-nos no mais recente para apresentar alguns resultados relativos aos trabalhadores portugueses em comparação com os europeus.

No *capítulo sete* é apresentado o estudo empírico 2, intitulado “Fatores psicossociais de risco no trabalho através do INSAT: Validação fatorial”. Numa primeira fase, dá-se conta da análise da estrutura fatorial de uma medida de avaliação de riscos psicossociais construída a partir do INSAT2010. Numa segunda fase neste estudo 2, são apresentados os resultados relativos aos riscos psicossociais que a partir dessa medida são constatados na amostra de fisioterapeutas estudada na primeira parte desta tese.

O *capítulo oito* constitui-se pela descrição do estudo empírico 3, “Ao encontro dos fisioterapeutas: Fatores psicossociais de risco em dois casos de estudo”, onde um grupo de fisioterapeutas, trabalhadores em dois locais distintos é estudado com base na sua atividade de trabalho, através da observação em contexto real e da análise das entrevistas individuais que foram realizadas.

Por último destacam-se as conclusões gerais dos estudos e elaboram-se algumas considerações finais no domínio das implicações do trabalho desenvolvido.

PARTE I. O TRABALHO E A SAÚDE: DA ADESÃO À PSICOLOGIA DO TRABALHO AO CONTEXTO EMPÍRICO

CAPÍTULO I. PSICOLOGIA DO TRABALHO, TRABALHO E SAÚDE

1. Do Conceito de Trabalho à Psicologia do Trabalho

O trabalho é quase tão antigo como o homem e refletir sobre ele parece ser um exercício redundante. No entanto, as transformações a que o trabalho tem sido sujeito ao longo dos tempos e o tanto que lhe está associado, social, económica e individualmente permitem perceber que nem sempre foi considerado da mesma forma, o que justifica o ensejo de lhe fazer uma breve referência. Se tal não fosse suficiente, a pertinência de ponderar esta temática acresce quando à mesma se alia a saúde e, especificamente, a saúde de quem trabalha.

De um ponto de vista ético, o trabalho nem sempre foi considerado como atividade nobre e superior. Tempos houve em que o trabalhador, e o trabalho, eram considerados desprezíveis e a prová-lo temos, por exemplo, a escravatura (e os escravos) (Lefranc, 1989). A dignificação do trabalho, faz-se para alguns autores, com o Cristianismo ao considerá-lo como uma ação moral. Carvalho e Segre (1977) mencionam Haessle que define trabalho como sendo a obra moral de um indivíduo moral. No seguimento deste conceito surge, implicitamente, a condição de dignidade humana, pois a obra é moral, também, por ser realizada dentro de determinados moldes, demarcados, nomeadamente, por interesses recíprocos entre quem trabalha e a quem o trabalho é prestado. Entre eles, o trabalho protegido, com condições favoráveis e meios de defesa.

Refletir acerca das transformações do trabalho, não pode excluir o ponto de vista social. Existiram, desde sempre, conexões entre a sociedade e o trabalho. Na sua evolução este aparece a par dos diversos tipos de organização da sociedade, desde os seus primórdios, com uma estrutura puramente familiar, até à estrutura das tribos e nações, modificando-se, assim, com ela em termos de estrutura e até de especificidade. Até ao século XIX o trabalho era essencialmente agrícola e artesanal, ocorrendo a maioria das vezes no local onde se vivia. Com a revolução industrial transformaram-se locais e conteúdos de trabalho, perdendo-se autonomia individual em contraponto ao aumento de execução de tarefas plenamente dirigidas. Mais tarde, modificaram-se tempos de trabalho (diminuição de horas) e alteraram-se estruturas temporais (através de reorganização de tempos, flexibilidade ou trabalho noturno). Modernizaram-se instrumentos e equipamentos, aumentou o trabalho mental e evoluíram as populações de trabalho, nomeadamente, no que diz respeito à maior longevidade e à feminização (Doppler, 2007). A importância do ponto de vista social relativamente ao trabalho

reside, também, no facto, de o trabalho, e as suas características, terem implicado não poucas vezes a emergência de estratégias defensivas, face aos problemas que colocam ao indivíduo e à sua organização social. Estas estratégias derivam da perceção individual do trabalhador, mas o que está em causa não é somente o indivíduo “incapaz” de agir perante os obstáculos que a sua atividade profissional lhe levanta, mas algo que abrange um espaço mais lato de influência e moderação, a própria sociedade (Bauman, 2009).

A propósito do conceito de trabalho, Dejours utiliza o termo trabalhar como forma de se distanciar dos debates sobre o trabalho e sua definição. Afirma que os inúmeros termos existentes têm conotações disciplinares e conceptuais específicas que suscitam controvérsias sobre o sentido apropriado a dar ao termo trabalho e não logram chegar a consenso na definição da noção de trabalho (Dejours, 2011). Trabalhar é um processo (individual ou coletivo) de transformação, com uma finalidade, requerendo diferentes níveis de organização e que modifica a natureza e o próprio homem (Dejours, 2006). Desta forma, trabalhar, não é apenas produzir, não é somente transformar a natureza, são gestos, saber-fazer, uma mobilização da inteligência (e do corpo) e a capacidade de refletir, de sentir, de interpretar e reagir às situações. É, por isso, também, uma transformação de quem trabalha, o mesmo é dizer que o indivíduo, usa o trabalho para se aperfeiçoar e engrandecer para se formar ou transformar.

Não obstante a multiplicidade de pontos de vista, a abordagem do conceito de trabalho carece que se apele aos fundamentos teóricos, epistemológicos e metodológicos da psicologia do trabalho, que nos norteiam.

Ao longo do tempo, a prossecução dos objetivos da psicologia do trabalho implicou a mobilização de todos os recursos da psicologia, mas, também, os saberes de outras disciplinas científicas, até porque o estudo da relação do indivíduo com a atividade produtiva (de bens ou de serviços) necessita de assumir que essa relação nunca é passiva, inscrevendo-se em vez disso num tecido de relações sociais, histórica e socialmente determinado (Santos, 2004). Assim, a contribuição da psicologia do trabalho pode concretizar-se na análise do trabalho em diferentes perspetivas, sendo a que nos interessa a análise da dinâmica da atividade concreta dos trabalhadores e das condições de exercício dessa atividade, visando o desenvolvimento do ser humano trabalhador. Ou seja, um nível de análise relativo à atividade, que possa explicar como esse trabalhador gere o desempenho da sua função face aos condicionalismos que a

caracterizam, e a partir do qual a contribuição específica da psicologia do trabalho se pode afirmar (Lacomblez, 1997).

O conceito de atividade (de trabalho) é uma referência incontornável, na abordagem que privilegiamos. Esta abordagem é fruto da integração da psicologia do trabalho no âmbito da ergonomia da atividade², e a ela é associada um caráter pluridisciplinar, revelador da complexidade das situações de trabalho e da não existência de uma só disciplina que permita analisar as diferentes dimensões convocadas pelo trabalho (Cunha, 2011).

2. A Atividade na Esteira do Conceito de Trabalho

O quadro referencial da psicologia do trabalho e da ergonomia da atividade permite conceituar o trabalho a partir da análise da atividade concreta do operador. Leplat (1996), faz referência à definição de trabalho, proposta por Ombredane e Faverge (1955), como sendo uma atividade adquirida por aprendizagem e passível de se adaptar às exigências de uma tarefa. São estes últimos autores que definem, originalmente, como categorias de análise o trabalho prescrito e o trabalho real que são marcas de identidade do referencial teórico a que temos vindo a fazer referência.

Isto é, o trabalho configura-se no prescrito (o determinado e que corresponde à função formalmente reconhecida para um determinado posto de trabalho), ou seja, na tarefa, na descrição da função e das condições do seu exercício. Contudo, caracteriza-se, também, pelo trabalho real (o efetuado, redefinido e que corresponde ao que realmente é feito para o cumprimento da função). O trabalho real refere-se, então, à atividade, às respostas do trabalhador, ao conjunto das características da tarefa, aos constrangimentos determinados exteriormente, constituindo-se, em simultâneo, como a possibilidade de os transformar (Santos, 2004; Schwartz, 2011). A abordagem da psicologia do trabalho e da ergonomia da atividade assenta num determinado modo de ver o trabalho, e a atividade em particular. Ou seja, uma abordagem que privilegia um olhar atento ao que

² De acordo com Montmollin (1990) uma das duas correntes que caracterizam a ergonomia é a ergonomia da atividade humana, mais recente e sobretudo praticada no continente europeu, e que considera a ergonomia como o estudo específico do trabalho humano entendido como a atividade concreta dos operadores quando confrontados com as tarefas concretas que desempenham e que assenta na análise das situações reais de trabalho e na atividade dos trabalhadores.

se passa em contexto real, reconhecendo que a atividade não é uma mera resposta a normas e objetivos prescritos (Lacomblez, & Teiger, 2007). Nesta abordagem, a passagem da tarefa à atividade, faz-se, entre outros, através da construção subjetiva de representações sobre o trabalho, sobre o seu contexto e, igualmente, sobre si e sobre o coletivo onde se insere, resultando na redefinição do objetivo e da tarefa prescrita e na sua imprescindível atualização de acordo com um novo sistema de referências (Leplat, 1997).

A adesão a esta perspectiva pressupõe, então, que se tenha em conta que existem formas diferentes de considerar o trabalho. Ou seja, trabalhar não é somente o que cada trabalhador tem de fazer, os objetivos que deve cumprir, nem se reduz à forma como supostamente os atinge (o trabalho prescrito). É, também, o que cada trabalhador faz efetivamente, ao ter em conta as exigências e os constrangimentos com que é confrontado na atividade, para responder em conformidade com esses objetivos (o trabalho real).

Uma outra abordagem, sustentada nos mesmos princípios epistemológicos da psicologia do trabalho e da ergonomia da atividade é a abordagem ergológica. Surgiu em França em 1983 sendo um dos seus fundadores Yves Schwartz e tem na sua origem a influência de Oddone³ e a perspectiva de que a compreensão e a transformação dos problemas relacionados com a saúde e com o trabalho passam pelo conhecimento e experiência dos próprios trabalhadores (Souza, 2009). Os caminhos construídos por Oddone e Wisner⁴ constituem patrimónios da abordagem ergológica, sendo o elo entre estas referências o ponto de vista da atividade humana (Echternacht, 2008).

³ Os trabalhos realizados por Oddone contêm uma forma de se fazer a psicologia do trabalho num contexto de valorização do mundo operário. Em Itália, no final da década de 60, o autor conheceu de perto os grandes movimentos dos operários das fábricas da Fiat e chegou à conclusão que esses trabalhadores, mais do que objetos, eram os sujeitos da investigação em psicologia do trabalho. É neste contexto que Oddone e a sua equipa de investigação acabam por construir uma metodologia cujo objetivo é aceder às representações que os trabalhadores constroem da sua própria atividade, permitindo ao investigador passar a ter acesso à elaboração da experiência pelos próprios trabalhadores (Santos, 2004).

⁴ Wisner reconhece nos trabalhos de Ombredane e Faverge, publicados na obra *L'analyse du travail*, em 1955, a origem da análise ergonómica do trabalho e a escolha do terreno, onde se situa o trabalho real, como fonte dos problemas concretos a serem compreendidos e resolvidos pela ciência. Wisner, defende, então, a diversidade das situações de trabalho como sendo orientadora do olhar sobre o trabalho real (Echternacht, 2008).

Influenciada pelo património de conhecimentos que marcaram o desenvolvimento da psicologia do trabalho e da ergonomia da atividade, a abordagem ergológica traz um novo contributo. A ergologia tem como objetivo estudar o trabalho humano em todas as suas dimensões, propondo uma abordagem transdisciplinar que possa explicar a complexidade das situações de trabalho. Tem em conta os fenómenos do trabalho do ponto de vista da atividade humana e, assim, analisa o trabalho como uma atividade realizada por sujeitos singulares (Echternacht, 2008). A atividade, embora por vezes descrita como prossecução de um “protocolo experimental”, é sempre uma experiência singular de encontro com um meio histórico, saturado de significações, de valores, de instituições (Cunha, 2011).

O ponto de vista da atividade humana constitui, portanto, o cerne da abordagem ergológica. As análises do trabalho que aí se baseiam evocam necessariamente as relações entre os valores, os saberes e o agir, configuradas na especificidade das situações concretas de trabalho, o que exige fazer emergir a experiência de quem trabalha. Encontramos aqui o confronto entre o prescrito e o real. Em termos ergológicos, a experiência humana no trabalho constitui-se através de uma permanente gestão de si mesmo, ou seja, o ato de trabalhar não se restringe a algo heterodeterminado, mas é, também, uma experiência de si mesmo, uma relação com a própria história de homens e mulheres (Echternacht, 2008).

O mesmo é dizer que o trabalho é ao mesmo tempo uma evidência viva e uma noção que escapa a qualquer definição simples e unívoca. É, assim, de acordo com Schwartz (2011), uma realidade cuja definição clara será sempre problemática. Ou seja:

(...) trabalhar é gerir-se em um meio circunscrito por normas de ordens técnica, organizacional, gerencial, por entre as estruturas produtivas que heterodeterminam os objetivos do trabalho humano, os seus instrumentos, o seu tempo, o seu espaço. Porém, tais níveis de heterodeterminação não excluem a atividade humana na sua mobilização de saberes e valores incorporados nas práticas, condição para o agir competente num meio produtivo em constante transformação (Echternacht, 2008, p.51).

A ergologia retoma e reafirma a diferença entre o trabalho prescrito e o trabalho real, demonstrada pela psicologia do trabalho e da ergonomia da atividade e, aprofunda o seu significado. Defende que a atividade humana de trabalho exige um permanente julgamento entre o uso de si, por si mesmo, e o uso de si, por outros. Assim, a atividade de trabalho é caracterizada como um debate entre as normas antecedentes e as normas

inscritas na história do corpo de quem trabalha, ou seja, as suas normas internas. As normas antecedentes são reinterpretadas, redefinidas com o objetivo de as ajustar ao próprio e à situação presente, isto é, existe uma renormalização que implica escolhas, critérios relacionados com o universo de valores da pessoa, à qual se referem os debates de normas (Schwartz, 2011). A referência ao conceito de atividade aponta, desta forma, para a existência de laços intrínsecos entre a atividade, o universo de valores de quem trabalha e os saberes originados nas próprias atividades (Echternacht, 2008).

O mesmo é dizer que uma atividade de trabalho, sendo uma atividade humana, constitui-se como fonte de reapreciação, de julgamentos sobre os procedimentos, os quadros e os objetos do trabalho. Refletir a atividade de trabalho por detrás do trabalho permite compreender que este, mais do que um parâmetro do processo histórico, é a própria base do que “faz a história” para os homens. Ou, nas palavras de Schwartz, 2011:

No trabalho mercantil, as normas antecedentes estão mais próximas do trabalho como prescrições, procedimentos, constrangimentos, relações de autoridade, de poder, mas também os saberes científicos, técnicos, as regras jurídicas, as experiências capitalizadas, tudo o que antecipe a atividade futura de trabalho, antes mesmo que a pessoa tenha começado a agir. As renormalizações são as múltiplas gestões de variabilidades, de furos das normas, de tessitura de redes humanas, de canais de transmissão que toda situação de trabalho requeira, sem, no entanto, jamais antecipar o que elas serão, na medida em que essas renormalizações são portadas por seres e grupos humanos sempre singulares, em situações de trabalho, elas mesmas, também sempre singulares (p. 34).

Perceber o que significa o trabalho impõe, então, a consciência de que este se recria através dos saberes, das competências, das construções sociais e, principalmente, da experiência humana (Schwartz, 2011).

3. Do Trabalho aos Riscos Profissionais Revisitando o Conceito de Saúde a Partir de Canguilhem

As percepções sobre o significado do trabalho (e de trabalhar) foram, como já afirmámos, diferentes ao longo dos tempos, nomeadamente, por razões sociais e históricas. O trabalho físico, por exemplo, foi mal visto durante largos períodos da história e, sem qualquer proteção, era uma forma de subsistência que comprometia a saúde de quem não tinha outra opção senão trabalhar. Entretanto, o panorama laboral mudou, modificando-se algumas condições de trabalho, especialmente nos aspetos

físicos. Provavelmente a grande modificação produzida foi a do conceito de saúde no trabalho que deixou de ser um problema individual para se converter num problema social e num direito do trabalhador (Jiménez, 2011).

A vida no trabalho produz continuamente algo novo, que configura problemas humanos concretos. O trabalho constitui o poder de transformar o mundo, de objetivar inteligência, mas também, de produzir subjetividade, pois quem põe o trabalhar “em movimento” é o próprio sujeito. O indivíduo inicia o trabalhar que ele mesmo usa para se aperfeiçoar e se engrandecer. Da mesma forma encontramos no trabalho uma ambiguidade relativamente à vida: pode contribuir para o equilíbrio e realização das pessoas, mas pode, também, provocar graves danos na saúde, tanto física como psicológica (Dejours, 2011). Ou seja, um elemento paradoxal do trabalho: pode provocar o pior: a doença e a morte, mas, também, gerar o melhor: saúde e acréscimo de vida, em função da sua relação com o indivíduo e a sua subjetividade. Por outro lado, a constatação de que uma boa saúde (mesmo a melhor) não significa uma ausência total de problemas de saúde demonstra que a relação entre uma boa saúde e o trabalho não é linear (Cavalin & Célérier, 2012). É esta relação que vamos passar a analisar.

3.1. Canguilhem e o conceito de saúde

Na senda dos pressupostos teóricos que temos vindo a desenvolver, o trabalho de Canguilhem, nos meados do século XX, é uma das referências acerca da definição do conceito de saúde. O autor procura discutir as concepções de normal e patológico, relativamente à vida humana, sugerindo que tais concepções podem variar entre dois extremos, sendo que um deles diz que o patológico nada mais é que uma variação quantitativa do que é normal, e o outro diz que o patológico se refere a uma transformação qualitativa em relação ao que é normal (Dias & Moreira, 2011). Para a definição do que é normal diz-nos Canguilhem que é necessário termos em mente que a vida é uma polaridade dinâmica, sendo que esta polaridade remete para a oscilação do organismo entre momentos que são distintos por definição, ocorrendo que os dois momentos não coexistem: ora se está num, ora se está noutro. O normal relaciona-se, assim, com a obtenção orgânica de certas constantes, sendo que essas constantes estabelecem uma ordem que otimiza e potencializa o funcionamento do organismo. O normal, portanto, relaciona-se com a capacidade do corpo de obedecer a certas normas

que ordenam e organizam a execução das mais diversas funções (Canguilhem, 2001). O normal refere-se a uma forma de funcionamento que rege o organismo, dizendo da existência de constantes que regem e regulam o funcionamento de certos órgãos (Dias & Moreira, 2011).

Esta visão proposta por Canguilhem abrange igualmente a noção de saúde, percebida como sendo a capacidade de adaptação a condições de vida de ordem biológica, psicológica ou social; de criar novas condições para fazer face às agressões, ou seja, não a simples ausência da doença, mas uma conquista individual e social permanente, que supõe uma atividade da pessoa (Canguilhem, 2001). Ora, sendo a saúde um valor inerente à vida, definida por uma normatividade biológica, o patológico, a doença, não pode ser apenas uma variação quantitativa do normal (Silva, 2005). Considerando que há uma infinidade de possibilidades fisiológicas e contextuais no processo da vida, estabelecer uma norma para que se possa afirmar a existência de saúde ou doença apenas transforma esses conceitos num tipo de ideal. Em rigor, isso implica um ideal vago e que nunca é alcançado, principalmente quando o indivíduo é visto em relação ao seu contexto e à totalidade das suas características únicas (Dias & Moreira, 2011; Garcia da Silva et al., 2010).

Então, entre o estado normal e o patológico há diferenças qualitativas que não podem ser traduzidas apenas em questões de determinadas quantidades, ou seja, o estado patológico não é um simples prolongamento quantitativamente variado do estado normal, é diferente. Ser doente é para o homem, viver uma vida diferente, mesmo no sentido biológico da palavra, isto é, a doença é uma forma diferente de vida (Silva, 2005). Assim sendo, a doença caracteriza-se por uma incapacidade do corpo de se colocar de maneira normativa. No entanto, isso não é o mesmo que dizer que a doença implica uma desordem. O que ocorre é que a doença se caracteriza por vincular-se a certa normatividade, já que a doença possui o seu próprio modo de funcionamento. O estado patológico não é a ausência de uma norma, pois não existe vida sem normas de vida, e o estado patológico, também, é uma forma de se viver. A existência de uma diferença qualitativa do estado patológico em relação ao estado normal significa que em cada um desses estados o organismo pode produzir comportamentos completamente diferentes (Garcia da Silva et al., 2010). Ou, mais precisamente nas palavras de Canguilhem (2009):

Se reconhecemos que a doença não deixa de ser uma espécie de norma biológica, consequentemente o estado patológico não pode ser chamado de anormal no sentido absoluto, mas anormal apenas na relação com uma situação determinada. Reciprocamente ser sadio e ser normal não são factos totalmente equivalentes, já que o patológico é uma espécie de normal. Ser sadio significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas (p. 77).

Para o autor, portanto, é a saúde, como um valor inerente à vida, que justificaria a necessidade de normalizar a sociedade. Ou seja, ser saudável é ser capaz de construir novas normas que atendam às exigências oriundas do ambiente. É algo que diz, ao mesmo tempo, de um valor que se porta e de um valor que se pode criar. Curar é criar novas formas de vida (Dias & Moreira, 2011). A saúde seria, assim, mais do que ser normal, ser capaz de estar adaptado às exigências do meio, e ser capaz de criar e seguir novas normas de vida. Pode, por isso, ser concebida como um sentimento de segurança na vida, um sentimento de que o ser, por si mesmo, não se impõe nenhum limite. Ou seja, é impossível julgar o normal e o patológico se limitarmos a vida humana à vida fisiológica e vegetativa, “(...) é, portanto, para além do corpo que é preciso olhar, para julgar o que é normal ou patológico para esse mesmo corpo” (Canguilhem, 2009, p. 79). A norma é algo individual, uma noção que define as capacidades máximas de uma pessoa. Assim, cada indivíduo terá a sua conceção do que é normal para si (Garcia da Silva et al., 2010), ou seja, de acordo com Canguilhem, “o indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre as suas consequências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe” (Canguilhem, 2009, p. 71). A doença implica uma certa rigidez, pois as novas normas de funcionamento estabelecidas pelo estado de doença limitam a possibilidade de a pessoa responder aos mais diversos desafios que a realidade coloca (Dias & Moreira, 2011; Garcia da Silva et al., 2010).

Pode, então, caracterizar-se a saúde como uma ampla gama de possibilidades do organismo frente às mais diversas situações que o ambiente coloca. “(...) a saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio” (Canguilhem, 2009, p. 78), sendo que o termo infidelidade deve ser considerado como os mais diversos acontecimentos que surgem, a todo o momento na realidade, e que determinam o devir, a história. Ou seja, ser sadio significa não apenas ser normal numa dada situação, mas ser normativo. Por

outras palavras a saúde é mais do que um estado, é um processo em permanente construção, com um equilíbrio precário.

3.2. Do trabalho aos riscos de adoecer a trabalhar

Assumindo que a saúde é um conceito em evolução, um conceito dinâmico e que os danos à saúde, por via do trabalho, acompanham, também, as modificações do próprio trabalho, então a saúde no trabalho é, também, um conceito em constante desenvolvimento (Doppler, 2007). E, assim sendo, o trabalho, pode conformar-se como um instrumento de equilíbrio ou desequilíbrio face a esse processo em permanente construção. De facto, os problemas da saúde no trabalho estão relacionados, entre outros, com novos significados do trabalho, com as incertezas de que ele se reveste e com os novos *slogans* das ditas sociedades globalizadas, ou seja,

o trabalho tornou-se um desporto de classe alta ou de alta realização, que está para além da capacidade e do alcance prático da maioria dos que procuram emprego, (...) o modo como o trabalho é conduzido dá pouco, e cada vez menos, espaço para as suas habilidades. A vida laboral está saturada de incerteza (...) de um tipo surpreendentemente novo. A incerteza de hoje é uma poderosa força individualizante. Ela divide em vez de unir (...). Medos, ansiedades e tristezas são de tal forma que devem ser sofridos sozinhos. Eles não se somam, não se acumulam em uma causa comum, não têm um endereço natural (Bauman, 2009, p. 36).

A influência que o trabalho pode ter sobre a saúde pode ser constatada na contribuição negativa do desemprego para o bem-estar e na influência positiva de um emprego estável. Mas para a proteção da saúde dos trabalhadores são essenciais a qualidade e viabilidade das condições de trabalho, que estão ligadas à conceção da atividade, à organização do trabalho e às relações interpessoais no trabalho (Iavicoli, 2014).

A análise das questões relativas à saúde no trabalho e aos riscos que a põem em causa pode ser feita a partir das referências teóricas que temos vindo a defender, e, especificamente, do ponto de vista da análise da atividade. Assim, a atividade humana de trabalho e o fenómeno saúde-doença no trabalho são duas faces da mesma moeda, o que pressupõe que a diversidade das situações e das histórias individuais, no trabalho e face a uma atividade, configure campos diferentes de existência e de possibilidade de gestão pessoal dos riscos (Echternacht, 2008). Noutros termos, quando se fala de riscos

profissionais não se está, meramente, a falar de perigos potenciais, mais ou menos, previsíveis. Sendo o risco algo presente em qualquer vivência do ser humano, no trabalho ele configura muitas formas que, sem dúvida, estão associadas à evolução das sociedades onde ele se processa.

Desta forma e como refere Thébaud-Mony (2010) o risco é uma dimensão intrínseca da atividade de trabalho e assim deve ser considerada, até para que possam existir planos que abordem os riscos de forma integrada com as outras funções da gestão. É, então, fundamental que, quando se considera a saúde dos trabalhadores, se tenha em conta a globalidade dos riscos, e sejam valorizados os diferentes constrangimentos que as situações e condições de trabalho implicam, ou seja o trabalho real. E, ao considerar o trabalho real, a propósito da saúde dos trabalhadores, estes não podem ser excluídos quando se versa a questão saúde/riscos profissionais. O trabalhador tem de ser ator privilegiado e participante ativo nesses processos. É ele que detém o melhor e maior conhecimento do seu trabalho concreto, e na atividade que desencadeia, o tipo de constrangimentos a que está sujeito. Tal é verdade para todos os tipos de risco. Até porque, na sua essência, estamos a refletir sobre o mesmo. Nomeadamente, se o conceito de risco faz referência à exposição, por um lado, e aos danos por outro, é importante distinguir os fatores de risco (a que se está exposto e que decorrem da atividade que é posta em curso) dos seus efeitos sobre a saúde.

A referência ao capital que o trabalhador pode acrescentar aos assuntos relativos à saúde no trabalho e a distinção entre o que está a montante e a jusante dos riscos profissionais (os fatores que a eles dão origem e os danos que provocam, respetivamente) são questões importantes, quer para a análise a que nos dedicamos neste momento, quer para outras que mais adiante faremos. Detendo-nos no que ora nos ocupa, interessa olhar para o que podem traduzir face à saúde, neste contexto, os efeitos dos riscos de trabalhar. A saúde de que falamos é a física, mas, também, a mental e a social. É para isso que Canguilhem nos alerta ao falar na saúde enquanto processo e conquista individual e social. Nessa circunstância é ainda crucial não esquecer que a diferenciação qualitativa entre um estado patológico e o normal significa que esses dois estados implicam comportamentos diferentes. Ou seja, a alteração, o patológico pode acontecer numa dimensão de saúde (a social, por exemplo) e ao afetar essa dimensão serem desencadeados comportamentos a ela relativos (próprios do estado patológico)

que vão interferir, não só com as outras dimensões de saúde, mas, também, com a atividade de trabalho e com o que são os gestos, as reflexões, as formas de sentir, de interpretar e de reagir. Assim, a partir das definições de saúde de Canguilhem chegamos aos contributos de Dejours, enquanto referência para o estudo da saúde no trabalho com os conceitos de psicopatologia e psicodinâmica do trabalho.

Lutas e conquistas levadas a cabo por trabalhadores e estudantes na década de 60, do século XX, questionamentos vários como o da duração excessiva do trabalho, constituíram um marco e colocaram no centro do debate a importância da “saúde do corpo” e dos fatores ligados às condições químicas, físicas e biológicas de trabalho que a fragilizam. É nesta conjuntura que, no final dos anos setenta, nasce a abordagem clínica da saúde psíquica no trabalho – a psicopatologia do trabalho (Morice, 2001). Nos anos setenta, um dos nomes que marcou a afirmação desta disciplina é o de Dejours que faz incidir a sua análise nas causas do sofrimento a partir da falta de comportamentos livres no trabalho. Isto é, a associação do comportamento livre ao prazer, em contraponto ao comportamento produtivo estereotipado, explica a inexistência de vivências de prazer que poderá culminar em sofrimento de natureza mental (Fernandes, 2014).

A visão redutora da organização do trabalho com base apenas na sua dimensão física, ignorando o papel interventivo do homem no trabalho, que a psicopatologia do trabalho defendia, bem como a noção de que as evoluções de foro tecnológico não ajudam a eliminar os riscos do trabalho sobre a saúde, mas pelo contrário agravam-nos, leva Dejours a encetar uma nova reflexão e ao surgimento da psicodinâmica do trabalho. A utilização deste conceito em substituição do de psicopatologia do trabalho tem na sua origem privilegiar o estudo da normalidade em detrimento da patologia e o postulado de que o trabalho nunca é neutro para o sujeito; ou é patogénico, isto é, fonte de sofrimento ou é um veículo privilegiado da saúde, satisfazendo as necessidades individuais e coletivas (Melro, 2002). Embora a psicodinâmica do trabalho conserve na sua essência as principais formulações da psicopatologia do trabalho, distingue-se dela, fundamentalmente, por uma maior abrangência na análise das relações entre trabalho e saúde mental. Importa-lhe, então, conseguir compreender de que forma os trabalhadores conseguem manter um certo equilíbrio psíquico, mesmo estando submetidos a condições de trabalho desestruturantes (Melro, 2002).

A abordagem de Dejours desloca-se da doença mental para o sofrimento, que pode assumir várias formas (insatisfação, descompensação mental, medo, etc.) consoante o tipo de organização do trabalho com o qual a subjetividade individual se confronta. Paralelamente, a abordagem da psicodinâmica do trabalho vem dar algum espaço ao prazer ligado ao trabalho, como algo possível de se vivenciar, quando as necessidades individuais e coletivas são satisfeitas, ainda que de forma bem mais esporádica e ténue do que o sofrimento.

Mas o trabalho não gera unicamente sofrimento psíquico ou doenças mentais. Pode, dentro de certas formas de organização do trabalho, tornar-se num mediador importante da génese do prazer no trabalho e da construção da saúde mental. Ou, dizendo de outra forma, o trabalho nunca é neutro relativamente à saúde mental. Pode gerar aquilo que há de pior, como o suicídio ou a crise clástica, mas também aquilo que existe de melhor: a realização pessoal através do trabalho, a sublimação, a contribuição para as obras da cultura e da civilização (Dejours, 2011, p. 14).

Para Dejours, apesar do sofrimento vivido no contexto de trabalho, o sujeito possui uma certa liberdade (ainda que a desenvolva dentro de uma margem limitada) que o poderá ajudar a construir estratégias de defesa individuais e coletivas (Fernandes, 2014). Esta abordagem permite não só ver o homem de uma forma holística, pois as dimensões física e mental influenciam-se mutuamente, como, também, e por esta mesma via (a visão integrada do homem), a impossibilidade de separar a vida no trabalho da vida fora do trabalho. De facto, é à custa da cooperação e do apoio dos que lhe são próximos (os colegas de trabalho, mas, também, a família e os amigos) que o trabalhador desencadeia as estratégias defensivas que lhe permitem enfrentar os constrangimentos decorrentes da atividade de trabalho (Morice, 2001).

Refletir a saúde no trabalho enquanto objeto de interesse transporta-nos para a sua avaliação. Ela tem sido objeto de medida, tal como se evidencia nas diversas fontes estatísticas que se propõem a, de tal, dar conta há mais de 40 anos (Cavalin & Célérier, 2012). Não havendo uma única medida de saúde no trabalho, há, no entanto, formas de o fazer, que podem ser distinguidas de acordo com duas grandes categorias face à relação saúde-trabalho que privilegiam. Por um lado, métodos de medição que partem de uma análise do trabalho e questionam a saúde dos trabalhadores, relativamente ao trabalho que realizam, por outro, as medidas que partem do interesse pela saúde dos indivíduos e analisam a sua atividade profissional para compreender os efeitos desta sobre a saúde.

A avaliação da saúde no trabalho feita através de medidas que partem da análise do trabalho e que questionam a saúde dos trabalhadores, relativamente ao mesmo, pressupõe que a saúde se analisa enquanto carência potencial resultante de condições de trabalho degradantes, o que exprime a noção de exposição a riscos de diferente natureza. Estas foram implementadas, por exemplo, pelos inquéritos acerca das condições de trabalho. Da utilização de medidas que partem do interesse pela saúde dos indivíduos e analisam o seu trabalho para compreender os efeitos deste sobre essa saúde, resulta que o trabalho é uma das causas possíveis de um estado de saúde do qual se observou a degradação efetiva. Neste caso não se fala da exposição, mas sim de fator de risco (no caso, o trabalho é considerado um fator de risco a par de outros que decorrem do estilo de vida das pessoas) como expressão que reconhece a responsabilidade de um determinado fator considerado (Cavalin & Célérier, 2012). A avaliação a partir do trabalho enuncia probabilidades aumentadas de risco, podendo não se observar a ocorrência efetiva de patologia. Na avaliação a partir da saúde a responsabilidade do trabalho ou das formas de emprego ou não está totalmente garantida, ou nem sequer é considerada. Dois tipos de medidas, portanto, entre os quais não se “transita” facilmente. A saúde que é ameaçada pelas condições de trabalho pode não ser a mesma saúde degradada de que se procura conhecer as causas.

Precisar as formas de medição da saúde no trabalhar poderá passar pela associação das duas abordagens o que dará origem à fusão das noções de exposição a um risco e a de fator de risco que o trabalho constitui para a saúde dos trabalhadores. (Cavalin & Célérier, 2012). A partir desta lógica, retomamos os fundamentos da psicologia do trabalho e da ergonomia da atividade e da ergologia e a mais-valia de assumir o ponto de vista da atividade na análise da relação saúde e trabalho. Pensar os modos de viver, trabalhar e adoecer das populações trabalhadoras, através da atividade humana parece ser a única possibilidade de acesso às suas modalidades concretas, e o ponto de encontro com as configurações singulares do viver e trabalhar, individuais e coletivas. Impõe-se, portanto, reconhecer que os conhecimentos científicos sobre as relações entre a saúde e o trabalho não alcançam o poder de determiná-las, pois considerar a atividade humana de trabalho como uma permanente gestão de si, é encontrá-la através das suas formas singulares. A gestão de si e da própria saúde não se dissocia da atividade humana de trabalho enquanto agir competente e este é fundamentalmente determinado pelos valores que circulam através da atividade de

trabalho (Echternacht, 2008). O mesmo é dizer que a diversidade das situações e das histórias individuais configura campos diferentes de gestão e hierarquização de riscos profissionais, na medida em que estes se consubstanciam na hierarquização dos valores que sustentam as normas internas de saúde e a relação com o próprio corpo em atividade. A vida no trabalho é a busca de meios de fazer valer a existência, das normas de vida oriundas da própria história daqueles que trabalham, provenientes das escolhas do que é para eles viver com saúde. Assim, ela produz continuamente algo novo, que nos deve conduzir a problemas humanos concretos (Souza, 2009).

De acordo com Schwartz (1996) há que afrontar lucidamente as dificuldades e as contradições de todos os tipos que rodeiam a questão da segurança no trabalho, pois o meio de trabalho é sempre (re)singularizado, reconfigurado, porque qualquer mudança, ainda que ínfima, nos meios, na organização, nas relações de trabalho, afeta o conjunto das combinações complexas entre os homens e o seu meio profissional. Assim, todas as fases da análise das situações de trabalho requerem um confronto entre conceitos herdados de casos estandardizados e o debate dos homens e das mulheres com o seu meio singular de trabalho (Vasconcelos, 2008). Quanto mais a gestão prescrita dos riscos se afasta da singularidade das situações de trabalho e das renormalizações aí operadas, menores são as possibilidades de uma gestão e prevenção eficientes dos riscos no trabalho e da saúde na atividade de trabalho, que só pode ser traduzida nas reais situações de risco.

Em suma, os constrangimentos associados ao trabalho fundamentam, face à saúde dos trabalhadores, que se tenha em conta a globalidade dos riscos, independentemente da sua natureza, pois todos podem nela interferir. Face à saúde, têm de ser valorizados os diferentes constrangimentos que as situações e condições de trabalho implicam, e nomeadamente os constrangimentos derivados, não somente do que os trabalhadores fazem, mas, também, dos seus contextos e condições de trabalho, das características da sua atividade em termos de exigências, das diferenças entre o prescrito e o real da sua tarefa, da sua carreira profissional (ou falta dela), dos seus papéis e valores, das relações interpessoais que estabelecem dentro do local de trabalho e da conciliação entre este e a sua vida familiar e social.

4. Síntese Conclusiva

Das muitas reflexões que sobre o trabalho podem ser realizadas e, apesar, dos múltiplos pontos de vista que o mesmo comporta, centrámos a análise sobre o conceito nos fundamentos da psicologia do trabalho que nos servem de alicerce. A contribuição desta disciplina resulta numa análise do trabalho apoiada na análise da atividade concreta dos trabalhadores. O conceito de atividade de trabalho é uma referência na abordagem que privilegiamos e resulta da integração da psicologia do trabalho no âmbito da ergonomia da atividade. Ao longo do texto fizemos referência a conceitos identitários deste referencial teórico, como sejam, os de trabalho prescrito e trabalho real e a um modo particular de olhar o trabalho e a atividade do trabalhador. Isto é, um olhar ao que acontece em contexto real, defendendo que a atividade posta em prática pelo trabalhador não é uma mera resposta a normas e objetivos prescritos. Por outras palavras, trabalhar não é somente o que o trabalhador tem de fazer, os objetivos que deve cumprir (o trabalho prescrito), é, igualmente, e quiçá principalmente, o que efetivamente faz quando confrontado com os constrangimentos que se colocam à atividade que desencadeia para responder em conformidade a esses objetivos (o trabalho real).

Aos princípios epistemológicos da psicologia do trabalho e da ergonomia da atividade associámos uma outra abordagem, sobre eles sustentada: a abordagem ergológica. Esta assenta na perspetiva de que a compreensão e a transformação dos problemas relacionados com o trabalho passam pelo conhecimento da experiência dos próprios trabalhadores. Analisa o trabalho a partir da atividade, considerando que esta é uma experiência humana singular que se constitui através de uma permanente gestão de si mesmo e não se restringe a algo hétero-determinado. Isto é, os trabalhadores encontram-se expostos a exigências ou normas que lhes vão sendo apresentadas continuamente. Estas normas (antecedentes) são normas externas aos indivíduos; são-lhes impostas, mas na sua confrontação com o “real”, toda e qualquer atividade humana acaba por “retratar” as prescrições e as normas que é suposto aplicar. E ao fazê-lo, acaba por reconfigurar o seu meio de trabalho e singularizá-lo (o processo de renormalização). Retomando a diferença entre trabalho prescrito e trabalho real demonstrada pela psicologia do trabalho e da ergonomia da atividade, a ergologia reafirma e aprofunda o

seu significado e o significado do trabalho que é recriado através das competências, saberes e, sobretudo, através da experiência do Homem.

Analisámos, igualmente, a relação entre trabalho e saúde a partir de referenciais que tendo surgido na segunda metade do século XX se mantêm, no seguimento dos pressupostos que defendemos, atuais e pertinentes. É o caso da visão de Canguilhem acerca da saúde enquanto capacidade de adaptação às condições de vida e de criação de novas condições para fazer face às agressões. Ou seja, a saúde enquanto conquista que supõe uma atividade da pessoa. Ser saudável, não significa somente ser normal (entre o estado normal e o patológico há diferenças qualitativas e não só quantitativas e a doença, é, assim, uma forma diferente de vida), mas ser normativo (as normas estabelecidas pela doença são diferentes e limitam a possibilidade de uma pessoa responder à realidade e aos seus desafios). E ser normativo é algo individual, é definir as próprias capacidades máximas. A saúde é, então, ser capaz de estar adaptado às exigências e de criar e seguir novas normas de vida. A partir de Canguilhem e da sua reflexão sobre a saúde, trouxemos para a análise os contributos de Dejours, referência para o estudo da saúde no trabalho através dos conceitos da psicodinâmica do trabalho. O autor defende que o trabalho nunca é neutro para o sujeito: pode ser fonte de sofrimento ou veículo de saúde. Na visão de Canguilhem, considerar a saúde física, mas, também, a mental e social, enquanto processo e conquista individual e social, implica que entre um estado patológico e o normal haja comportamentos diferentes. O patológico pode acontecer numa dimensão e ao afetar essa dimensão são desencadeados comportamentos que vão interferir com as outras dimensões de saúde e com a atividade de trabalho, pois alteram os gestos, as formas de sentir e reagir. Para Dejours, apesar do sofrimento que pode ser vivenciado no contexto de trabalho, o sujeito tem uma certa liberdade que o pode ajudar a construir estratégias de defesa. Assim, a sua abordagem pressupõe uma visão integrada do Homem (as diferentes dimensões de saúde influenciam-se mutuamente), mas, igualmente, a impossibilidade de separar a vida no trabalho da vida fora do trabalho.

A avaliação da saúde no trabalho não pode, assim, deixar de atender aos diferentes constrangimentos que as situações e condições de trabalho implicam e portanto deve centrar-se, não só, no que os trabalhadores fazem, mas, também, nas características da sua atividade, nas diferenças entre o prescrito da sua tarefa e o real da

atividade que desencadeiam, bem como em todos os valores e confrontos que a atravessam.

No seguimento destas considerações, vamos de seguida refletir os conceitos de trabalho e saúde nos profissionais de saúde em geral e nos fisioterapeutas em particular.

CAPÍTULO II. O TRABALHO E A SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: DO GLOBAL AOS FISIOTERAPEUTAS

1. Trabalhar na Área da Saúde

No capítulo anterior expusemos alguns dos fundamentos teóricos que nos são caros do ponto de vista da nossa filiação teórica e metodológica, abordando por essa via os conceitos principais que norteiam a nossa investigação: trabalho e saúde. Cabe agora debruçarmo-nos sobre estes conceitos no âmbito do setor profissional e do grupo de trabalhadores que estudámos. Isto é, o setor da saúde e os fisioterapeutas.

Em traços muito gerais o Sistema de Saúde em Portugal é composto por três segmentos individualizados e articulados entre si: o Serviço Nacional de Saúde (que abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes de tutela ministerial); todas as entidades públicas que desenvolvem atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde e todas as entidades privadas e todos os profissionais livres que acordem com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) a prestação de cuidados ou atividades de saúde (Baganha, Ribeiro & Pires, 2002).

O SNS é a principal estrutura prestadora de cuidados de saúde, tendo sido criado pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro e integra todos os cuidados de saúde, desde a promoção e vigilância à prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação médica e social. Os 363 Centros de Saúde foram organizados, nos últimos anos, em 74 Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES). No início de 2011, existiam 298 Unidades de Saúde Familiar, 158 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 18 Unidades de Saúde na Comunidade e 84 Unidades de Cuidados na Comunidade. A rede hospitalar é formada por 101 Hospitais públicos e 4 Maternidades, integrados em 24 Centros Hospitalares, 86 hospitais privados e 15 hospitais das Misericórdias. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados tem atualmente 196 Unidades: 32 de convalescença, 66 de média duração e reabilitação, 86 de longa duração e manutenção e 12 de cuidados paliativos (Portal da Saúde, 2013).

De acordo com a OMS, consideram-se recursos humanos da saúde ou capital humano da saúde, todos os indivíduos envolvidos em atividades cujo principal objetivo seja a promoção, proteção ou a melhoria do estado de saúde das pessoas e comunidades (World Health Organization, 2001). O Plano Nacional de Saúde 2012-2013 faz, também, referência aos recursos humanos da saúde afirmando que o rácio de médicos especialistas, de enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores de saúde e fisioterapeutas por habitante aumentou de forma consistente, nos últimos

anos (de 2002 a 2009), sem, no entanto quantificar esses recursos. Os números não são fáceis de apurar nas diferentes bases de dados disponíveis, essencialmente pela diversidade de profissionais envolvidos, cujas profissões são classificadas de diferentes formas, mas, também, pela classificação utilizada, quer dessas profissões, quer dos setores de atividade económica em Portugal. Uma consulta aos resultados dos censos 2011 e à base de dados PORDATA mostram valores, para esses profissionais, que variam entre os 200 mil e os 600 mil (as diferenças estão relacionadas com as classificações utilizadas). Através do Balanço Social do Ministério da Saúde de 2013, chegámos a um número de profissionais dependentes deste ministério (portanto, afetos somente ao setor público) de aproximadamente 120 mil (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013).

Independentemente do número oficial parece poder dizer-se que estes recursos representarão cerca de 5% da população empregada em Portugal. Aliás, dados do inquérito europeu sobre as condições de trabalho de 2010 remetem para que na União Europeia o setor da saúde empregue cerca de 10% do total de trabalhadores (Eurofound, 2012).

1.1. O trabalho dos fisioterapeutas

O termo Fisioterapia resulta da união das palavras gregas: *physis* (natureza) e *therapeia* (tratamento). Do ponto de vista etimológico a fisioterapia tem um significado de tratamento pela natureza, “ato de curar, de restabelecer”, por meios físicos como frio, calor, movimento, eletricidade e água.

Em 1851, Lorenz Gleich médico militar na Baviera usa pela primeira vez o termo fisioterapia. Mas é com o “Movimento Higienista da Saúde” no século XIX, que a fisioterapia se define com o renascimento da implementação das terapias da antiguidade: educação física, desporto, práticas termais e hidroterapêuticas e ortopedia (um conjunto de exercícios e procedimentos de ginástica para as alterações da coluna), completada por novos métodos (eletroterapia, mecanoterapia e cinesioterapia). Em 1917, em Portugal, surge o primeiro Serviço de Fisioterapia, num Instituto da Casa Pia de Lisboa, e em 1918, o termo fisioterapeuta (Fonseca, 2012).

A fisioterapia é uma profissão estabelecida e regulamentada, com características profissionais específicas na educação e na prática clínica. O amplo conhecimento do corpo e do seu movimento caracterizam as competências dos profissionais que a praticam, e são fundamentais para determinar o diagnóstico e estratégias de intervenção terapêuticas. A prática irá variar em relação ao contexto em que se enquadra, consoante se trata de promoção da saúde, prevenção, manutenção, intervenção/tratamento, habilitação ou reabilitação (World Confederation for Physical Therapy, 2007). Deverá ser efetuada por um profissional, designado de fisioterapeuta. Este é um profissional com uma formação superior e que possui uma carteira profissional outorgada pelo Ministério da Saúde.

Os fisioterapeutas são profissionais de saúde cuja intervenção central consiste em tratar, habilitar e reabilitar pessoas com disfunções de natureza diversa. De acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (Instituto Nacional de Estatística, 2010) as tarefas e funções do fisioterapeuta consistem, particularmente, em:

Organizar e executar tratamentos ajustados à recuperação, manutenção e desenvolvimento das capacidades físicas dos deficientes e lesionados; Colaborar no diagnóstico avaliando os sintomas e as capacidades dos pacientes; Elaborar e executar programas de tratamento para recuperar capacidades físicas com recurso às técnicas de terapia pelo movimento, técnicas manipulativas, hidroterapia, eletroterapia, raios laser, ultrassons e outras técnicas de inibição e facilitação neuromuscular; Ensinar e dar aos pacientes os exercícios para prosseguimento pelo próprio o treino funcional adequado para as atividades da vida diária; Tratar doentes de diferentes patologias (ortopédica, respiratória, neurológica, etc.); Elaborar relatórios das observações efetuadas e evolução do doente; Participar em programas de prevenção e de reabilitação de lesões físicas.

Os fisioterapeutas podem trabalhar em diversas entidades, públicas, ou privadas. No setor público, trabalham em Hospitais (com ou sem regime de internamento) e Centros de Saúde/Unidades de Saúde Familiares. Nas instituições privadas, o exercício desta profissão desenvolve-se tanto por conta de outrem como por conta própria. Pode acontecer no setor privado convencionado (clínicas de Medicina Física e Reabilitação, convencionadas com o SNS ou com outros subsistemas de saúde) ou no setor privado não convencionado (normalmente ao nível de gabinetes e clínicas de fisioterapeutas e no tratamento domiciliário).

Na administração pública o fisioterapeuta está inserido na carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica, e de acordo com o D.L. nº 564/99 de 21 de dezembro, que a regula, este profissional:

Centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objetivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida (p. 9048).

O mesmo diploma estabelece para os profissionais que integram esta carreira, que:

(...) no desenvolvimento das suas funções, os técnicos de diagnóstico e terapêutica atuam em conformidade com a indicação clínica, pré-diagnóstico, diagnóstico e processo de investigação ou identificação, cabendo-lhes conceber, planear, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho no âmbito da respetiva profissão, com o objetivo da promoção da saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da reinserção (p. 9083).

A intervenção destes profissionais pode realizar-se em equipa, na maioria dos casos, constituída por outros profissionais de saúde, no entanto, a sua intervenção concreta é levada a cabo numa relação direta com os doentes e seus familiares, sem intervenção de qualquer outro profissional. No setor público, os fisioterapeutas, têm uma carga horária de 40 horas semanais, sendo a mesma variável no privado.

Ao nível do setor público e ao nível do setor privado convencionado, a lei portuguesa define que um fisioterapeuta deve trabalhar sob supervisão de um médico da especialidade de Medicina Física e Reabilitação. Contudo, a nível privado, tal não é necessário, constituindo o fisioterapeuta um profissional de primeira linha, possuindo um *corpus* teórico-prático que lhe permite um atendimento de qualidade ao utente. Esta profissão pode ser exercida em diversos espaços físicos, desde um simples e pequeno espaço que se revele suficiente para o tratamento adequado ao caso até grandes áreas (como piscinas ou ginásios), passando pelo domicílio dos doentes/clientes (Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, 2010).

De acordo com a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF) a fisioterapia é a terceira maior profissão prestadora de cuidados de saúde, não só na Europa como

também em Portugal. Existiam, em 2010, cerca de 6000 fisioterapeutas em Portugal prevendo-se que em 2015 sejam cerca de 10000 (Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, 2010). No seguimento das dificuldades de encontrar uma quantificação relativa aos profissionais de saúde em geral, chegar ao número total de fisioterapeutas revelou-se, igualmente, uma tarefa difícil. O número que nos parece mais realista, até pelo que é apontado pela APF, é o obtido através da listagem de técnicos de Diagnóstico e Terapêutica da Administração Central do Sistema de Saúde (listagem dos técnicos que realizaram o registo profissional de técnico de diagnóstico e terapêutica e/ou solicitaram um pedido de concessão de autorização de exercício, nos termos do Decreto-Lei n.º 320/99, de 11 de agosto). O número de fisioterapeutas que consta dessa listagem é de 8192. Este valor não nos diz, no entanto, quantos estão no mercado de trabalho nem a sua distribuição no sistema de saúde. Não sendo possível fazer uma triagem por género, de forma fidedigna, o número de mulheres registadas aparenta ser superior ao de homens.

Dados de 2007 referem a existência de 1005 fisioterapeutas a trabalharem em instituições pertencentes ao SNS, em Portugal Continental e Serviço Regional de Saúde das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira (Patrício, 2008). Neste estudo, de um total de 1005 fisioterapeutas é estudada uma amostra de 721. Destes, a grande maioria trabalha em unidades hospitalares (83,4%), são maioritariamente do sexo feminino (80,1%) com uma formação predominantemente igual ou superior a licenciatura (73,8%), casados (58,1%) e relativamente jovens (36,4 ±9,10).

Em relação ao desempenho profissional, de acordo com a APF, os fisioterapeutas guiam-se por códigos próprios e por princípios éticos e enquanto profissionais de saúde atuam com os seguintes propósitos:

Promoção da saúde e bem-estar dos indivíduos e do público em geral; prevenção de diminuições, limitações funcionais, incapacidades em indivíduos em risco de comportamentos alterados do movimento, devidos a fatores relacionados com saúde, sócio económicos ou de estilo de vida; Intervenção, com o fim de restaurar a integridade dos sistemas corporais essenciais ao movimento, maximizando a função e recuperação, minimizando a incapacidade, e dando ênfase à qualidade de vida em indivíduos ou grupos de indivíduos, com alterações do comportamento dos movimentos resultando em diminuições, limitações funcionais e incapacidades. A intervenção do Fisioterapeuta deve ser dirigida tanto a indivíduos como, a grupos (utentes, doentes famílias) como a comunidades.

Em 2005 a APF apresentou um conjunto de normas de boas práticas (Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, 2005) para as unidades/serviços de fisioterapia, em que a organização/direção seja representada por um fisioterapeuta. Estas constituem um padrão de referência da prestação de cuidados e de acordo com a referida associação deverão ser aplicadas em todos os locais onde são prestados cuidados de fisioterapia, incluindo nas unidades integradas no SNS, independentemente da sua forma de gestão, bem como no âmbito de unidades privadas de saúde e do setor social. Visam, em termos genéricos, assegurar a qualidade dos serviços e a segurança dos utentes, bem como proporcionar um ambiente conducente à segurança dos trabalhadores e ao seu desenvolvimento profissional contínuo.

Destacam-se, dentro do conjunto de normas, alguns pontos que explicitam a forma preconizada de intervenção do fisioterapeuta, como seja, o referido na Norma 11: “o fisioterapeuta realiza e regista uma avaliação inicial, interpreta os resultados para identificar problemas e estabelecer um diagnóstico prévio à intervenção/tratamento”. Esta norma faz ainda referência à avaliação/exame que é realizado ao utente preconizando que o mesmo “é documentado, datado e assinado pelo fisioterapeuta que realiza a avaliação”. Para além disso refere como passos para este exame, por parte do fisioterapeuta, a identificação das necessidades do doente/utente, através de testes e medidas objetivas que proporcionem dados que permitam estabelecer o plano de cuidados e a possibilidade de recomendações e/ou envio a outro profissional de saúde, para a obtenção de cuidados adicionais.

No que diz respeito ao plano de intervenção, a Norma 12 refere que este é estabelecido pelo fisioterapeuta e proposto ao indivíduo com base nos resultados da avaliação e nas suas necessidades, “o fisioterapeuta envolve o utente e pessoas relacionadas, no planeamento, implementação e avaliação da intervenção/ programa de tratamento”. O plano de intervenção é elaborado de acordo com conhecimento atualizado, baseando-se na avaliação, diagnóstico e prognóstico, identificando os objetivos previstos e os resultados esperados e descrevendo a intervenção proposta, incluindo frequência e duração.

A Norma 15 refere que “o fisioterapeuta deve dar alta de fisioterapia ao utente quando os objetivos previstos forem atingidos”. Assim, a intervenção do fisioterapeuta deve ser interrompida nesta circunstância, mas, também, quando o utente não quer

prosseguir o tratamento, está impossibilitado de continuar ou quando o fisioterapeuta entende que a intervenção não obtém os resultados desejados.

Relativamente à segurança da prestação de cuidados, a Norma 20 afirma que essa prestação deve ser realizada num ambiente seguro, alertando para procedimentos relacionados com: incêndios; desperdícios; ressuscitação cardiopulmonar e primeiros socorros; controle de infeção; tratamento de resíduos; acondicionamento de lixo; trabalhar sozinho/número de horas em trabalho exterior; controle de substâncias perigosas para a saúde; relatórios de doenças industriais e ocorrências perigosas; planeamento e manutenção de todo o equipamento.

2. A Saúde no Trabalho dos Fisioterapeutas e de Outros Profissionais de Saúde: Alguns Dados da Literatura

Os trabalhadores do setor da saúde têm de fazer face a uma série de atividades e ambientes que constituem uma ameaça para a sua saúde e os colocam em risco de doença, de doença profissional e de acidentes de trabalho (Eurofound, 2012).

Tal como a maioria dos profissionais de saúde, o fisioterapeuta lida com um conjunto de circunstâncias, mais ou menos, comuns, como sejam, a pressão de ter de trabalhar, face a face, com o público e a responsabilidade por pessoas, agravadas pelo envolvimento com situações de deficiência, lesões graves, sofrimento, dor física e por vezes morte. Tal, implica que as suas interações com os utentes sejam completamente diferentes das que outros grupos profissionais, fora da área da saúde, têm com o público com que se relacionam. Essas interações, as suas características, bem como as características do trabalho que realizam, dão origem a condições de trabalho bastante exigentes (Sauter, Hurrell & Cooper, 1989; Sauter & Murphy, 1995).

Resultados de pesquisas permitem constatar que os profissionais de saúde estão expostos, entre outros, a falta de preparação e capacidade, sobrecarga de papéis, longas horas de trabalho, conflitos no trabalho em equipa, dificuldades para conciliar trabalho e família e recursos materiais e humanos insuficientes (Camelo, 2006).

A partir dos resultados do inquérito europeu sobre as condições de trabalho de 2010 podem ser observadas algumas referências relativamente à saúde no trabalho. No geral dos trabalhadores europeus, 78% avaliam a sua saúde como *boa* ou *muito boa*. A

percentagem de homens que o afirma é, dois pontos percentuais mais elevada, do que de mulheres. À medida que aumenta a idade, a referência a uma saúde pobre aumenta também. No que diz respeito à saúde mental, 20% dos trabalhadores consideram estar em risco. A percentagem é mais elevada nas mulheres e nos trabalhadores com mais de 50 anos.

Os dados mais importantes são, para nós, os relativos aos profissionais de saúde. Para estes trabalhadores os resultados indicam problemas que vale a pena analisar. Assim, constata-se que a percentagem de trabalhadores da saúde, da União Europeia, que considera que a sua saúde e segurança estão em risco devido ao seu trabalho é superior à média de todos os setores profissionais. A perceção destes trabalhadores relativamente a alguns indicadores de saúde é elucidativa deste cenário. Consideram ter uma saúde pobre 20% dos trabalhadores do sexo masculino e 22% do feminino e que o trabalho afeta negativamente a sua saúde 26% e 28%, respetivamente⁵. Contudo, a percentagem de trabalhadores do sexo masculino que considera que a sua saúde e segurança estão em risco devido ao trabalho é maior (31%) do que a do sexo feminino (29%). No que diz respeito à saúde mental, 20% das trabalhadoras tem a perceção de que a mesma está em risco e o mesmo acontece para 15% dos trabalhadores. Relativamente a Portugal, no que diz respeito à saúde mental, um dado ressalta, pois é o país onde a diferença entre sexos é maior (consideram que a mesma está em risco 20% dos homens e 35% das mulheres). Outros resultados mostram que são os homens, mais que as mulheres, que consideram ser capazes de trabalhar aos 60 anos, e são as mulheres que, percentualmente, revelam maior absentismo superior a 5 dias, mais absentismo por acidentes de trabalho e maior presenteísmo (aliás o setor da educação e o da saúde são os que revelam percentagens mais elevadas neste indicador).

Nas respostas aos problemas de saúde que mais atingem os profissionais de saúde, as maiores percentagens indicam que estes profissionais sofrem primordialmente de dores de estômago, de cabeça e de insónias⁶.

⁵ Um dado interessante é que em Portugal, no geral dos trabalhadores, são as mulheres mais que os homens que referem que o trabalho não afeta a saúde, com uma diferença de 10%.

⁶ No geral dos trabalhadores europeus a maior percentagem aparece para as dores de costas e problemas músculo-esqueléticos e para o sexo feminino.

A saúde no trabalho dos fisioterapeutas tem sido estudada fundamentalmente na ótica das lesões músculo-esqueléticas. De facto estando vocacionado para analisar e tratar disfunções do movimento e da postura, ao fisioterapeuta é exigida, para tal, a utilização do próprio corpo. Tratando-se de um profissional considerado especialista no que respeita à prevenção, tratamento e reabilitação deste tipo de lesões, está também, em risco de desenvolver este tipo de problemas.

A partir de uma revisão da literatura acerca das lesões músculo-esqueléticas em fisioterapeutas entre 1996 e 2011, Sharan e Ajeesh (2012) mostram que os fisioterapeutas têm frequentemente um risco elevado de desenvolverem estas lesões na sua prática dado que estão maioritariamente envolvidos com exigências físicas e em tarefas intensas e repetitivas. Destacam como zona do corpo mais afetada a região lombar e que o maior número de sintomas é apresentado por fisioterapeutas do sexo feminino. Referem que mais de 60% dos fisioterapeutas em todo o mundo experienciam dor e desconforto relacionados com o trabalho, sendo a prevalência maior em fisioterapeutas com menos de 35 anos. Os fatores que mais contribuem para o desenvolvimento de lesões músculo-esqueléticas são a força, os movimentos repetitivos, as posturas estáticas e incorretas, as vibrações e a longa duração do trabalho.

Num estudo de Alperovitch-Najenson, Treger e Kalichman (2014), a comparação entre fisioterapeutas e enfermeiros do sexo feminino, a trabalhar num hospital de reabilitação, relativamente à prevalência de queixas músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho, bem como o evitar a realização de algumas tarefas, ou mesmo trabalhar, mostrou que a prevalência de dor lombar era maior nas fisioterapeutas. A realização frequente de transferência manual de doentes aparece como um fator a considerar relativamente a esse problema. Contudo, o evitar determinadas tarefas ou não trabalhar, em função da dor lombar, acontece menos nas fisioterapeutas do que nas enfermeiras. As razões apontadas passam pelo conhecimento e capacidade de autoavaliação das fisioterapeutas e da possibilidade de solicitarem tratamento aos colegas ou prescreverem tratamentos a si próprias.

Em Portugal, Patrício (2008) conclui que a presença de problemas músculo-esqueléticos nos fisioterapeutas está relacionada com piores níveis de capacidade para o trabalho, com especial relevância para as regiões do ombro, lombar e punho/mão. Estes

problemas, os anos de exercício, a atividade física vigorosa e ter duplo emprego são, nestes profissionais, fatores explicativos para distintos níveis de capacidade laboral.

3. A Saúde e o Trabalho em Função de Questões de Género e de Diferentes Setores

Das variáveis que se podem destacar no estudo da saúde relacionada com o trabalho, há duas que nos merecem particular atenção. Por um lado a circunstância do trabalho decorrer em instituições públicas ou privadas e por outro o género.

O setor público ou privado, enquanto variável a estudar desperta-nos um duplo interesse. Por um lado a sua associação às questões de género e no caso, a propósito de uma profissão com uma taxa de feminização aparentemente elevada, por outro, as possíveis diferenças no desempenho de uma mesma atividade (neste caso a fisioterapia), em organizações cujos propósitos de existência e de determinação de objetivos serão distintos, embora com um papel comum, o da prestação de cuidados de fisioterapia.

A tradição clássica de serviço público é frequentemente conotada com o assumir, por parte do poder público, de atribuições que têm em vista a satisfação de necessidades de interesse geral e que não são suscetíveis de serem satisfeitas, pelo menos de forma equivalente, por uma economia de mercado. Ainda que o conteúdo da noção de serviço público tenha evoluído e sido enriquecido de outros significados, continua a assumir-se hoje alguns dos seus valores estruturantes, como o contributo para os objetivos de solidariedade. Nesta conceção, os serviços públicos seriam também regulados por princípios (continuidade, de universalidade ou igualdade, e de mutabilidade) que demarcariam a sua atividade da iniciativa privada, admitindo que o mercado não estaria em condições de assegurar tal missão, garantindo a sua acessibilidade a todos os cidadãos (Cunha, 2011). Em Portugal, após a revolução de 1974, a política de saúde deu origem a um processo de reestruturação dos serviços de saúde, o qual culminou com a criação do SNS em 1979. Na década de noventa, iniciou-se uma discussão relativamente à reforma do sistema de saúde, sendo forte o setor de opinião que defendeu um papel mais ativo do setor privado (Barros & Simões, 2007).

Como já tivemos oportunidade de referir, os fisioterapeutas em Portugal trabalham quer em entidades públicas quer em privadas. No setor público, no SNS

(portanto, por conta de outrem) e no setor privado em clínicas e gabinetes próprios, por conta de outrem ou por conta própria. No primeiro caso a legislação define que um fisioterapeuta deve trabalhar sob supervisão de um médico, mas a nível privado, o fisioterapeuta pode trabalhar sem essa supervisão, nomeadamente no setor não convencionado. Assim sendo, é possível esperar diferentes circunstâncias de enquadramento da atividade destes trabalhadores e por conseguinte, diversas formas de adequar e pôr em concreto o mesmo tipo de tarefas. Desde situações contratuais, até aos horários de trabalho, passando pelo tipo de utentes e respetivas patologias, as diferenças, eventualmente existentes, entre o que é realizado pelo mesmo tipo de profissionais nos dois setores podem resultar em distintas dinâmicas de trabalho e diferentes constrangimentos a ele associados. Da mesma forma, poderão existir cenários diferentes de influência do trabalho na saúde.

As conclusões do inquérito sobre condições de trabalho, de emprego e saúde e segurança no trabalho no Québec, de 2011, mostram que os níveis de risco de acidentes de trabalho são tão elevados em setores de serviços (como nos cuidados de saúde e assistência social) como nos setores de atividades económicas mais tradicionalmente associados aos acidentes de trabalho (construção, manufatura, por exemplo). Com os problemas músculo-esqueléticos, nomeadamente nas mulheres, o mesmo acontece. Os resultados mostram, ainda uma prevalência de violência mais elevada nos setores da saúde e serviços sociais públicos (Lippel, 2015; Vézina et al., 2011).

No que diz respeito às questões de género, estudar, no que concerne ao trabalho e à saúde, diferenças entre o sexo masculino e feminino é um dado adquirido. As razões são várias e decorrem fundamentalmente de duas vias: a profissão que vamos analisar e a evolução que no mundo do trabalho tem ocorrido relativamente a esta variável.

Relativamente à profissão em causa, já, anteriormente, neste capítulo, fizemos referência ao facto de a fisioterapia ser uma profissão onde o sexo feminino predomina. Esta não é uma realidade restrita à fisioterapia pois, o acesso ao trabalho ao longo dos tempos tem-se diferenciado em termos de género. Apesar da participação das mulheres no mercado de emprego ter vindo a aumentar, o emprego é altamente segregado em função do género: as mulheres estão sobre-representadas em alguns tipos de empregos e sub-representadas noutros, trabalham em setores diferentes, como em diferentes

ocupações, ao ponto de setores e profissões poderem ser classificadas por género predominante⁷ (Eurofound, 2012).

Em Portugal, em 2011, dados relativos⁸ às taxas de emprego por setores de atividade económica nas atividades de saúde humana e apoio social, a percentagem de mulheres era de 80,7%. Adotando a referência da classificação nacional de profissões onde estão enquadradas muitas profissões da área da saúde, a saber, “especialistas das profissões intelectuais e científicas” verifica-se, também, que as mulheres são mais do que os homens (17,5% e 11,4%, respetivamente).

A portaria n.º 1212/2000 de 26 de dezembro define que uma profissão é tipicamente masculina ou feminina se a proporção de um género em relação ao outro é de, pelo menos, 3 para 1. Nessa mesma portaria, consta uma “lista nacional de profissões significativamente marcadas por discriminações de género”, com a respetiva predominância de homens ou mulheres, onde enfermeiros e técnicos das ciências da vida e da saúde aparecem como sendo predominantemente femininos. Embora sem dados oficiais relativamente aos fisioterapeutas, parece, mais uma vez, ser possível assumir a predominância do sexo feminino nesta profissão.

A segunda via que nos parece justificar o destaque da variável género prende-se com as mudanças que no mundo de trabalho foram acontecendo. Essas mudanças têm, também, na sua essência a entrada da mulher nesse mundo, ocupando cada vez mais, lugares até há bem pouco tempo reservados só a homens ou em ocupações em que os homens são minoritários. A entrada das mulheres no mercado de trabalho levantou um conjunto de questões relacionadas com a gestão dos tempos entre responsabilidades profissionais, domésticas e familiares (Perista, 2002). Por outro lado, as diferenças entre homens e mulheres em termos biológicos e sociais pressupõem diferentes perceções face às questões laborais e, especificamente, em termos de segurança e saúde. Acresce o facto de na maioria dos casos ser a mulher, mais que o homem, que na vida privada continua a ter mais atividades de índole familiar, doméstica, de cuidar, etc.. As alterações

⁷ De salientar que a taxa de emprego feminino em Portugal situa-se acima da média europeia. Cerca de 62,5% das mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos estavam registadas como empregadas, em Portugal, no ano de 2008, enquanto a média na UE-27 se situava em 59,1% e a da UE-15 em 60,4%. Este cenário é idêntico, pelo menos, desde 1986 (Casaca, 2010).

⁸ Dados retirados da base de dados Portugal contemporâneo (PORDATA).

na estrutura familiar provocadas por esta entrada tornaram mais frequentes as situações de dupla carreira, em que as tarefas domésticas e a provisão de rendimentos tendem a ser mais partilhadas, em detrimento das situações tradicionais de distribuição dos papéis na família, em que cabe ao homem o sustento económico e à mulher a gestão do lar (Nogueira, Cunha, & Lacomblez, 2010).

De facto, o papel da mulher na sociedade apresenta-se, hoje em dia, orientado para a vida profissional, mas alterando pouco o que mantém relativamente à vida familiar e doméstica. Contudo, a progressiva aproximação dos padrões de participação de homens e mulheres no mercado de trabalho não se tem verificado, de modo equivalente, na participação dos homens na esfera doméstica (Perista, 2002). Na realidade, mantém-se uma diferença entre os padrões de uso do tempo entre homens e mulheres, sobretudo no que diz respeito ao trabalho doméstico, tradicionalmente assegurado pelas mulheres na esfera privada, que se reflete até na definição das preferências em termos de horários de trabalho (Prévost & Messing, 2001). Este modo diferencial como homens e mulheres afetam os seus tempos às várias esferas da vida, especificamente, às várias formas de trabalho, deve ser analisado tendo em consideração a forma como as relações sociais de tempo se relacionam com as relações sociais de trabalho, cuidado e saúde (Perista, 2002). Se no caso dos homens, existe uma rutura entre o trabalho assalariado e o trabalho doméstico, para as mulheres, parece existir uma continuidade e a vida laboral e doméstica formam um todo, exigindo um esforço físico, psíquico e emocional quase indistinto (Messing, 2000).

A importância de considerar a variável género é, assim, entre outras, a circunstância de no domínio do trabalho poder determinar, pelo menos parcialmente, diferentes capacidades humanas, tipo de formação recebida, divisão de atribuição de tarefas, diferentes exigências, interação do trabalho com a vida fora do trabalho e a representação social, para a saúde, da atividade de trabalho (Messing & Chatigny, 2007). Há, então, uma necessidade premente de estudar de forma diferenciada em termos de género, as relações entre trabalho e saúde e as repercussões deste na vida a longo prazo, para melhor se intervir na melhoria das condições de trabalho, desenvolvendo conhecimentos para agir, o que vai, também, ao encontro dos objetivos da psicologia do trabalho e da ergonomia da atividade (Teiger & Vouillot, 2013). Cada vez mais a investigação acerca das mulheres, do trabalho e da saúde tem ocupado diferentes

grupos, na Europa e no mundo, abrangendo tópicos que vão das características da divisão do trabalho e emprego à biomecânica feminina, passando pelos níveis de experiência em função do género ou os efeitos da conciliação trabalho/família (Messing, 2015). Abordar a dimensão género implica interdisciplinaridade e abarcar um conjunto de temáticas que vá para além de fenómenos restritos como a remuneração. Desde logo, analisar as questões da saúde no trabalho (Vogel, 2003). A este propósito, Fagan (2015), faz referência a algumas conclusões do último inquérito europeu sobre condições de trabalho, que indicam diferenças de género nos resultados de saúde. As mulheres têm mais problemas de saúde e menor índice de bem-estar do que os homens.

4. Síntese Conclusiva

Neste capítulo começámos por caracterizar em traços muito gerais o Sistema de Saúde Português a fim de enquadrar o fisioterapeuta enquanto profissional de saúde. Aludindo às dificuldades de chegar a valores precisos relativamente ao número de fisioterapeutas a trabalhar em Portugal, situámos este valor, no ano de 2010, em cerca de 6000, de acordo com a associação profissional que os representa. As tarefas e funções de um fisioterapeuta estão classificadas em termos profissionais e a sua intervenção está legislada, para a administração pública, onde obrigatoriamente trabalha sob prescrição médica. Ao trabalhar no setor privado esta prescrição pode existir, ou não, em função desse trabalho ser por conta de outrem ou por conta própria. Estes profissionais guiam-se por códigos próprios e por princípios éticos seguindo um conjunto de normas de boas práticas que visam assegurar a qualidade dos serviços e a segurança dos utentes e dos trabalhadores.

Relativamente às questões relacionadas com a saúde no trabalho, o fisioterapeuta, enquanto profissional de saúde, está sujeito a circunstâncias e riscos similares aos que de forma global acontecem para os profissionais de saúde em geral, acrescidos de um conjunto de fatores peculiares em termos de condições de trabalho derivados da sua atividade específica. Como referimos, a sua intervenção passa por uma multiplicidade de tarefas que vão desde o avaliar e planear até às diferentes modalidades de tratamento e processa-se, sempre, em contacto direto com os utentes (com as mais diversas limitações e necessidades) durante longos períodos de tempo. Para além disso, muitos trabalham sob indicação ou prescrição de outros profissionais

(mais especificamente os médicos). Como tal, não será despiciendo considerar a existência, para estes profissionais, de um conjunto de riscos face à sua saúde, oriundos do trabalho que realizam.

Ainda a propósito da saúde no trabalho sinalizámos duas variáveis que se nos afiguram como pertinentes de explorar, nomeadamente, o género e o setor. Trabalhar num setor de natureza pública, com princípios e objetivos de solidariedade e igualdade em termos de prestação de cuidados e onde os fisioterapeutas obrigatoriamente trabalham sob prescrição médica, com horários, carreiras, salários e hierarquias legisladas, apresentará, provavelmente, diferenças em comparação com trabalhar num setor privado (convencionado ou não convencionado) onde estas circunstâncias não serão iguais. Por outro lado, as questões de género, nomeadamente as diferenças entre homens e mulheres quando inseridos no mundo do trabalho, têm sido cada vez mais abordadas em diferentes perspetivas, das remunerações à biomecânica feminina, passando pela conciliação trabalho/família, mas, também, pela saúde no trabalho.

No seguimento destas considerações apresentamos no próximo capítulo um estudo onde se analisou o trabalho e a saúde de fisioterapeutas portuguesas, a partir das suas perceções, com base no INSAT2010 (Inquérito Saúde e Trabalho). Como referimos na introdução desta dissertação, este é o ponto de partida, a um nível macro e necessariamente mais genérico, para um percurso que nos conduzirá ao concreto do trabalho destes profissionais e à sua análise num nível mais específico e mais próximo da sua atividade real.

**CAPÍTULO III. TRABALHO E SAÚDE: DA AVALIAÇÃO À
COMPREENSÃO, APOIADOS NA PERCEÇÃO DOS
FISIOTERAPEUTAS (ESTUDO EMPÍRICO 1)**

1. Introdução

A prestação de cuidados de saúde é, cada vez mais, um pilar importante das sociedades até pelo envelhecimento populacional e pela existência de novas patologias e patologias crônicas. Assim, os profissionais de saúde são chamados, cada vez mais, a uma intervenção especializada, mas também, prolongada. Os cuidados são prestados em contextos múltiplos, com diversos atores (profissionais de diferentes formações, utentes, familiares) de distintas origens e possuidores de diferentes culturas. Porém, para lá de uma intervenção profissional, na área da saúde o trabalho é, também, quase uma missão, pois são muitas as exigências, nomeadamente as de articulação de dimensões técnicas, humanas, éticas e até políticas e económicas (Rios, 2008).

Os fisioterapeutas são um grupo profissional de entre os que são atores neste cenário, pois são profissionais de saúde cuja intervenção central consiste em tratar, habilitar e reabilitar fisicamente pessoas de todas as faixas etárias, com disfunções de natureza diversa, das quais não estão excluídas as decorrentes do envelhecimento e da cronicidade que atrás se refere. Acresce, que a intervenção destes profissionais, embora sendo realizada no seio de uma equipa, mais ou menos alargada, de profissionais de saúde, é concretizada numa relação direta com os doentes e seus familiares, sem intervenção de qualquer outro profissional. É, simultaneamente, um grupo profissional cujo trabalho tem sido pouco estudado e as investigações que se encontram, sendo direcionadas para as questões da saúde, abordam quase exclusivamente as lesões músculo-esqueléticas e as relações entre estas e a componente física do seu trabalho. Não só, mas, também, por estas razões, parece-nos ser uma população trabalhadora que vale a pena ser analisada, nesta primeira fase, de uma forma global, quer no que diz respeito às características do trabalho que realizam, bem como no que concerne à sua saúde.

2. Objetivos e Questões de Investigação

O estudo que vamos passar a descrever parte de uma questão orientadora da análise dos resultados, a saber: de que forma os fisioterapeutas caracterizam o seu trabalho e qual a influência que, na sua opinião, este tem na sua saúde?

A concretização do estudo passa, então, por três objetivos:

- O primeiro objetivo é determinar como é que os fisioterapeutas caracterizam as suas condições de trabalho. Nesta ótica procuramos igualmente identificar riscos a que estejam sujeitos. Para aprofundar a análise pretendemos, ainda, comparar as condições de trabalho percebidas e os riscos existentes no setor público e privado e em função do género.
- O segundo objetivo visa perceber a influência de variáveis sociodemográficas e profissionais na exposição a riscos no trabalho.
- Com o terceiro objetivo pretendemos determinar, a partir da perceção dos fisioterapeutas, se o trabalho que realizam afeta a sua saúde. Pretendemos, ainda, identificar alguns dos problemas de saúde que atingem estes trabalhadores e relacionar esses problemas com o seu trabalho.

3. Enquadramento Metodológico

Este estudo tem uma natureza não experimental, pois embora, também, tenha sido objetivado para estabelecer relações entre variáveis, não é possível que estas sejam manipuladas, nem existe aleatoriedade na distribuição dos sujeitos. É, então, um estudo descritivo, transversal, correlacional ou não experimental (Alferes, 1997; Marôco, 2011).

Face aos objetivos delineados utilizámos como método de recolha de informação o inquérito⁹. As suas vantagens estão relacionadas com a possibilidade de recolher informação sobre uma variedade de comportamentos relativos ao presente ou ao passado dos inquiridos, tendo, assim, acesso a descrições de comportamentos que, por motivos diversos, não são passíveis de observação por parte dos investigadores (Ghiglione & Matalon, 1997). Optámos, então, por um questionário com possibilidade de ser autoadministrado, pois tem a vantagem de gerar menor reatividade por parte dos respondentes e uma menor interferência do investigador (Alferes, 1997). Tendo como desvantagem a impossibilidade de garantir que os inquiridos compreendam adequadamente as instruções, o sentido das questões e as modalidades de resposta

⁹ De acordo com Rossi, Wright e Anderson (1983), o inquérito pode ser definido como um modo relativamente sistemático e estandardizado de obter informação sobre indivíduos através do questionamento de amostras.

apresentadas (Alferes, 1997), procurámos atenuar esses problemas elaborando uma carta de apresentação, que se anexou ao questionário, para garantir a credibilidade da investigação e dos investigadores (identidade, propósito do estudo e ligações institucionais) e do anonimato e confidencialidade dos dados. Por outro lado, procurámos explicitar verbalmente, aos responsáveis pela distribuição e recolha dos questionários, as instruções, o sentido das questões e o tipo de respostas.

4. Participantes e Procedimentos de Recolha de Dados

Foram questionados fisioterapeutas de diferentes unidades (públicas e privadas) de prestação de cuidados de saúde em Portugal.

Os questionários foram distribuídos e recolhidos entre junho de 2013 e março de 2014, por um fisioterapeuta que nas diferentes regiões se voluntariou para o fazer. A escolha deste fisioterapeuta partiu de uma solicitação que fizemos, via *email*, a um conjunto de profissionais das nossas relações pessoais e profissionais, em diferentes locais do País, para a participação voluntária neste estudo. Foi referida a ajuda que necessitávamos e a correspondente responsabilidade pela entrega e recolha dos questionários. Tendo tido uma excelente receptividade, foi explicado os objetivos do estudo e a metodologia para a distribuição dos questionários. Estes foram, maioritariamente, enviados via CTT, com um envelope selado para a sua devolução. Em alguns casos entregámos e recolhemos os questionários diretamente do fisioterapeuta responsável. Foi solicitado que a distribuição fosse feita aos colegas de trabalho e/ou conhecidos, que aceitassem participar. Dos 400 questionários distribuídos, foram devolvidos 271, dos quais, 23 foram eliminados, em função de o preenchimento não ultrapassar 10% do questionário, ou não terem sido respondidas nenhuma das questões relativas a dados pessoais e profissionais.

O processo de amostragem utilizado foi não probabilístico e não aleatório e conveniente (Sampieri, Collado & Lucio, 2006; Marôco, 2011). Neste tipo de amostragem a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos e os elementos são selecionados pela sua conveniência, por voluntariado, ou acidentalmente. O problema deste tipo de amostragem reside no facto da amostra poder não ser representativa da população em estudo, contudo, neste

cenário de investigação não era possível, prático ou mesmo desejável (por limitações de tempo e custos) obter uma amostra probabilística.

5. Instrumento e Sua Aplicação

Utilizámos, como instrumento de recolha de dados, o INSAT2010 (Inquérito Saúde e Trabalho) de Barros-Duarte e Cunha (2010).

De acordo com as autoras, este questionário permite uma abordagem multifacetada, pois abarca indicadores de diferentes áreas disciplinares, centra-se no vivido dos trabalhadores, incorpora uma conceção de saúde ampla, incluindo dimensões subjetivas e promove o que as autoras denominam de uma estatística de prudência¹⁰. As questões seguem uma lógica coerente permitindo uma gradual tomada de consciência das consequências do trabalho na saúde e bem-estar (Barros-Duarte & Cunha, 2010). Na explicitação dos pontos de ancoragem do INSAT, refere-se a necessidade de, nos instrumentos que pretendem avaliar relações entre o trabalho e a saúde, dar visibilidade à evolução das formas de organização do trabalho e aos novos fatores de risco que se colocam em contexto de trabalho. Argumentam, ainda, as autoras que a especificidade deste instrumento foi adotar uma abordagem cujo objetivo é “compreender de que forma os trabalhadores avaliam as características e as condições do seu trabalho, o seu estado de saúde, e que tipo de relações estabelecem entre a sua saúde e o seu trabalho” (Barros-Duarte, Cunha, & Lacomblez, 2007, p.59).

Tratando-se de uma abordagem metodológica quantitativa, pode encontrar o seu espaço de análise e investigação em abordagens mais “compreensivas” do que “explicativas” e que desde a conceção à análise e interpretação dos resultados, assume uma combinação coerente entre a análise da atividade e o inquérito por questionário. Assim, o INSAT insere-se nos modelos mais recentes de epidemiologia que, ao contrário dos modelos de epidemiologia de inspiração mais “positivista” (baseados tendencialmente no estudo da relação direta e unívoca entre uma causa e uma patologia específica), integram outros fatores, nomeadamente as relações entre as características

¹⁰ Uma estatística que evite análises de tipo determinista, promovendo uma perspetiva que permita a compreensão dos factos, mais do que uma explicação dos mesmos.

profissionais e as condições de trabalho, os fatores extraprofissionais e as condições de vida, abarcando, igualmente, e deliberadamente, as queixas e os problemas ditos “infrapatológicos” nas suas relações com o trabalho (Barros-Duarte et al., 2007).

O INSAT está organizado em diferentes conjuntos de questões ou eixos. Previamente ao eixo I, um conjunto de questões permite fazer uma caracterização acerca do trabalhador, nos aspetos sociodemográficos (idade, sexo e nível de escolaridade, por exemplo) e profissionais (setor de atividade da empresa, localização geográfica da mesma, antiguidade entre outros). O eixo I (o trabalho) corresponde à descrição do trabalho em termos da sua natureza, tipo de contrato, horários de trabalho e turnos.

O eixo II questiona acerca das condições e características de trabalho, focando-se no ambiente e nos constrangimentos físicos de trabalho, nos constrangimentos organizacionais (ritmo de trabalho e autonomia e iniciativa), nos constrangimentos relacionais (relações de trabalho e contato com o público) e nas características do trabalho. Questiona, também, os efeitos, destes constrangimentos e características nos trabalhadores. Possibilita, assim, a recolha de dados acerca das condições e características de trabalho¹¹ a que os trabalhadores percecionam estar expostos (podendo assinalar essa exposição no trabalho atual, no trabalho passado ou em ambos), e no caso afirmativo, o grau de incómodo sentido¹².

No eixo III são questionadas algumas condições de vida fora do trabalho, como o estado civil e número de filhos e a conciliação da vida de trabalho com a vida fora do trabalho.

As questões incluídas nos eixos IV e V (respetivamente formação e trabalho e saúde e trabalho) permitem obter dados sobre o percurso de formação profissional no último ano e sobre acidentes de trabalho, doenças profissionais, absentismo e informação sobre riscos profissionais.

Dos dois últimos eixos é possível retirar informação acerca da perceção do estado de saúde (VI) e bem-estar (VII) bem como a relação estabelecida com o trabalho. No eixo

¹¹ As questões deste grupo estão organizadas em três categorias: ambiente e constrangimentos físicos; constrangimentos organizacionais e relacionais e características de trabalho.

¹² O incómodo é expresso através de uma escala de Likert, com os seguintes valores: 1-*muito incómodo*; 2-*bastante incómodo*; 3-*incómodo*; 4-*pouco incómodo*; 5-*nenhum incómodo*.

VI, para além do indicador de quanto a saúde está afetada pelo trabalho, listam-se um conjunto de 24 problemas de saúde a que o trabalhador responde identificando se os tem e no caso afirmativo qual a relação dos mesmos com o trabalho¹³. O eixo VII é constituído pelo NHP (Nottingham Health Profile) na sua versão portuguesa (PSN-Perfil de Saúde Nottingham). Este é composto por 38 questões (problemas) que constituem seis dimensões: energia (correspondendo a três questões), dor (correspondendo a oito questões), mobilidade física (correspondendo a oito questões), sono (correspondendo a cinco questões), isolamento social (correspondendo a cinco questões) e reações emocionais (correspondendo a nove questões). Para cada um dos problemas expostos o respondente assinala *sim* ou *não*.

No INSAT, após o preenchimento do NHP é solicitado ao trabalhador que relacione cada um dos problemas identificados nesse perfil com o seu trabalho.

Para este estudo, no sentido de caracterizar a população estudada e determinar relações entre variáveis, estabelecemos, a partir do eixo II componentes que correspondem aos constrangimentos, condições e características do trabalho questionados. Assim, considerámos as seguintes componentes: AMB (*Ambiente Físico*), que inclui os itens do ponto 1 desse eixo; CF (*Constrangimentos Físicos*), que inclui os itens do ponto 2; CRT (*Constrangimentos do Ritmo de trabalho*), com os itens correspondentes à primeira parte do ponto 2; AI (*Autonomia e Iniciativa*), constituído pelos itens da segunda parte desse ponto; RT (*Relações de Trabalho*), com todos os itens relativos à terceira parte; CP (*Contacto com o Público*), correspondente aos itens da quarta parte do ponto 2 e CT (*Características de Trabalho*), que inclui os itens do ponto 3. Com o mesmo objetivo, considerámos a partir do eixo IV a componente ST (*Saúde no Trabalho*).

¹³ Para cada um dos problemas pode ser assinalado se os mesmos foram causados pelo trabalho, agravados pelo trabalho ou se não têm nenhuma relação com o trabalho.

6. Tratamento Estatístico dos Dados

A análise estatística, dos dados para este estudo, foi efetuada recorrendo ao programa IBM SPSS Statistics 21. Os dados foram submetidos a uma análise descritiva com vista à caracterização da amostra para todos os eixos do questionário. Posteriormente realizaram-se análises univariadas e multivariadas utilizando estatísticas de correlação, comparação de médias e regressão logística de acordo com os objetivos gizados e a natureza das variáveis consideradas¹⁴.

7. A Amostra

Para a concretização dos objetivos delineados, para além da descrição dos resultados, foi necessário proceder à inferência estatística, ou seja estimar parâmetros de uma população teórica a partir de estatísticas obtidas numa amostra representativa dessa população¹⁵. A média amostral é uma das estatísticas mais importantes para a inferência estatística. Uma característica importante da distribuição de probabilidade da média é a de que à medida que a dimensão das amostras (utilizadas para calcular a distribuição amostral da média) aumenta, a distribuição amostral da média tende para a distribuição normal. Esta regra é conhecida como o Teorema do Limite Central. De um modo geral, assume-se que para amostras de dimensão superior a 25-30 a distribuição da média amostral é satisfatoriamente aproximada à normal. O teorema do limite central garante assim que, para amostras de dimensão razoável, a média tem distribuição normal, mesmo que a variável, para a qual se quer calcular a média, não tenha distribuição normal. Este teorema é particularmente útil para justificar a utilização de métodos paramétricos para amostras de dimensão elevada (Marôco, 2011).

Podemos, então, considerar que face ao tamanho, a nossa amostra tende à normalidade independentemente da variável que estejamos a analisar o que nos permite a utilização de testes paramétricos. Por outro lado, o facto de não ser uma amostra de grande dimensão (superior a 400 sujeitos) permite assumir que os resultados não serão

¹⁴ Mais adiante, na apresentação das análises efetuadas serão descritas as técnicas estatísticas utilizadas.

¹⁵ Noutros termos, a estimação de intervalos de confiança e a realização de testes de hipóteses.

artificialmente bons, pois amostras dessa dimensão tornam os testes estatísticos muito sensíveis (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2005).

7.1. Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Algumas características dos 249 participantes neste estudo estão expostas na Tabela 1. A maioria dos fisioterapeutas é do sexo feminino (76,7%). São maioritariamente solteiros (51,4%) com menos de 40 anos de idade (média $34 \pm 7,8$ anos) e trabalham no setor público (50,6%) há menos de 10 anos (59,8%).

Os fisioterapeutas estudados trabalham no território continental e nas duas regiões autónomas de Portugal. Com referência à Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos (NUTS III), os locais onde trabalham estão localizados em 21 das 30 sub-Regiões de Portugal (Anexo I). O local de trabalho de 53,4% dos fisioterapeutas é constituído por mais de 249 trabalhadores.

A sua atividade principal é referida como sendo: “fisioterapeuta ou fisioterapia” e trabalham em departamentos denominados: Medicina Física e Reabilitação ou Reabilitação (37,3%) ou Fisioterapia (37,3%). Nesta atividade 205 (82,3%) afirmam ser trabalhadores por conta de outrem e 43 (17,3%) trabalhadores independentes, por conta própria. Dizem trabalhar com um contrato sem termo ou efetivo, 173 (69,5%) fisioterapeutas e 71 (28,5%) com contrato a prazo ou temporário.

Destes trabalhadores, 20,1% afirma ter outra atividade remunerada (esta atividade relaciona-se na quase totalidade com a prática ou o ensino da fisioterapia).

Tabela 1: Caracterização da Amostra: Dados Pessoais e Profissionais

Dados	n	%	M	DP
Sexo				
Masculino	56	22,5		
Feminino	191	76,7		
s.r.	2	0,8		
Idade (em anos)				
20-24	16	6,4	33,9	7,801
25-29	63	25,3		
30-34	73	29,3		
35-39	33	13,3		
40-44	22	8,8		
45-49	21	8,4		
50-54	7	2,8		
55-59	2	0,8		
60-64	2	0,8		
s.r.	10	4,0		
Estado Civil				
Solteiro	128	51,4		
Casado/União de Facto	97	38,9		
Divorciado	14	5,6		
s.r.	10	4,0		
Nível de Escolaridade				
Bacharelato	10	4,0		
Licenciatura	190	76,3		
Formação pós-graduada	40	16,1		
s.r.	9	3,6		
Setor				
Publico	126	50,6		
Privado	122	49,0		
s.r.	1	0,4		
Antiguidade na profissão (e no local de trabalho atual)				
Até 1 ano	14 (27)	5,6 (10,8)	11(9)	7,588(7,470)
2 a 5 anos	55 (68)	22,1 (27,3)		
6 a 10 anos	80 (72)	32,1 (28,9)		
11 a 15 anos	43 (36)	17,3 (14,5)		
16 a 20 anos	22 (16)	8,8 (6,4)		
21 a 25 anos	17 (15)	6,8 (6,0)		
> 25 anos	13 (9)	5,2 (3,6)		
s.r.	5 (6)	2,0 (2,4)		

Nota. s.r. (sem resposta)

O seu horário de trabalho pode ser caracterizado através da Tabela 2. Trabalham sobretudo em tempo integral (81,6%) e num horário diurno (57,9%), fixo e normal (em dois períodos diários, com horas de entrada e de saída fixas e separados por um intervalo de descanso).

Tabela 2: Características do Horário de Trabalho

Horário de Trabalho	n	%
Tempo Integral	203	81,6
Tempo Parcial	16	6,4
Fixo	121	48,6
Irregular	36	14,5
Flexível	13	5,2
Fim de semana	53	21,3
Normal	89	35,7
Turnos Fixos	40	16,1
Turnos Rotativos	16	6,4
Com Isenção	11	4,4
Diurno	144	57,9
Noturno	1	0,4
Misto	3	1,2

8. Apresentação e Discussão dos Resultados

Previamente à análise estatística dos dados que se apresentam de seguida, procedemos à inversão dos valores da escala de Likert relativa ao grau de incómodo provocado, com vista a uma maior facilidade na sua leitura. Esta inversão permitiu que ao valor mais alto da escala correspondesse o maior grau de incómodo.

Os resultados apresentados resultam num primeiro momento da análise descritiva dos dados obtidos. Para determinar as frequências relativas de exposição e incómodo considerámos como estando expostos os respondentes que assinalassem a resposta no trabalho atual ou em ambos (dado que essencialmente nos interessava analisar o trabalho como fisioterapeuta e como atrás referimos o INSAT permite que a resposta seja dada para um trabalho passado); para o incómodo considerámos o somatório das respostas de incómodo; bastante incómodo e muito incómodo (as respostas de pouco e nenhum incómodo passaram a ter o significado de não existência de incómodo).

8.1. Exposição a condições e características de trabalho e respetivo incómodo para o total da amostra

A apresentação de resultados que se segue vai ser organizada de acordo com as componentes que considerámos Ambiente Físico; Constrangimentos Físicos; Constrangimentos do Ritmo de trabalho; Autonomia e Iniciativa; Relações de Trabalho; Contacto com o Público e Características de Trabalho. Nesta fase vamos apresentar os resultados para a amostra total.

8.1.1. Ambiente físico e constrangimentos físicos

Em relação ao Ambiente Físico (Tabela 3), os fisioterapeutas consideram estar mais expostos a situações de calor/frio ou variações de temperatura (46,6%) e a agentes biológicos (38,2%). O incômodo é mais percebido para essas duas situações (37,8% e 25,7%, respectivamente) e para o ruído nocivo (25,7%). Em termos médios as situações mais incômodas são a exposição a ruído e aos agentes biológicos.

Tabela 3: Exposição a Condições do Ambiente Físico e Constrangimentos Físicos e Respetivo Incômodo

	Exposição		Incômodo		M	DP
	n	%	n	%		
AMB						
Ruído muito elevado	17	6,8	15	6,0	3,59	1,121
Ruído nocivo	73	29,3	64	25,7	3,22	0,798
Vibrações	19	7,6	10	4,0	2,56	0,984
Radiações	26	10,4	8	3,2	2,23	0,863
Calor/frio ou variações de temperatura	116	46,6	94	37,8	3,16	0,786
Poeiras ou gases	21	8,4	14	5,6	3,16	1,167
Agentes biológicos	95	38,2	64	25,7	3,22	1,147
Agentes químicos	15	6,0	5	2,0	2,36	0,929
Iluminação inadequada	51	20,5	39	15,7	3,20	0,912
CF						
Gestos repetitivos	169	67,9	126	50,6	3,12	0,927
Gestos precisos e minuciosos	145	58,2	84	33,7	2,72	0,989
Posturas penosas	202	81,1	171	68,7	3,51	0,960
Esforços físicos intensos	184	73,9	161	64,7	3,59	0,980
Permanecer muito tempo de pé na mesma posição	130	52,2	106	42,6	3,40	1,005
Permanecer muito tempo de pé com deslocamento	160	64,3	102	41,0	2,94	0,989
Permanecer muito tempo sentado	18	7,2	7	2,8	2,28	0,669
Subir e descer com muita frequência	55	22,1	25	10,0	2,49	0,823
Deslocações profissionais frequentes	39	15,7	31	12,4	3,30	1,114

Ainda na Tabela 3 estão as situações que em termos físicos podem ser fonte de constrangimentos. Os fisioterapeutas referem uma maior exposição a posturas penosas (81,1%), a esforços físicos intensos (73,9%) e a gestos repetitivos (67,9%). Estes constrangimentos são considerados como os que mais os incomodam. Em média são as posturas e os esforços físicos que são considerados mais incômodos.

8.1.2. Constrangimentos do ritmo de trabalho e autonomia e iniciativa

Em termos de Ritmo de Trabalho (Tabela 4) destaca-se, majoritariamente, a exposição a circunstâncias de terem de fazer várias coisas ao mesmo tempo (73,5%), de

se apressarem (67,5%) e de resolverem problemas imprevistos sem ajuda (61,0). Um maior incómodo é relatado para as situações de terem de se apressar (55,4%) e para as de fazer várias coisas ao mesmo tempo e não poderem fazer ou encurtarem uma refeição (43,8%).

Em média o maior incómodo acontece para as situações de necessitarem de se deitar depois da meia-noite e de terem de se apressar. Na mesma tabela verifica-se que das situações que dizem respeito à Autonomia/Iniciativa, os fisioterapeutas consideram estar mais expostos a ter de obedecer a um horário de trabalho rígido (22,1%) e a obedecer a uma ordem pré-definida de realização de tarefas (17,3%). É, também, nestas situações que se consideram mais incomodados.

Tabela 4: Exposição a Condições de Ritmo de Trabalho e Autonomia e Iniciativa e Respetivo Incómodo

	Exposição		Incómodo		M	DP
	n	%	n	%		
CRT						
Acompanhar ritmo imposto	46	18,5	30	12,0	3,02	1,055
Depender do trabalho de colegas	63	25,3	38	15,3	2,82	1,094
Depender de pedidos diretos de clientes/utentes	93	37,3	35	14,1	2,25	0,905
Cumprir normas de produção ou prazos rígidos	95	38,2	55	22,1	2,78	1,121
Adaptar a mudanças de métodos/instrumentos	87	34,9	30	12,0	2,28	1,013
Trabalhar longos períodos ao computador	30	12,0	19	7,6	2,76	0,786
Fazer várias coisas ao mesmo tempo	183	73,5	109	43,8	2,79	1,002
Frequentes interrupções	141	56,6	88	35,3	2,83	0,971
Apressar	168	67,5	138	55,4	3,24	1,004
Resolver situações/problemas imprevistos sem ajuda	152	61,0	80	32,1	2,67	1,042
Manter o olhar fixo sobre o trabalho	22	8,8	9	3,6	2,46	1,141
"Saltar" ou encurtar uma refeição ou nem realizar pausa	138	55,4	109	43,8	3,24	1,079
Dormir a horas pouco usuais	17	6,8	14	5,6	3,17	1,150
Ultrapassar o horário normal	119	47,8	80	32,1	2,96	1,072
Deitar depois da meia-noite	14	5,6	13	5,2	3,29	1,213
Levantar antes das 5 da manhã	5	2,0	4	1,6	3	1,225
AI						
Fazer o trabalho tal e qual como foi definido, sem qualquer possibilidade de alteração	35	14,1	29	11,6	3,39	1,321
Obedecer a uma ordem pré-definida de realização das tarefas, sem qualquer possibilidade de alteração	43	17,3	35	14,1	3,56	1,367
Respeitar de forma rígida os momentos de pausa, sem os poder escolher	33	13,3	19	7,6	2,94	1,273
Obedecer a um horário de trabalho rígido, sem qualquer possibilidade de pequenas alterações	55	22,1	38	15,3	3,09	1,281

8.1.3. Relações de trabalho

A necessidade de ajuda (59,8%), a agressão verbal (30,5%), a desconsideração pelas opiniões próprias (28,5%) e a intimidação (28,1%) são as situações a que os fisioterapeutas consideram estar mais expostos. O incómodo referido é maior para as situações de intimidação (25,3%) e para a agressão verbal (23,7%). O incómodo médio é maior para a intimidação. Considerando-se, quase na totalidade, expostos ao Contacto com o Público, os fisioterapeutas referem, maioritariamente, estar expostos a diferentes situações, sendo as mais relatadas as de ter de dar resposta às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas (88,0%), suportar as exigências do público (85,5) e ao confronto com situações de tensão nas relações com o público (74,7%). O incómodo é mais relatado relativamente ao confronto com situações de tensão (47,0%) e à agressão verbal do público (45,0%). A agressão verbal e física são as situações com maior valor médio de incómodo (Tabela 5).

Tabela 5: Exposição a Constrangimentos nas Relações de Trabalho e ao Contacto com o Público e Respetivo Incómodo

	Exposição		Incómodo		M	DP
	n	%	n	%		
RT						
Necessidade de ajuda e nem sempre existir	149	59,8	55	22,1	2,18	1,147
Desconsiderada a opinião	71	28,5	56	22,5	3,55	1,263
Impossível exprimir à vontade	42	16,9	38	15,3	3,88	1,096
Agressão verbal	76	30,5	59	23,7	3,51	1,201
Agressão física	46	18,5	33	13,3	3,28	1,294
Assédio sexual	26	10,4	20	8,0	3,80	1,443
Intimidação	70	28,1	63	25,3	3,97	1,063
Discriminação sexual	7	2,8	5	2,0	3,33	1,211
Discriminação por idade	26	10,4	21	8,4	3,41	1,248
Discriminação por nacionalidade/raça	0	0,0	0	0,0	5	--
Discriminação por deficiência física ou mental	1	0,4	1	0,4	5	--
CP						
Contato com o público	244	98,0	11	4,4	1,30	0,673
Suportar as exigências do público	213	85,5	105	42,2	2,56	0,978
Confronto com situações de tensão nas relações com o público	186	74,7	117	47,0	2,82	0,977
Agressão verbal do público	161	64,7	112	45,0	3,10	1,095
Agressão física do público	90	36,1	62	24,9	3,05	1,092
Resposta às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas	219	88,0	110	44,2	2,56	1,131

8.1.4. Características do trabalho

A grande maioria dos fisioterapeutas trabalha na presença de outros e no seu trabalho tem de aprender coisas novas, situações que não os incomodam. Consideram estar, também, expostos a um trabalho que será difícil realizar quando tiverem 60 anos (79,9%), que implica momentos de hipersolicitação (75,1%), onde faltam equipamentos/instrumentos adequados (55,8%) e pouco reconhecido pelas chefias (50,6%). O incómodo é mais relatado para a dificuldade de realizar o seu trabalho aos 60 anos (76,6%) e para a falta de equipamentos/instrumentos adequados (49,4%). Em média o incómodo é maior nas situações em que o trabalho tem condições que abalam a sua dignidade e para a dificuldade que consideram ter para realizar o seu trabalho aos 60 anos (Tabela 6).

Tabela 6: Exposição a Características do Trabalho e Respetivo Incómodo

	Exposição		Incómodo		M	DP
	n	%	n	%		
CT						
Sempre sozinho	12	4,8	8	3,2	2,64	1,393
Sempre na presença de outros	222	89,6	12	4,8	1,32	0,642
Aprender coisas novas	211	84,7	4	1,6	1,19	0,493
Monótono	27	10,8	22	8,8	3,35	0,846
Excessivamente variado	70	28,1	16	6,4	1,84	0,987
Pouco criativo	33	13,3	21	8,4	2,79	1,244
Muito complexo	101	40,6	18	7,2	1,85	0,873
Com momentos de hipersolicitação	187	75,1	119	47,8	2,91	0,998
Pouco organizado do ponto de vista ergonómico	118	47,4	102	41,0	3,34	0,978
Onde faltam equipamentos/instrumentos adequados	139	55,8	123	49,4	3,48	0,966
Com instalações inadequadas	91	36,5	81	32,5	3,48	1,007
Pouco reconhecido pelos colegas	65	26,1	58	23,3	3,52	0,976
Pouco reconhecido pelas chefias	126	50,6	121	48,6	3,97	0,890
Com condições que abalam dignidade	16	6,4	15	6,0	4,53	1,007
Difícil realizar aos 60 anos	199	79,9	191	76,7	4,10	0,975
No qual me sinto explorado	115	46,2	111	44,6	4,04	0,959
Que gostava que os meus filhos não realizassem	83	33,3	67	26,9	3,67	1,361
Com o qual estou pouco satisfeito	81	32,5	77	30,9	4,01	1,053

8.1.5. O incómodo nas componentes de situações e características de trabalho

Na Tabela 7, verifica-se que o valor médio de incómodo é mais elevado na componente Autonomia e Iniciativa (3,19) e mais baixo no contacto com o público (2,35).

Tabela 7: Incómodo Médio em cada Componente

Componentes	M	DP	s.r.
AMB	3,03	0,794	79
CF	3,10	0,834	15
CRT	2,81	0,732	23
AI	3,19	1,224	153
RT	2,84	1,155	65
CP	2,35	0,826	9
CT	2,75	0,821	5

Nota. No total da coluna s.r. (sem resposta) estão incluídos para além dos *missings* os sujeitos que na questão relativa à exposição responderam nunca.

8.2. Condições de trabalho e riscos a que os fisioterapeutas estão sujeitos

No seguimento dos resultados que acabámos de apresentar, estamos em condições de dar resposta a parte do primeiro objetivo que formulámos. Pretendíamos, num primeiro momento, determinar de que forma os fisioterapeutas caracterizam as suas condições de trabalho e identificar riscos associados às mesmas.

O conjunto de resultados que apresentámos relaciona-se com a perceção que estes profissionais têm relativamente às condições e características do seu trabalho. Os resultados obtidos mostram que os fisioterapeutas estão sujeitos a trabalhar em ambientes com calor ou frio (ou alteração de temperatura), na presença de agentes biológicos, tendo que adotar posturas penosas, fazendo esforços físicos intensos e gestos repetitivos. Para realizar o seu trabalho têm necessidade de fazer várias coisas ao mesmo tempo, apressarem-se e resolverem problemas imprevistos sem ajuda. São frequentemente interrompidos e têm de encurtar, ou não fazer de todo, algumas refeições.

Por outro lado, têm de obedecer a um horário de trabalho rígido e realizar tarefas cuja ordem de realização é pré-definida. Necessitam de ajuda (que nem sempre existe), estão expostos a agressão verbal, à sua opinião não ser considerada e a intimidação na relação com colegas e chefias. Em função do contacto com o público (no caso doentes/utentes e seus familiares ou acompanhantes) têm de dar resposta às suas dificuldades ou sofrimento, suportar as suas exigências e vivenciar situações de tensão. Caracterizam o trabalho que fazem como sendo complexo, difícil de realizar aos 60 anos, que implica momentos de hipersolicitação, no qual faltam equipamentos/instrumentos adequados e que é pouco reconhecido por parte das chefias.

Este cenário configura uma perceção de exposição a constrangimentos em todas as componentes de condições e características de trabalho que estabelecemos. Para a

identificação de fatores de risco a que estes profissionais estão sujeitos analisámos os resultados a partir de um critério, a saber: itens em cada componente com percentagem de exposição igual ou superior a metade dos inquiridos.

Assim, constatamos que em todas as componentes existem itens com esses valores de exposição, com exceção das componentes Ambiente Físico e Autonomia e Iniciativa. O Contacto com o Público e os Constrangimentos Físicos são as componentes onde há a maior percentagem de itens identificados por mais de metade dos inquiridos (respetivamente, 83,3% e 66,6% dos itens) e a componente Relações de Trabalho a que apresenta uma percentagem menor (9% dos itens). Para além disso, os dados relativos ao incómodo que os fisioterapeutas percecionam com as situações a que estão expostos permitem confirmar esta análise. Todos os constrangimentos a que mais de metade dos fisioterapeutas se encontra exposta são referenciados como causando incómodo. A percentagem de fisioterapeutas que para eles refere incómodo é na maioria dos casos, com exceção da componente Relações de Trabalho, superior a 40%.

Desta forma podemos dizer que os fisioterapeutas estão sujeitos, principal e prioritariamente, a riscos relacionados com o Contacto com o Público, os Constrangimentos Físicos, as Caraterísticas de Trabalho e com os Constrangimentos do Ritmo de Trabalho.

De facto, estes resultados convergem com uma atividade profissional que tem como um dos seus objetivos a recuperação física de pessoas com problemas de diversos foros e com graus de complexidade diferentes. Vão ao encontro de um permanente contacto com doentes com quadros clínicos difíceis, graves e muitas vezes com poucas possibilidades de recuperação, e, também, por isso, provavelmente, com um grau de exigência e cuidado a nível relacional que tenderá para a existência de tensão. Em ambientes clínicos, os pacientes têm dificuldades em cuidarem de si, estão inseguros e tensos. No que diz respeito aos constrangimentos físicos, para além de poderem ser justificados pelas características dos doentes e tratamentos a realizar, vão no sentido dos resultados do último inquérito europeu sobre condições de trabalho, onde se conclui que a exposição a riscos físicos não mostra diminuição significativa e nalguns riscos (posturas dolorosas e cansativas e movimentos repetitivos) apresenta um aumento (Eurofound, 2012).

Para completar a discussão do primeiro objetivo, apresentamos agora os resultados para a amostra dividida por gênero e setor de trabalho (público e privado).

8.3. Exposição a condições e características de trabalho e respetivo incómodo de acordo com o género

Através da Tabela 8, verifica-se que homens e mulheres referem uma maior exposição, em termos de ambiente físico a situações de calor/frio ou variações de temperatura (38,2%, e 49,7%, respetivamente), a agentes biológicos (37,5% e 38,3%, respetivamente) e ao ruído nocivo (32,1% e 29,1%, respetivamente). O incómodo mais manifestado, por homens e mulheres, é para o ruído nocivo (82,4% e 87,7%).

Tabela 8: Exposição a Condições do Ambiente Físico e Constrangimentos Físicos e Respetivo Incómodo, por Género

Componentes	Exposição		Incómodo	
	Masculino (%)	Feminino (%)	Masculino (%)	Feminino (%)
AMB				
Ruído muito elevado	5,4	7,4	100	86,7
Ruído nocivo	32,1	29,1	82,4	87,7
Vibrações	5,4	7,9	50,0	53,3
Radiações	16,1	9,0	44,4	23,5
Calor/frio ou variações de temperatura	38,2	49,7	70,0	85,7
Poeiras ou gases	7,1	9,0	66,7	75,0
Agentes Biológicos	37,5	38,3	60,0	71,4
Agentes químicos	12,5	4,2	33,3	37,5
Iluminação inadequada	25,5	19,1	69,2	82,9
CF				
Gestos repetitivos	71,4	67,4	71,8	77,6
Gestos precisos e minuciosos	69,6	55,9	57,9	58,3
Posturas penosas	78,6	83,0	88,6	85,5
Esforços físicos intensos	69,6	76,1	82,1	90,1
Permanecer muito tempo de pé na mesma posição	57,1	52,4	86,7	83,3
Permanecer muito tempo de pé com deslocamento	64,3	66,0	56,8	65,9
Permanecer muito tempo sentado	8,9	7,0	25,0	42,9
Subir e descer com muita frequência	30,4	19,8	62,5	38,9
Deslocações profissionais frequentes	21,4	14,3	76,9	77,8

Nota. % relativa ao número de respondentes em cada questão

Relativamente aos Constrangimentos Físicos, as mulheres referem estar mais expostas a posturas penosas e esforços físicos intensos (83,0% e 76,1%, respetivamente). Os homens a posturas penosas e gestos repetitivos (83,0% e 71,4%, respetivamente). O incómodo é mais referido, no caso das mulheres, para os esforços físicos intensos (90,1%) e nos homens para as posturas penosas (88,6%).

Na Tabela 9, apura-se que ambos os sexos se consideram mais expostos a terem de fazer várias coisas ao mesmo tempo, a terem de se apressar e a resolverem situações/problemas imprevistos sem ajuda. Nas duas primeiras as percentagens são maiores para as mulheres e na terceira para os homens. Os homens dependem mais do trabalho dos colegas e cumprem prazos rígidos e horários de trabalho mais rígidos que as mulheres (40,0%, 51,8 % e 30,9%, respetivamente). As mulheres estão mais sujeitas do que os homens a interrupções frequentes (60,2%) e a "saltar" ou encurtar uma refeição ou nem realizar pausa (57,0%). No que diz respeito ao incómodo percebido, ele existe mais para os homens do que para as mulheres, entre outras, nas questões de ultrapassar o horário normal, nas interrupções frequentes e na adaptação a mudanças de métodos/instrumentos de trabalho.

As mulheres referem mais incómodo do que os homens por terem de dormir a horas pouco usuais, por terem de se apressar, por não fazerem uma refeição, por fazerem várias coisas ao mesmo tempo e de resolver problemas sem ajuda.

Nas condições relativas à Autonomia e Iniciativa, os homens consideram-se mais expostos que as mulheres a terem de obedecer a uma ordem pré-definida de realização das tarefas, sem qualquer possibilidade de alteração, a respeitar de forma rígida os momentos de pausa, sem os poder escolher e a obedecer a um horário de trabalho rígido, sem qualquer possibilidade de pequenas alterações, mas são as mulheres que sentem maior incómodo com estas mesmas condições.

Tabela 9: Exposição a Condições de Ritmo de Trabalho e Autonomia e Iniciativa e Respetivo Incómodo, por Género

Componentes	Exposição		Incómodo	
	Masculino %	Feminino %	Masculino %	Feminino %
CRT				
Acompanhar ritmo imposto	25,5	17,1	53,8	71,9
Depender do trabalho de colegas	40,0	21,9	47,6	68,3
Depender de pedidos diretos de clientes/utentes	33,9	39,6	36,8	37,8
Cumprir normas de produção ou prazos rígidos	51,8	34,8	41,4	68,3
Adaptar a mudanças de métodos/instrumentos	32,1	35,8	50,0	31,8
Trabalhar longos períodos ao computador	12,5	12,3	42,9	72,7
Fazer várias coisas ao mesmo tempo	71,4	76,5	50,0	62,2
Frequentes interrupções	51,8	60,2	67,9	62,7
Apressar	66,1	69,5	78,4	83,1
Resolver situações/problemas imprevistos sem ajuda	64,3	61,0	45,7	57,3
Manter o olhar fixo sobre o trabalho	12,7	8,0	0,0	50,0
"Saltar" ou encurtar uma refeição ou nem realizar pausa	53,6	57,0	76,7	77,8
Dormir a horas pouco usuais	9,1	6,4	60,0	84,6
Ultrapassar o horário normal	48,2	48,7	74,1	64,1
Deitar depois da meia-noite	8,9	4,8	71,4	80,0
Levantar antes das 5 da manhã	3,6	1,6	50,0	100
AI				
Fazer o trabalho tal e qual como foi definido, sem qualquer possibilidade de alteração	14,5	14,5	45,5	80,0
Obedecer a uma ordem pré-definida de realização das tarefas, sem qualquer possibilidade de alteração	20,0	17,2	53,8	80,0
Respeitar de forma rígida os momentos de pausa, sem os poder escolher	16,4	12,9	44,4	62,5
Obedecer a um horário de trabalho rígido, sem qualquer possibilidade de pequenas alterações	30,9	20,4	64,7	71,1

Nota. % relativa ao número de respondentes em cada questão

De acordo com a Tabela 10, são as mulheres que estão mais expostas à necessidade de ajuda que nem sempre existe, à agressão física e à discriminação por idade. São, também elas, que referem uma maior exposição a todas as condições relacionadas com o Contacto com o Público. O maior incómodo com estas condições é, ainda, maior para o sexo feminino.

Os homens consideram, mais que as mulheres, que a sua opinião é desconsiderada, que não podem exprimir-se à vontade e que estão mais sujeitos a agressão verbal, intimidação e discriminação sexual. São, no entanto, as mulheres que mais referem incómodo com, a violência, a intimidação, o assédio sexual e a discriminação

Tabela 10: Exposição a Constrangimentos nas Relações de Trabalho, ao Contacto com o Público e a Caraterísticas de Trabalho e Respetivo Incómodo, por Género

Componentes	Exposição		Incómodo	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
	%	%	%	%
RT				
Necessidade de ajuda e nem sempre existir	51,8	53,1	40,0	36,4
Desconsiderada a opinião	33,9	28,0	88,9	75,5
Impossível exprimir à vontade	21,4	16,1	91,7	87,1
Agressão verbal	32,1	31,0	64,7	82,8
Agressão física	17,9	19,3	50,0	77,8
Assédio sexual	10,7	10,7	60,0	85,0
Intimidação	33,9	27,1	73,7	96,1
Discriminação sexual	5,4	2,1	50,0	100,0
Discriminação por idade	8,9	11,2	40,0	86,4
Discriminação por nacionalidade/raça	0,0	0,0	---	---
Discriminação por deficiência física ou mental	1,8	0,0	100,0	---
CP				
Contato com o público	94,6	99,5	2,0	5,6
Suportar as exigências do público	75,9	91,0	45,0	51,2
Confronto com situações de tensão nas relações com o público	64,8	80,3	57,1	64,7
Agressão verbal do público	51,9	70,7	69,2	71,2
Agressão física do público	29,6	39,6	66,7	71,2
Resposta às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas	85,2	90,0	39,1	54,1
CT				
Sempre sozinho	9,1	3,2	60,0	62,5
Sempre na presença de outros	82,1	93,2	2,2	6,4
Aprender coisas novas	82,1	86,2	2,3	1,9
Monótono	18,2	9,0	88,9	82,4
Excessivamente variado	29,1	28,0	37,5	19,6
Pouco criativo	20,0	11,6	70,0	60,9
Muito complexo	47,3	39,2	16,7	18,9
Com momentos de hipersolicitação	80,4	75,1	62,8	64,8
Pouco organizado do ponto de vista ergonómico	63,6	43,4	91,2	83,3
Onde faltam equipamentos/instrumentos adequados	69,1	53,4	94,4	86,4
Com instalações inadequadas	41,8	36,0	90,9	85,9
Pouco reconhecido pelos colegas	36,4	23,8	88,9	91,3
Pouco reconhecido pelas chefias	60,0	49,2	100	93,7
Com condições que abalam dignidade	7,3	6,3	66,7	92,9
Difícil realizar aos 60 anos	75,9	83,4	97,6	94,9
No qual me sinto explorado	54,5	45,9	92,9	95,5
Que gostava que os meus filhos não realizassem	36,4	33,9	78,9	83,9
Com o qual estou pouco satisfeito	34,5	33,7	94,4	92,3

Nota. % relativa ao número de respondentes em cada questão

Relativamente às Caraterísticas do Trabalho, são os homens que estão mais expostos a todas elas com exceção de terem de aprender coisas novas e da dificuldade de realizar o trabalho aos 60 anos, em que são as mulheres que mais os referenciam. Nesta última questão, são, no entanto, os homens que mais referem sentir-se incomodados. Os homens consideram mais que o seu trabalho é complexo, pouco organizado ergonomicamente e com falta de equipamentos/instrumentos (47,3%, 63,6% e 69,1%, respetivamente). Também são os homens que referem ter mais

momentos de hipersolicitação (80,4%). O incómodo manifestado é superior nos homens para todas as características do trabalho com exceção das que se referem a ser um trabalho complexo, com momentos de hipersolicitação, que é pouco reconhecido por parte dos colegas, com condições que abalam dignidade, a sentirem-se explorados no trabalho e um trabalho que gostavam que os filhos não realizassem, nas quais são as mulheres as mais incomodadas.

8.4. Exposição a condições e características de trabalho e respetivo incómodo de acordo com o setor de trabalho

Os fisioterapeutas quer do setor público quer do privado referem, em termos de Ambiente Físico e Constrangimentos Físicos, como estando mais expostos ao mesmo tipo de condições, sendo que as percentagens são superiores para os do público. As questões do ruído e da temperatura são as mais referidas em termos de incómodo, em ambos os setores (Tabela 11).

Tabela 11: Exposição a Condições do Ambiente Físico e Constrangimentos Físicos e Respetivo Incómodo, por Setor

Componentes	Exposição		Incómodo	
	Público %	Privado %	Público %	Privado %
AMB				
Ruído muito elevado	9,6	4,2	84,6	100
Ruído nocivo	42,1	16,7	88,9	80,0
Vibrações	8,7	6,6	63,6	42,9
Radiações	15,2	5,8	42,1	0,0
Calor/frio ou variações de temperatura	56,8	38,1	82,9	83,7
Poeiras ou gases	13,6	3,3	81,3	33,3
Agentes Biológicos	49,6	27,5	78,7	51,6
Agentes químicos	4,8	7,4	42,9	28,6
Iluminação inadequada	25,6	16,0	80,6	77,8
CF				
Gestos repetitivos	69,8	66,1	80,7	71,1
Gestos precisos e minuciosos	62,7	55,6	65,4	51,6
Posturas penosas	88,1	75,5	91,9	79,3
Esforços físicos intensos	78,6	71,4	92,9	83,1
Permanecer muito tempo de pé na mesma posição	54,8	51,7	85,5	82,5
Permanecer muito tempo de pé com deslocamento	64,0	66,7	68,8	58,8
Permanecer muito tempo sentado	9,6	5,1	33,3	50,0
Subir e descer com muita frequência	21,6	23,5	44,4	50,0
Deslocações profissionais frequentes	11,1	20,0	100	68,0

Nota. % relativa ao número de respondentes em cada questão

De acordo com a Tabela 12, no setor público os fisioterapeutas estão mais expostos do que os do privado a fazer várias coisas ao mesmo tempo, a frequentes interrupções e a resolver situações/problemas imprevistos sem ajuda (79,2%, 67,2% e 65,6%). No setor privado estão mais expostos do que no público a terem de se apressar (73,1%), a "saltar" ou encurtar uma refeição ou nem realizar pausa (61,9%), a ultrapassar o horário normal (61,3%) e a depender de pedidos diretos de clientes/utentes (47,1%). O incómodo no setor público é mais referido para o apressar e no privado para as frequentes interrupções.

A todas as condições de trabalho relativas à Autonomia e Iniciativa, consideram estar mais expostos os fisioterapeutas do setor privado. O incómodo é, no entanto, mais referido pelos do público.

Tabela 12: Exposição a Condições de Ritmo de Trabalho e Autonomia e Iniciativa e Respetivo Incómodo, por Setor

Componentes	Exposição		Incómodo	
	Público %	Privado %	Público %	Privado %
RT				
Acompanhar ritmo imposto	17,6	20,3	63,6	69,6
Depender do trabalho de colegas	23,2	28,8	62,1	60,6
Depender de pedidos diretos de clientes/utentes	29,6	47,1	35,1	39,3
Cumprir normas de produção ou prazos rígidos	30,4	47,9	62,2	57,1
Adaptar a mudanças de métodos/instrumentos	38,4	32,8	35,4	34,2
Trabalhar longos períodos ao computador	7,2	17,6	44,4	75,0
Fazer várias coisas ao mesmo tempo	79,2	70,6	62,6	56,0
Frequentes interrupções	67,2	48,3	52,4	81,5
Apressar	64,8	73,1	85,2	79,3
Resolver situações/problemas imprevistos sem ajuda	65,6	58,8	59,8	47,7
Manter o olhar fixo sobre o trabalho	8,8	9,3	33,3	41,7
"Saltar" ou encurtar uma refeição ou nem realizar pausa	52,0	61,9	83,3	73,0
Dormir a horas pouco usuais	1,6	12,7	100	75,0
Ultrapassar o horário normal	36,8	61,3	71,7	63,5
Deitar depois da meia-noite	2,4	9,2	50,0	84,6
Levantar antes das 5 da manhã	0,8	3,4	100	75,0
AI				
Fazer o trabalho tal e qual como foi definido, sem qualquer possibilidade de alteração	12,0	17,1	76,5	66,7
Obedecer a uma ordem pré-definida de realização das tarefas, sem qualquer possibilidade de alteração	18,4	17,1	84,0	60,9
Respeitar de forma rígida os momentos de pausa, sem os poder escolher	10,4	17,1	69,2	50,0
Obedecer a um horário de trabalho rígido, sem qualquer possibilidade de pequenas alterações	22,4	23,1	75,0	63,0

Nota. % relativa ao número de respondentes em cada questão

Nas condições relativas às relações de trabalho os fisioterapeutas do setor público estão mais expostos que os do privado a agressão verbal e física, a intimidação e à impossibilidade de se exprimirem. Os do privado mais a assédio sexual. O incómodo é maior para a intimidação e agressão verbal, no setor público e no setor privado para a impossibilidade de se exprimirem e para o assédio sexual (Tabela 13).

Tabela 13: Exposição a Constrangimentos nas Relações de Trabalho, ao Contacto com o Público e a Características de Trabalho e Respetivo Incómodo, por Setor

Componentes	Exposição		Incómodo	
	Público %	Privado %	Público %	Privado %
RT				
Necessidade de ajuda e nem sempre existir	66,4	65,5	40,5	31,8
Desconsiderada a opinião	35,5	32,7	75,0	85,2
Impossível exprimir à vontade	19,4	15,1	83,3	94,7
Agressão verbal	38,9	22,9	87,8	61,5
Agressão física	22,2	15,3	78,6	61,1
Assédio sexual	7,9	13,6	70,0	86,7
Intimidação	35,7	21,0	88,9	92,0
Discriminação sexual	0,8	5,0	100	80,0
Discriminação por idade	14,3	6,7	66,7	100
Discriminação por nacionalidade/raça	0,0	0,0	0,0	0,0
Discriminação por deficiência física ou mental	0,0	0,8	0,0	100
CP				
Contato com o público	100,0	96,7	8,1	0,9
Suportar as exigências do público	88,0	85,7	54,5	45,0
Confronto com situações de tensão nas relações com o público	81,6	70,3	68,6	56,6
Agressão verbal do público	71,2	60,2	74,2	66,7
Agressão física do público	39,2	34,2	75,5	64,1
Resposta às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas	92,8	85,0	61,2	38,2
CT				
Sempre sozinho	0,0	10,1	0,0	50,0
Sempre na presença de outros	98,4	81,8	8,2	2,1
Aprender coisas novas	87,3	83,3	3,7	0,0
Monótono	5,6	16,8	42,9	100
Excessivamente variado	34,9	21,8	23,3	24,0
Pouco criativo	10,3	16,8	42,9	78,9
Muito complexo	47,6	33,6	20,0	15,4
Com momentos de hipersolicitação	81,0	70,0	62,1	67,1
Pouco organizado do ponto de vista ergonómico	51,6	43,7	87,9	83,0
Onde faltam equipamentos/instrumentos adequados	67,5	44,5	90,9	84,3
Com instalações inadequadas	46,8	26,1	85,5	90,3
Pouco reconhecido pelos colegas	32,5	19,3	88,1	95,5
Pouco reconhecido pelas chefias	61,9	39,5	96,2	93,8
Com condições que abalam dignidade	9,5	2,5	85,7	100
Difícil realizar aos 60 anos	81,1	83,3	96,0	94,9
No qual me sinto explorado	55,3	39,8	94,3	95,7
Que gostava que os meus filhos não realizassem	34,7	34,7	78,6	85,0
Com o qual estou pouco satisfeito	37,7	29,7	89,4	97,2

Nota. % relativa ao número de respondentes em cada questão

O Contacto com o Público expõe de forma elevada os fisioterapeutas de ambos os setores a todas as condições que o integram. Em todas elas, no entanto, a percentagem de exposição é mais elevada para os fisioterapeutas do setor público. Estes apresentam a maior exposição face a terem de dar resposta ao sofrimento das pessoas (92,8%), os do privado a suportarem as exigências destas (85,7%). O mesmo acontece em termos de incómodo, sendo que no público o maior incómodo é para as situações de agressão física e no privado para a agressão verbal. Ainda na Tabela 13, podemos verificar que a exposição a Características de Trabalho, no setor público, é maior do que no privado para as questões da hipersolicitação, da inadequação de instrumentos e instalações e para o pouco reconhecimento de colegas e chefias. É, também, no público que os fisioterapeutas dizem mais que se sentem explorados (55,3%) e pouco satisfeitos (37,7%).

No privado, mais que no público, são referidas a monotonia e pouca criatividade do trabalho, bem como a dificuldade de realizar o trabalho aos 60 anos. As questões relativas ao pouco reconhecimento, à dificuldade de realizar o trabalho aos 60 anos, a sentirem-se explorados e à pouca satisfação são as que num setor e noutro mais provocam incómodo.

8.5. O incómodo nas componentes de situações e características de trabalho, em função do género e do setor de trabalho

O incómodo médio, por género (Tabela 14) mostra resultados estatisticamente significativos somente para a dimensão contacto com o público, onde é maior para as mulheres.

Tabela 14: Comparação por Género do Incómodo Médio nas Diferentes Componentes

Componentes		n	M	DP	t	p
AMB	Masculino	35	2,86	,7124	-1,348	,179
	Feminino	133	3,06	,8087		
CF	Masculino	52	3,03	,7445	-,603	,547
	Feminino	180	3,11	,8589		
CRT	Masculino	50	2,85	,8251	,409	,683
	Feminino	174	2,80	,7077		
AI	Masculino	24	2,86	1,2632	-1,564	,121
	Feminino	72	3,30	1,1993		
RT	Masculino	39	2,89	1,0590	,292	,770
	Feminino	143	2,83	1,1869		
CP	Masculino	52	2,11	,7729	-2,440	,015
	Feminino	186	2,42	,8313		
CT	Masculino	52	2,87	,7085	1,130	,260
	Feminino	190	2,73	,8485		

Por setor (Tabela 15) existem resultados estatisticamente significativos para a dimensão constrangimentos do ambiente físico, constrangimentos físicos e contacto com o público, onde a média de incómodo é maior para os fisioterapeutas que trabalham no setor público.

Tabela 15: Comparação por Setor do Incómodo Médio nas Diferentes Componentes

Componentes		n	M	DP	t	p
AMB	Público	101	3,17	,7276	2,805	,006
	Privado	69	2,83	,8479		
CF	Público	123	3,29	,8051	3,696	,000
	Privado	110	2,90	,8134		
CRT	Público	117	2,78	,6405	-,576	,565
	Privado	109	2,84	,8205		
AI	Público	48	3,26	1,2285	,533	,595
	Privado	48	3,13	1,2297		
RT	Público	100	2,94	1,1306	1,387	,167
	Privado	84	2,71	1,1767		
CP	Público	126	2,49	,8411	2,795	,006
	Privado	114	2,19	,7846		
CT	Público	126	2,80	,7575	,985	,326
	Privado	118	2,70	,8834		

8.6. As condições de trabalho e os riscos a que os fisioterapeutas estão sujeitos, em função do género e do setor de trabalho

Apresentados estes resultados, estamos em condições de concluir o primeiro objetivo comparando as condições de trabalho percebidas e os fatores de risco existentes no setor público e privado e em função do género.

Como referimos no segundo capítulo, a variável género é merecedora de atenção pois, entre outras, as mudanças no trabalho têm, também, na sua essência a entrada da mulher no mundo laboral. Por outro lado as diferenças entre homens e mulheres em termos biológicos, sociais e culturais pressupõem diferentes perceções face às questões laborais e especificamente em termos de segurança e saúde. Acresce, o facto de na maioria dos casos ser a mulher, mais que o homem, que na vida privada continua a ter mais atividades de índole familiar, doméstica, de cuidar, etc. (Cifre, Salanova & Franco, 2011), e a confirmar o que, também, referimos acerca da profissão do fisioterapeuta, neste estudo, as mulheres estão em maioria. Através dos resultados obtidos podemos analisar algumas diferenças entre homens e mulheres.

A caracterização do trabalho e das condições em que o realizam parece ser, idêntica para ambos os sexos. Contudo, o sexo masculino considera, mais do que o

feminino, estar sujeito a um trabalho onde existe exposição a ruído nocivo, a iluminação inadequada, e à realização de gestos repetitivos, precisos e minuciosos. Percecionam mais o seu trabalho como dependente do dos colegas e onde tem de cumprir prazos rígidos. São os homens que mais referem problemas a nível da Autonomia e das Relações de Trabalho, nomeadamente nas questões da intimidação, da sua opinião ser desconsiderada e de não ser possível exprimir-se à vontade. Da mesma forma apontam mais exposição a todas as Características do Trabalho, do que as mulheres, com exceção da dificuldade de realizar o seu trabalho aos 60 anos.

As mulheres, para além deste último ponto, consideram-se mais expostas em todas as situações relacionadas com o Contacto com o Público. Referem mais exposição do que os homens a situações de calor ou frio, às posturas penosas e aos esforços físicos intensos, bem como à necessidade de adaptação a mudanças de métodos/instrumentos, a ter de encurtar ou não fazer refeições e à necessidade de ajuda.

Utilizando o critério do número de itens, em cada componente, com percentagem de exposição igual ou superior a metade dos inquiridos, constatamos que em ambos os sexos, os fatores de risco a que estão potencialmente expostos são os mesmos que os da amostra global e com a mesma ordem de grandeza. No entanto, os homens parecem estar mais sujeitos a riscos na componente Constrangimentos de Ritmo de Trabalho do que as mulheres (37,5% dos itens *versus* 31,25%).

Para percebermos melhor estes resultados analisámos o incómodo percecionado face à exposição. Aos homens incomoda sobretudo as questões relativas a constrangimentos físicos e a características do trabalho, especialmente a adoção de posturas penosas e permanecer de pé na mesma posição, a pouca adaptação ergonómica, a desadequação de instrumentos/equipamentos e instalações e a falta de reconhecimento do seu trabalho pelas chefias. Por outro lado, também, são perturbados pelo facto de terem de ultrapassar o horário normal, da sua opinião ser desconsiderada e de não poderem exprimir-se à vontade. As mulheres para além dos constrangimentos físicos (sobretudo o ter de fazer esforços físicos intensos) revelam incómodo em aspetos relacionados com o ritmo de trabalho (terem de se apressar, por exemplo), com a autonomia, com as relações de trabalho (com todos os aspetos relacionados com violência, intimidação e discriminação) e com o contacto com o público (mais uma vez as

questões da tensão gerada no contacto com os pacientes, da violência e de lidarem com dificuldades e sofrimento desses pacientes).

O incómodo revelado por homens e mulheres é, então, diferente, não só em termos de situações específicas, mas também no que diz respeito ao global de cada componente (através do número de itens com incómodo relatado por mais de 50% dos inquiridos expostos de cada sexo). Na componente Constrangimentos Físicos, os homens revelam mais incómodo do que as mulheres e estas percecionam mais incómodo nas componentes Constrangimentos de Ritmo de Trabalho, Contacto com o Público e Relações de Trabalho. Na componente Características do Trabalho o incómodo é similar, sendo que as percentagens de incómodo do sexo masculino são na sua maioria mais elevadas que as do sexo feminino.

As diferenças encontradas revelam perceções distintas entre os dois sexos. Uma delas é relativa à autonomia (no caso ter de obedecer a horários rígidos e a tarefas pré-determinadas) onde as mulheres apresentam valores de incómodo muito superiores aos homens. Outros estudos apontam resultados similares, por exemplo, em estudos sobre burnout, a rotina no trabalho e a falta de autonomia e apoio social são fatores que afetam as mulheres e não os homens (Cifre et al., 2011). Outra questão onde as diferenças de incómodo entre homens e mulheres são substanciais, e mais apontadas por mulheres são, o contacto com o público e as relações sociais. De acordo com Marinaccio et al. (2013) as mulheres relatam scores mais baixos no controlo e suporte pelos pares e perceções mais negativas das relações interpessoais.

A questão dos comportamentos hostis diferencia, no nosso estudo, homens e mulheres. Não só a exposição a esses comportamentos é mais referida por elas, como o incómodo que provoca é bastante superior. Assim, poder-se-á dizer que as questões da agressão/violência, verbal ou física (seja externa ou interna), do assédio e da intimidação, constituem um risco maior para as mulheres do que para os homens. Por outro lado, o risco de agressão/violência é mais percecionado como existindo por parte do público, do que por parte dos colegas ou chefias. Estes resultados vão de encontro às conclusões de outros estudos, embora em diferentes trabalhadores, que afirmam a existência de diferenças entre homens e mulheres relativamente ao impacto de diferentes tipos de exposição a comportamentos violentos no bem-estar e a estes

comportamentos existirem mais por parte do público (Santos, Leather, Dunn, & Zarola, 2009).

Assim sendo, parece que se pode afirmar que as componentes de maior risco para os homens são os Constrangimentos Físicos, as Características do Trabalho e os Constrangimentos de Ritmo de Trabalho e para as mulheres o Contacto com o Público, os Constrangimentos de Ritmo de Trabalho e as Relações de Trabalho. No caso do sexo feminino e na dimensão contato com o público, podemos atestar este resultado face aos resultados obtidos no teste de comparação de médias.

Analisando agora os resultados do ponto de vista do setor profissional constatamos que os fisioterapeutas do setor público identificam no seu trabalho condições de exposição a situações de calor ou frio e a agentes biológicos. O mesmo acontece no privado. Em ambos os setores o trabalho implica posturas penosas e esforços físicos intensos. No público os fisioterapeutas realizam as suas tarefas fazendo várias coisas ao mesmo tempo, com frequentes interrupções e têm de resolver situações/problemas imprevistos sem ajuda mais do que no privado e neste setor os fisioterapeutas são mais sujeitos a terem de se apressar, a falhar ou encurtar uma refeição, a ultrapassar o horário normal e a depender de pedidos diretos de clientes/utentes.

Os problemas com a obediência a um horário de trabalho rígido acontecem nos dois setores, tal como a necessidade de ajuda que nem sempre existe. No privado são mais referidos a desconsideração pelas opiniões e o assédio sexual que no público, onde a agressão verbal e física, a intimidação e a impossibilidade de se exprimirem acontecem mais. Suportar as exigências do público e dar resposta ao sofrimento são situações referidas em ambos os setores, bem como a dificuldade de realizar o trabalho aos 60 anos e o trabalho com momentos de hipersolicitação. No público o trabalho é pouco reconhecido pelas chefias.

Olhando para as diferentes componentes a partir da percentagem de itens com respostas de mais de metade dos inquiridos, verificamos que no setor público em todas as componentes, com exceção da Autonomia e Iniciativa existem itens com esses valores de exposição. Para o setor privado excetuam-se as componentes Ambiente Físico e Autonomia e Iniciativa. Por outro lado, e para os dois setores, o Contacto com o Público e os Constrangimentos Físicos são as componentes onde a percentagem de itens

identificados por mais de metade dos inquiridos é maior (66,6% dos itens) e a componente Relações de Trabalho a que apresenta uma percentagem menor (9% dos itens). Na componente Ambiente Físico são, somente, os fisioterapeutas do setor público, que maioritariamente apresentam exposição (11,1%) e na componente Caraterísticas do Trabalho apresentam mais exposição (33,3%) que os do privado (11,1%). Nos Constrangimentos do Ritmo de Trabalho a exposição é igual.

Analisando os valores de incómodo percebemos que as questões do ruído e da temperatura são, para a componente Ambiente Físico, as mais referidas em ambos os setores. Apressar-se no trabalho é mais incomodativo para o setor público, assim como a intimidação e a agressão verbal por parte de colegas e chefias. Ainda para os fisioterapeutas deste setor incomoda a agressão física por parte do público. No setor privado incomodam as frequentes interrupções, a impossibilidade de se exprimirem, o assédio sexual por parte de colegas e chefias e a agressão verbal por parte do público. Questões relativas ao pouco reconhecimento do trabalho, à dificuldade de realizar o trabalho aos 60 anos, a sentirem-se explorados e à pouca satisfação incomodam num setor e noutro.

Assim, parece poder afirmar-se que os riscos para o setor público são, sobretudo derivados do Ambiente Físico, dos Constrangimentos Físicos e do Contacto com o Público. Os testes realizados permitem corroborar estes resultados. Para o setor privado os riscos parecem provir das Relações de Trabalho e das Caraterísticas do Trabalho.

8.7. A influência de algumas variáveis sociodemográficas e profissionais na maior ou menor exposição a riscos derivados do trabalho

Para dar cumprimento ao segundo objetivo é necessário examinar os dados decorrentes de análises que incluem combinações múltiplas e ponderadas de variáveis (Hair et al., 2005). Deste modo optámos por recorrer à análise de regressão logística.

A regressão logística binária ou regressão logística é definida como uma técnica estatística de análise multivariada comumente empregada para desenvolvimento de modelos que visem entender ou predizer a relação existente entre uma variável categórica, que assume um entre dois valores possíveis (ex.: *zero* e *um*; *sim* e *não*), e um conjunto de variáveis explicativas contínuas ou categoriais (as variáveis predictoras). Ou

seja, sempre que não há uma relação linear entre as variáveis. A regressão tenta encontrar um modelo para os dados que permita estimar os valores da variável dependente a partir dos valores das variáveis preditoras (Field, 2005; Marôco, 2011).

Na regressão logística e em função da sua natureza dicotômica, os coeficientes da regressão são estimados a partir da aplicação do método de máxima verossimilhança que gera uma combinação de coeficientes maximizando a probabilidade da amostra. Assim, a medida de quanto o modelo está ajustado aos dados é uma correlação parcial entre a variável dependente e cada uma das preditoras e varia entre -1 e 1. Um valor positivo indica que à medida que a variável preditora aumenta, aumenta, também, a probabilidade de um evento ocorrer. Um valor negativo implica que à medida que a variável preditora aumenta, a probabilidade de o evento ocorrer diminui. Quanto maior é o valor, maior é a contribuição da variável preditora para o modelo (Field, 2005; Marôco, 2011).

A partir dos dados já apresentados encontramos um conjunto de variáveis às quais os fisioterapeutas estão mais ou menos expostos, de acordo com a sua percepção. Estas variáveis correspondem a condições e características do trabalho que podem ser traduzidas dicotomicamente em sim e não. A existência de exposição à condição ou característica em causa, ou seja, o sim, é obtido através da associação das respostas: “estou (ou estive) exposto a...”; “no meu trabalho é (ou era); existe/tenho (ou existia/tinha) que...”, às quais foi atribuído o valor 1. A não existência de exposição à condição ou característica em causa (o não) corresponde à resposta de “nunca estive exposto...”, à qual foi atribuído o valor 0.

Desta forma estamos confrontados com um conjunto de variáveis dicotômicas, correspondentes a constrangimentos ou riscos e que podem ser analisadas em função das circunstâncias que, eventualmente, contribuem para que a elas os fisioterapeutas estejam expostos. Realizaram-se, então, análises de regressão logística, pelo método *Forward:LR*, para perceber o papel preditor de algumas variáveis sociodemográficas (variáveis independentes) na probabilidade de se estar, ou não, exposto a determinada condição ou característica de trabalho (a variável dependente). Definiram-se como variáveis preditoras para essa análise as seguintes: *género*; *idade* (em anos); *setor* (em dois grupos: público; privado); *estado civil* (organizado em três grupos: 1-solteiro; 2-casado e união de facto; 3-viúvo e divorciado); *filhos* (em dois grupos: 1-sim; 0-não);

escolaridade (organizada em três grupos: bacharelato; licenciatura; formação pós-graduada) e *antiguidade na profissão* (em anos)¹⁶.

Tendo como referência as componentes do INSAT (que temos vindo a utilizar) apresenta-se de seguida uma sistematização dos resultados dessa análise¹⁷. Para cada modelo são discriminados os coeficientes *Logit*, nomeadamente o chi-quadrado e os pseudo *R* (R^2 de Cox & Snell; de Nagelkerke e de Hosmer & Lemeshow). Para a interpretação da predição apresentam-se os valores de B^{18} e respetiva significância e o de $Exp(B)$ (que é a exponencial dos coeficientes do modelo que estima o rácio das chances da variável dependente por unidade da variável independente, ou seja, que é um *odds*), com os valores mínimo e máximo do intervalo de confiança (IC).

8.7.1. Variáveis relativas a condições de trabalho associadas ao ambiente e constrangimentos físicos

A exposição a condições de trabalho relacionadas com o Ambiente e Constrangimentos Físicos, nomeadamente a situações de calor/frio ou variações de temperatura, a agentes biológicos e a posturas penosas podem ser preditas em função do setor. Assim, os fisioterapeutas que trabalham no setor público têm entre duas a três vezes mais probabilidade de estar expostos a essas condições do que os que trabalham na privada (Tabela 16).

¹⁶ Os dados que vão ser apresentados dizem respeito, apenas, às variáveis cujos resultados mostraram significância estatística.

¹⁷ Os resultados são apresentados para a classe que não é de referência (por exemplo: para o setor, o público; para o sexo, o masculino).

¹⁸ Na interpretação dos indicadores quando os valores das variáveis são positivos influenciam positivamente a construção do modelo, ou seja, quanto maior o valor destes índices, maior será a probabilidade de o indivíduo estar exposto. Em contrapartida os valores negativos indicam que, quanto menor os valores deste índice, maior a probabilidade de o indivíduo estar exposto.

Tabela 16: Coeficientes Logit dos Modelos de Regressão Logística de Variáveis relativas a Condições de Trabalho, associadas ao Ambiente e Constrangimentos Físicos, em função do Género, Idade, Setor, Estado Civil, Filhos, Escolaridade e Antiguidade na Profissão

Ambiente Físico e Constrangimentos Físicos							
Situações de calor/frio ou variações de temperatura							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Setor	,788	,279	7,971	1	,005	2,200	(1,273; 3,802)
Constante	-,521	,205	6,479	1	,011	,594	
Modelo $\chi^2 (1) = 8,135$; $p < ,005$; $R^2 = ,037$ (Cox & Snell); ,050 (Nagelkerke); ,000 (Hosmer & Lemeshow)							
Agentes biológicos							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Setor	1,062	,297	12,799	1	,000	2,892	(1,616; 5,175)
Constante	-1,151	,229	25,140	1	,000	,316	
Modelo $\chi^2 (1) = 13,434$; $p < ,001$; $R^2 = ,060$ (Cox & Snell); ,082 (Nagelkerke); ,000 (Hosmer & Lemeshow)							
Posturas penosas							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Setor	,912	,374	5,961	1	,015	2,490	(1,197; 5,180)
Constante	1,138	,230	24,511	1	,000	3,120	
Modelo $\chi^2 (1) = 6,261$; $p < ,05$; $R^2 = ,028$ (Cox & Snell); ,047 (Nagelkerke); ,000 (Hosmer & Lemeshow)							

Nota. *EP*: erro padrão; *gl*: graus de liberdade; IC: intervalo de confiança

8.7.2. Variáveis relativas a condições de trabalho associadas ao ritmo de trabalho e às relações de trabalho

Relativamente ao Ritmo de Trabalho, e face à condição de os fisioterapeutas, para realizarem o seu trabalho, terem de se apressar, os mais velhos parecem estar mais protegidos do que os mais novos. A associação com a variável idade é negativa o que revela uma probabilidade de 4,6% ($1-0,954=0,046$) de os mais velhos serem mais protegidos desta exposição. As situações de agressão verbal e intimidação, por colegas ou chefias são duas vezes mais prováveis de acontecer aos fisioterapeutas que trabalham no setor público. No que diz respeito à discriminação ligada à idade, esta probabilidade aumenta para cinco. Face a este tipo de discriminação parecem estar mais protegidos os fisioterapeutas mais velhos, ou seja, 12,8% ($1-0,872=0,128$) é a probabilidade de tal acontecer conforme se verifica na Tabela 17.

Tabela 17: Coeficientes Logit dos Modelos de Regressão Logística de Variáveis relativas a Condições de Trabalho, associadas aos Constrangimentos de Ritmo de Trabalho e às Relações de Trabalho, em função do Género, Idade, Setor, Estado Civil, Filhos, Escolaridade e Antiguidade na Profissão

Constrangimentos de Ritmo de Trabalho e Relações de Trabalho							
Ter de me apressar							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Idade	-,047	,019	5,982	1	,014	,954	(,919; ,991)
Constante	2,495	,683	13,328	1	,000	12,120	
Modelo $\chi^2 (1) = 6,008$; $p < ,05$; $R^2 = ,027$ (Cox & Snell); ,039 (Nagelkerke); 6,138 (Hosmer & Lemeshow)							
Agressão verbal							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Setor	,824	,301	7,489	1	,006	2,280	(1,263; 4,114)
Constante	-1,179	,233	25,496	1	,000	,308	
Modelo $\chi^2 (1) = 7,755$; $p < ,005$; $R^2 = ,035$ (Cox & Snell); ,049 (Nagelkerke); ,000 (Hosmer & Lemeshow)							
Intimidação							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Setor	,782	,305	6,580	1	,010	2,186	(1,203; 3,975)
Constante	-1,247	,237	27,758	1	,000	,288	
Modelo $\chi^2 (1) = 6,804$; $p < ,05$; $R^2 = ,031$ (Cox & Snell); ,044 (Nagelkerke); ,000 (Hosmer & Lemeshow)							
Discriminação ligada à idade							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Setor	1,671	,518	10,405	1	,001	5,315	(1,926; 14,668)
Idade	-,136	,042	10,529	1	,001	,872	(,803; ,947)
Constante	1,421	1,226	1,343	1	,247	4,140	
Modelo $\chi^2 (2) = 16,424$; $p < ,001$; $R^2 = ,073$ (Cox & Snell); ,143 (Nagelkerke); 13,407 (Hosmer & Lemeshow)							

Nota. *EP*: erro padrão; *gl*: graus de liberdade; *IC*: intervalo de confiança

8.7.3. Variáveis relativas a condições de trabalho associadas ao contacto com o público

No Contacto com o Público, os homens estão mais protegidos do que as mulheres de suportar as suas exigências, queixas ou reclamações. A probabilidade de tal acontecer é de 71,2% (1-0,288=0,712). Por outro lado, no caso dos fisioterapeutas solteiros o risco de suportarem estes comportamentos é quase três vezes maior.

A idade e a antiguidade são variáveis explicativas do confronto com situações de tensão com o público, por parte dos fisioterapeutas. Se por um lado existe 13,5% de probabilidade (1-0,865=0,135) de serem os mais velhos que estão mais protegidos das situações de tensão, por outro o ter mais anos de profissão implica maior exposição.

Os fisioterapeutas homens e os mais velhos são os que estão menos expostos à agressão verbal por parte do público. De facto, o sexo e a idade são fatores protetores relativamente à agressão verbal, com uma probabilidade de, respetivamente, 58,9% (1-

0,411=0,589) e 14,9% (1-0,851=0,149). Ter mais anos de experiência profissional pode, no entanto, implicar a exposição a esta condição.

Para lidar com as dificuldades/sofrimento contribuem a idade e a antiguidade em sentidos contrários, ou seja, é mais provável estar exposto a este risco quando se tem mais anos de profissão, embora os mais velhos tenham uma probabilidade de 21,2% (1-0,788=0,212) de estarem protegidos do mesmo (Tabela 18).

Tabela 18: Coeficientes Logit dos Modelos de Regressão Logística de Variáveis relativas a Condições de Trabalho, associadas ao Contacto com o Público, em função do Género, Idade, Setor, Estado Civil, Filhos, Escolaridade e Antiguidade na Profissão

Contacto com o Público							
Suportar as exigências do público							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Género	-1,246	,434	8,250	1	,004	,288	(,123; ,673)
Estado Civil	,899	,428	4,406	1	,036	2,457	(1,061;5,688)
Constante	1,015	,613	2,740	1	,098	2,760	
Modelo $\chi^2 (2) = 12,879$; $p < ,005$; $R^2 = ,058$ (Cox & Snell); ,107 (Nagelkerke); 2,402 (Hosmer & Lemeshow)							
Confrontar com situações de tensão							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Idade	-,145	,059	6,098	1	,014	,865	(,770; ,970)
Antiguidade	,197	,063	9,728	1	,002	1,218	(1,076; 1,378)
Constante	4,052	1,427	8,061	1	,005	57,495	
Modelo $\chi^2 (2) = 11,799$; $p < ,005$; $R^2 = ,053$ (Cox & Snell); ,080 (Nagelkerke); 7,895 (Hosmer & Lemeshow)							
Agressão verbal do público							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Género	-,888	,350	6,432	1	,011	,411	(,207; ,817)
Idade	-,161	,059	7,330	1	,007	,851	(,758; ,957)
Antiguidade	,207	,063	10,810	1	,001	1,230	(1,087;1,392)
Constante	4,162	1,421	8,575	1	,003	64,172	
Modelo $\chi^2 (3) = 20,168$; $p < ,001$; $R^2 = ,089$ (Cox & Snell); ,124 (Nagelkerke); 10.102 (Hosmer & Lemeshow)							
Resposta às dificuldades/sofrimento							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Idade	-,238	,068	12,105	1	,001	,788	(,689; ,901)
Antiguidade	,305	,078	15,163	1	,000	1,356	(1,163;1,581)
Constante	7,173	1,723	17,329	1	,000	1303,82	
Modelo $\chi^2 (2) = 16,469$; $p < ,001$; $R^2 = ,073$ (Cox & Snell); ,145 (Nagelkerke); 7.445 (Hosmer & Lemeshow)							

Nota. EP: erro padrão; gl: graus de liberdade; IC: intervalo de confiança

8.7.4. Variáveis associadas a características de trabalho

No que diz respeito a Características de Trabalho, a pouca organização ergonómica do local e a falta de equipamentos/instrumentos são explicadas, em parte, pela variável sexo. Os homens referem estas características com uma probabilidade duas a três vezes

maior do que as mulheres. Por outro lado, são os trabalhadores do setor público que sentem mais a falta de equipamentos/instrumentos.

Os solteiros têm uma probabilidade de 40,6% ($1-0,594=0,406$) de estarem mais protegidos relativamente ao pouco reconhecimento do trabalho pelas chefias. Esta falta de reconhecimento é três vezes mais provável para os fisioterapeutas do setor público.

Sentirem-se explorados no trabalho é uma característica que acontece duas vezes mais aos fisioterapeutas do setor público, relativamente aos do setor privado (Tabela 19).

Tabela 19: Coeficientes Logit dos Modelos de Regressão Logística de Variáveis relativas a Características de Trabalho, em função do Género, Idade, Setor, Estado Civil, Filhos, Escolaridade e Antiguidade na Profissão

Caraterísticas do Trabalho							
Pouco organizado do ponto de vista ergonómico							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Sexo	,942	,352	7,161	1	,007	2,566	(1,287; 5,118)
Constante	-4,054	2,007	4,081	1	,043	,017	
Modelo $\chi^2 (2) = 11,501$; $p < ,005$; $R^2 = ,051$ (Cox & Snell); ,069 (Nagelkerke); 2,841 (Hosmer & Lemeshow)							
Faltam equipamentos/instrumentos							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Sexo	,746	,371	4,038	1	,044	2,108	(1,019; 4,364)
Setor	1,028	,288	12,726	1	,000	2,796	(1,589; 4,919)
Constante	-,273	,213	1,641	1	,200	,761	
Modelo $\chi^2 (2) = 17,337$; $p < ,001$; $R^2 = ,076$ (Cox & Snell); ,103 (Nagelkerke); 1,359 (Hosmer & Lemeshow)							
Pouco reconhecido pelas chefias							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Estado civil	-,516	,254	4,119	1	,042	,597	(,363; ,982)
Setor	1,139	,298	14,633	1	,000	3,124	(1,743; 5,601)
Constante	,297	,390	,581	1	,446	1,346	
Modelo $\chi^2 (2) = 16,548$ $p < ,001$; $R^2 = ,073$ (Cox & Snell); ,098 (Nagelkerke); ,311 (Hosmer & Lemeshow)							
Onde me sinto explorado							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Setor	,754	,277	7,387	1	,007	2,125	(1,234; 3,660)
Constante	-,430	,201	4,583	1	,032	,651	
Nota: Modelo $\chi^2 (1) = 7,521$; $p < ,05$; $R^2 = ,034$ (Cox & Snell); ,046 (Nagelkerke); ,000 (Hosmer & Lemeshow)							

Nota. *EP*: erro padrão; *gl*: graus de liberdade; *IC*: intervalo de confiança

8.8. Compreender o que influencia a exposição aos riscos de trabalhar como fisioterapeuta

A partir dos resultados da regressão logística é o momento de dar resposta ao segundo objetivo. Pretendíamos perceber a influência de variáveis sociodemográficas e profissionais na exposição aos riscos.

Assim, podemos afirmar que o setor de trabalho se revelou um preditor da exposição a situações de calor/frio ou variações de temperatura, a agentes biológicos e a posturas penosas. Os fisioterapeutas que trabalham no setor público têm entre duas a três vezes mais probabilidade de estar expostos a essas condições do que os que trabalham no privado. Esta variável explica, também, situações de agressão verbal e intimidação, por parte de colegas ou chefias, que são duas vezes mais prováveis de acontecer aos fisioterapeutas que trabalham no setor público.

Relativamente à discriminação ligada à idade, esta probabilidade aumenta para cinco. O pouco reconhecimento do trabalho por parte das chefias é três vezes mais provável de acontecer para os fisioterapeutas deste setor. São, ainda, os fisioterapeutas do setor público que têm maior probabilidade de se sentirem explorados no seu trabalho e de sentirem a falta de equipamentos/instrumentos adequados.

O setor parece ser, então, uma influência para a presença de riscos no trabalho e na nossa amostra é o facto de trabalhar em instituições públicas que contribui para piores condições. Tal pode ter explicação na existência de locais de trabalho em instalações mais antigas e danificadas, por razões económicas ou outras, e por conseguinte, a presença de ambientes mais degradados e a falta de equipamentos que visem o conforto ou auxiliem o trabalho que se realiza. Por outro lado, a necessidade de um atendimento a um maior número de pessoas, provavelmente, com patologias que implicam maior dependência e que exigem um maior esforço físico de quem deles cuida, e que acontece associado à falta de equipamentos que os possam auxiliar. Na amostra que analisamos, os fisioterapeutas mais velhos e com mais antiguidade na profissão são os que trabalham neste setor, o que, igualmente pode contribuir para a influência desta variável no surgimento de alguns constrangimentos. As relações mais problemáticas com colegas e chefias, no setor público, pode resultar de conflitos associados a diferentes papéis e linhas de separação entre diferentes profissionais, face à intervenção, que nem sempre serão claras.

O género é preditor do Contacto com o Público, nomeadamente, são os homens, muito mais do que as mulheres, que estão protegidos de suportar as suas exigências, queixas ou reclamações. Os fisioterapeutas do sexo masculino são, também, os que estão menos expostos à agressão verbal por parte do público. Ou seja, para além da circunstância de este grupo profissional ser maioritariamente feminino, parece que ser do sexo masculino torna menos provável que os utentes e seus familiares o confrontem, reclamem ou se queixem.

A pouca organização ergonómica do local de trabalho e a falta de equipamentos/instrumentos são explicadas, em parte, pela variável sexo. Os homens referem estas características com uma probabilidade duas a três vezes maior do que as mulheres. Este facto pode residir na diferença de características físicas entre homens e mulheres e o terem de exercer a sua atividade em locais, por vezes, pequenos e com muita gente ao mesmo tempo.

O estado civil é preditor das exigências, queixas ou reclamações do público. O risco dos fisioterapeutas solteiros as suportarem é quase três vezes maior. Esta variável explica, também, o pouco reconhecimento do trabalho pelas chefias, estando os solteiros mais protegidos de tal acontecer. Existindo em muitos casos uma ligação entre ser solteiro e ter menos idade, e menos experiência profissional, tal pode explicar uma maior exposição a exigências do público e à forma de lidar com elas. Por outro lado, ser solteiro pode implicar a expectativa de uma maior disponibilidade de tempo, por parte das chefias, que poderá influenciar positivamente a avaliação do trabalho realizado.

A idade é preditora de um trabalho feito de forma apressada, e da discriminação ligada à idade, estando os fisioterapeutas mais velhos relativamente mais protegidos. Para tal contribuirá, com certeza, uma maior experiência, mas, também, uma menor capacidade de esforço e alguns comportamentos de resguardo dos fisioterapeutas mais velhos, pois já tendo alguns anos de trabalho, ainda não estão, na sua maioria, perto da idade da reforma. Relativamente à menor discriminação dos fisioterapeutas com mais idade, esta situação pode ter na sua origem duas ordens de razões. Por um lado, o facto de os fisioterapeutas mais velhos não terem, maioritariamente, idades superiores a 50 anos, por outro lado a discriminação poder estar a acontecer aos fisioterapeutas mais novos, por via de uma menor experiência profissional.

A idade e a antiguidade são variáveis explicativas do confronto, por parte dos fisioterapeutas, com situações de tensão com o público, de lidar com as dificuldades/sofrimento e da agressão verbal do público. Nas três situações são os fisioterapeutas mais velhos que estão mais protegidos, mas são os que têm maior antiguidade que têm maior probabilidade de estar expostos. Estas duas variáveis funcionam enquanto influenciadoras em sentidos contrários, o que parece ser contraditório. Ou seja, se por um lado são os mais velhos que estão mais protegidos, são os fisioterapeutas com maior antiguidade que estão mais expostos. Uma explicação possível para esta contradição pode resultar desta probabilidade de exposição ser baixa (os mais antigos têm somente uma vez mais probabilidade de estarem expostos), mas, também, do facto de mais de metade dos fisioterapeutas terem menos de 35 anos e trabalharem há mais de uma década. Isto é, a experiência trazer-lhes maior capacidade para lidarem com as exigências e agressões do público e até considerarem-nas como fazendo parte da sua atividade, e por outro lado o terem de lidar há tanto tempo com essas situações lhes ser fácil reconhecer quando elas existem e admitir o ter de trabalhar estando a elas sujeitos.

8.9. Estado de saúde, problemas de saúde e sua relação com o trabalho

Os resultados que de seguida expomos dizem respeito ao eixo VI do INSAT, ou seja, os decorrentes das questões relativas à saúde. É a partir deles que poderemos dar resposta ao terceiro objetivo que formulámos, ou seja, determinar se o trabalho que os fisioterapeutas realizam afeta a sua saúde e identificar alguns dos problemas de saúde que atingem estes trabalhadores relacionando-os com o seu trabalho. A maioria dos fisioterapeutas (57,4%) considera que a sua saúde está afetada pelo trabalho. Destes, a maior parte refere que o está moderadamente (36,5%). Em termos médios o valor acompanha esta perceção (Tabela 20).

Tabela 20: Saúde Afetada pelo Trabalho

ST	n	%	M	DP
			2,69	1,024
Muito	8	3,2		
Bastante	44	17,7		
Moderado	91	36,5		
Pouco	69	27,7		
Nada	34	13,7		

Relativamente à percepção da saúde estar afetada pelo trabalho, são os homens mais que as mulheres (59,9% e 57,1%, respetivamente) e os fisioterapeutas do setor público mais do que os do privado (respetivamente, 59,2% e 57%) que o afirmam (Tabela 21).

Tabela 21: Saúde Afetada pelo Trabalho, por Género e Setor

ST	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Público n (%)	Privado n (%)
Muito	2 (3,6)	6 (3,2)	4 (3,2)	4 (3,2)
Bastante	8 (14,5)	36 (19,0)	23 (18,4)	21 (17,4%)
Moderado	23 (41,8)	66 (34,9)	47 (37,6)	44 (36,4)
Pouco	13 (23,6)	56 (29,6)	33 (26,4)	36 (29,8)
Nada	9 (16,4)	25 (13,2)	18 (14,4%)	16 (13,2)

Na Tabela 22, discriminam-se os problemas de saúde identificados por estes trabalhadores. Os problemas mais relatados, no total dos fisioterapeutas, são: as dores de costas (71,1%), os músculo-esqueléticos (61,0%) e as varizes (52,2%).

No sexo feminino os problemas de saúde mais identificados são coincidentes com os da amostra total, embora com valores superiores para os músculo-esqueléticos (62,3%) e para as varizes (62,8%), enquanto que no masculino ocorrem as dores de costas (76,8%), os problemas músculo-esqueléticos (55,4%) e as dores de cabeça (32,1%). Em ambos os setores aparecem como principais problemas os mesmos da amostra total, com valores idênticos, à exceção das varizes que estão mais presentes nos fisioterapeutas do setor público (61,1%) do que nos do privado (43,4%).

Tabela 22: Problemas de Saúde Identificados: Amostra Total, por Género e Setor

Problemas de Saúde	Total n (%)	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Público n (%)	Privado n (%)
Feridas	31 (12,4)	8 (14,3)	23 (12,0)	17 (13,5)	14 (11,5)
Doenças infecciosas	16 (6,4)	5 (8,9)	11 (5,8)	12 (9,5)	4 (3,3)
Visão	42 (16,9)	8 (14,3)	34 (17,8)	23 (18,3)	19 (15,6)
Voz	17 (6,8)	1 (1,8)	16 (8,4)	11 (8,7)	6 (4,9)
Audição	2 (0,8)	1 (1,8)	1 (0,5)	2 (1,6)	0
Pele	55 (22,1)	16 (28,6)	39 (20,4)	27 (21,4)	28 (23,0)
Respiratórios	51 (20,5)	12 (21,4)	38 (19,9)	34 (27,0)	17 (13,9)
Músculo-esqueléticos	152 (61,0)	31 (55,4)	119 (62,3)	77 (61,1)	75 (61,5)
Digestivos	41 (16,5)	11 (19,6)	30 (15,7)	24 (19,0)	17 (13,9)
Hepáticos	6 (2,4)	0	6 (3,1)	4 (3,2)	2 (1,6)
Renais	4 (1,6)	1 (1,8)	3 (1,6)	3 (2,4)	1 (0,8)
Menstruação/Próstata	7 (2,8)	0	7 (3,7)	4 (3,2)	3 (2,5)
Hipertensão Arterial	12 (4,8)	3 (5,4)	9 (4,7)	9 (7,1)	3 (2,5)
Cardíacos	6 (2,4)	0	6 (3,1)	3 (2,4)	3 (2,5)
Dores de costas	177 (71,1)	43 (76,8)	133 (69,6)	90 (71,4)	87 (71,3)
Dores cabeça	71 (28,5)	18 (32,1)	53 (27,7)	37 (29,4)	34 (27,9)
Dores estomago	30 (12,0)	6 (10,7)	24 (12,6)	17 (13,5)	13 (10,7)
Dores musculares crónicas	50 (20,1)	6 (10,7)	44 (23,0)	25 (19,8)	25 (20,5)
Varizes	130 (52,2)	10 (17,9)	120 (62,8)	77 (61,1)	53 (43,4)
Adormecimento dos membros	52 (20,9)	5 (8,9)	45(23,6)	28 (22,2)	24 (19,7)
Alergias	49 (19,7)	9 (16,1)	40 (20,9)	27 (21,4)	22 (18,0)
Nervosos	19 (7,6)	4 (7,1)	15 (7,9)	11 (8,7)	8 (6,6)
Sono	49 (19,7)	13 (23,2)	36 (18,8)	25 (19,8)	24 (19,7)
Infertilidade/gravidez	7 (2,8)	0	7 (3,7)	5 (4,0)	2 (1,6)

Ainda sobre os problemas de saúde é possível verificar o que os fisioterapeutas referem acerca da causalidade dos mesmos, relativamente ao trabalho (Tabela 23). Quando questionados sobre quais os problemas de saúde que consideram ter sido causados pelo trabalho, os fisioterapeutas, identificam o trabalho como estando na origem sobretudo das dores de costas e dos problemas músculo-esqueléticos. Esta identificação é feita independentemente do género ou do setor profissional.

Tabela 23: Problemas de Saúde Causados pelo Trabalho: Amostra Total, por Género e Setor

Problemas de Saúde	Causados pelo Trabalho				
	Total n (%)	Masculino (%)	Feminino (%)	Público (%)	Privado (%)
Feridas	16 (6,4)	5,4	6,8	7,1	5,7
Doenças infecciosas	11 (4,4)	7,1	3,7	7,9	0,8
Visão	0	0	0	0	0
Voz	5 (2,0)	0	2,6	3,2	0,8
Audição	0	0	0	0	0
Pele	24 (9,6)	16,1	7,9	7,9	11,5
Respiratórios	12 (4,8)	5,4	4,7	6,3	3,3
Músculo-esqueléticos	80 (32,1)	35,7	31,4	31,0	33,6
Digestivos	9 (3,6)	7,1	2,6	3,2	4,1
Hepáticos	1 (0,4)	0	0	0	0
Renais	2 (0,8)	0	0	0	0
Menstruação/Próstata	0	0	0	0	0
Hipertensão Arterial	0	0	0	0	0
Cardíacos	2 (0,8)	0	1,0	1,6	0
Dores de costas	95 (38,2)	44,6	36,6	38,9	37,7
Dores cabeça	18 (7,2)	7,1	7,3	7,9	6,6
Dores estomago	5 (2,0)	1,8	2,1	2,4	1,6
Dores musculares crónicas	28 (11,2)	7,1	12,6	9,5	13,1
Varizes	31 (12,4)	0	14,7	14,3	10,7
Adormecimento dos membros	18 (7,2)	0	7,3	7,1	7,4
Alergias	8 (3,2)	3,6	3,1	2,4	4,1
Nervosos	8 (3,2)	1,8	3,7	2,4	4,1
Sono	18 (7,2)	7,1	7,3	6,3	8,2
Infertilidade/gravidez	1(0,4)	0	0,5	0,8	0

Atribuir a origem das dores de costas ao trabalho é mais caraterístico dos fisioterapeutas do sexo masculino, bem como dos que trabalham no setor público. No caso dos problemas músculos esqueléticos quem faz essa atribuição são os homens e os fisioterapeutas do setor privado.

Na tabela 24 estão expostos os resultados relativos à perceção de quais os problemas de saúde que são agravados pelo trabalho.

Tabela 24: Problemas de Saúde Agravados pelo Trabalho: Amostra Total, por Género e Setor

Problemas de Saúde	Agravados pelo Trabalho				
	Total n (%)	Masculino (%)	Feminino (%)	Público (%)	Privado (%)
Feridas	5 (2,0)	1,8	2,1	3,2	0,8
Doenças infecciosas	0	0	0	0	0
Visão	4 (1,6)	1,8	1,6	2,4	0,8
Voz	9 (3,6)	1,8	4,2	4,0	3,3
Audição	1 (0,4)	0	0,5	0,8	0
Pele	20 (8,0)	8,9	7,9	8,7	7,4
Respiratórios	30 (12,0)	12,5	11,5	15,9	8,2
Músculo-esqueléticos	67 (26,9)	17,9	28,8	27,0	27,0
Digestivos	14 (5,6)	3,6	6,3	5,6	5,7
Hepáticos	5 (2,0)	0	0,5	0,8	0
Renais	0	0	1,0	1,6	0
Menstruação/Próstata	0	0	0	0	0
Hipertensão Arterial	7 (2,8)	1,8	3,1	4,0	1,6
Cardíacos	1 (0,4)	0	0,5	0,8	0
Dores de costas	78 (31,3)	32,1	30,9	30,2	32,8
Dores cabeça	34 (13,7)	17,9	12,6	10,3	17,2
Dores estomago	16 (6,4)	7,1	6,3	7,1	5,7
Dores musculares crónicas	19 (7,6)	3,6	8,9	7,9	7,4
Varizes	88 (35,3)	5,4	42,4	40,5	30,3
Adormecimento dos membros	32 (12,9)	7,1	15,2	13,5	12,3
Alergias	16 (6,4)	5,4	6,8	7,9	4,9
Nervosos	10 (4,0)	5,4	3,7	6,3	1,6
Sono	22 (8,8)	10,7	8,4	10,3	7,4
Infertilidade/gravidez	2 (0,8)	0	1,0	0,8	0,8

As varizes são o problema de saúde que é considerado, por mais fisioterapeutas, como sendo agravado pelo trabalho. Isto acontece para a amostra total, para os fisioterapeutas do setor público e para os do privado. Contudo é o sexo feminino que mais aponta este problema como sendo agravado pelo trabalho. O segundo problema mais considerado como sendo agravado pelo trabalho são as dores de costas, o que é mais referido pelos fisioterapeutas que trabalham no setor privado e pelo sexo masculino.

Na tentativa de enriquecer este ponto procedemos a análises bivariadas e multivariadas. Assim correlacionámos a saúde percebida e o número de problemas de saúde identificados com o incómodo médio nas componentes de condições e características de trabalho. Através da Tabela 25 verificamos a existência de correlações positivas e estatisticamente significativas entre a percepção da saúde e todas as

componentes de condições e características do trabalho. As correlações são fracas a moderadas e o valor mais alto é de $r=0,501$.

Tabela 25: Correlação entre a Saúde e as Componentes Relativas às Condições e Características de Trabalho

		AMB	CF	CRT	AI	RT	CP	CT
	<i>r</i>	,314**	,463**	,516**	,386**	,341**	,286**	,501**
ST	<i>p</i>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	<i>n</i>	168	231	226	96	184	238	242

Nota. **Correlação significativa a 0,01 (2-tailed)

Entre o número de problemas de saúde identificados pelos fisioterapeutas e as componentes de condições e características de trabalho existem correlações positivas e estatisticamente significativas. O mesmo acontece relativamente à percepção da saúde. As correlações são fracas com exceção da relativa à percepção da saúde cujo valor é $r= 0,513$ (Tabela 26).

Tabela 26: Correlação entre o Número de Problemas de Saúde e as Componentes Relativas às Condições e Características de Trabalho e à Saúde no Trabalho

		AMB	CF	CRT	AI	RT	CP	CT	ST
Número de	<i>r</i>	,283**	,259**	,366**	,445	,304	,267	,328	,513**
Problemas de Saúde	<i>p</i>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	<i>n</i>	170	234	226	96	184	240	244	246

Nota. **Correlação significativa a 0,01 (2-tailed)

Para que pudessem ser feitas comparações determinámos o incómodo médio na componente percepção da saúde afetada pelo trabalho, por género e setor não tendo obtido resultados estatisticamente significativos.

Procedemos então a uma análise através da técnica de regressão logística para encontrarmos variáveis preditoras, relativamente aos problemas mais identificados. Para além das variáveis independentes já utilizadas na anterior análise de regressão (género; idade, setor, estado civil, filhos, escolaridade e antiguidade na profissão)

considerámos na presente análise as condições e características de trabalho a que os fisioterapeutas estão expostos em cada uma das componentes. Os resultados apresentados dizem respeito às variáveis cujos resultados são estatisticamente significativos.

As dores de costas não são preditas pelas variáveis sexo, estado civil, idade, escolaridade, setor ou antiguidade na profissão. Na Tabela 27 podem ser verificadas as variáveis relativas a condições e características de trabalho com que este problema de saúde se associa. A associação estabelecida é negativa para todas as variáveis e como o resultado é apresentado para a não exposição à condição/característica, podemos dizer que uma menor exposição a qualquer uma das condições ou características de trabalho é protetora face aos problemas de dor de costas (quanto menor for a exposição menor é a probabilidade de o problema acontecer).

Assim, não estar exposto a trabalho monótono, a não ter de dar resposta às dificuldades/sofrimento das pessoas e a não permanecer muito tempo de pé com deslocamento são as condições/características de trabalho cuja probabilidade de proteção face ao problema é maior, ou seja, respetivamente, 89,5%; 80,4% e 71,4¹⁹.

¹⁹ Como o valor de B é negativo, o $Exp B$ tem um valor inferior à unidade, logo a percentagem é calculada da seguinte forma: $(1-ExpB)*100$.

Tabela 27: Coeficientes Logit dos Modelos de Regressão Logística da Variável Dores de Costas, em função do Gênero, Idade, Setor, Estado Civil, Filhos, Escolaridade e Antiguidade na Profissão e de Condições e Características de Trabalho

Dores de Costas							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Agentes biológicos	-,606	,302	4,043	1	,044	,545	(,302; ,985)
Constante	1,260	,247	25,951	1	,000	3,524	
Modelo $\chi^2_{(1)} = 4,199$; $p < ,05$; $R^2 = ,017$ (Cox & Snell); ,024 (Nagelkerke); ,000 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Gestos precisos e minuciosos	-,652	,314	4,314	1	,038	,521	(,281; ,964)
Posturas penosas	-1,035	,369	7,873	1	,005	,355	(,172; ,732)
Muito tempo de pé com deslocamento	-,858	,312	7,540	1	,006	,424	(,230; ,782)
Constante	1,776	,247	51,540	1	,000	5,906	
Modelo $\chi^2_{(3)} = 30,020$; $p < ,001$; $R^2 = ,117$ (Cox & Snell); ,168 (Nagelkerke); ,704 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Fazer várias coisas ao mesmo tempo	-1,253	,311	16,237	1	,000	,286	(,155; ,525)
Constante	1,253	,179	48,826	1	,000	3,500	
Modelo $\chi^2_{(2)} = 16,252$; $p < ,001$; $R^2 = ,065$ (Cox & Snell); ,093 (Nagelkerke); ,000 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Horário de trabalho rígido	-,874	,397	4,852	1	,028	,417	(,192; ,908)
Constante	1,631	,364	20,034	1	,000	5,111	
Modelo $\chi^2_{(1)} = 5,487$; $p < ,05$; $R^2 = ,022$ (Cox & Snell); ,032 (Nagelkerke); ,000 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Necessidade de ajuda dos colegas	-,640	,296	4,670	1	,031	,527	(,295; ,942)
Agressão verbal	-1,006	,371	7,364	1	,007	,366	(,177; ,756)
Constante	1,928	,343	31,628	1	,000	6,878	
Modelo $\chi^2_{(2)} = 15,791$; $p < ,001$; $R^2 = ,063$ (Cox & Snell); ,090 (Nagelkerke); 2,132 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Resposta às difícil./sofrimento	-1,629	,428	14,464	1	,000	,196	(,085; ,454)
Constante	1,099	,157	48,881	1	,000	3,000	
Modelo $\chi^2_{(1)} = 15,066$; $p < ,001$; $R^2 = ,060$ (Cox & Snell); ,086 (Nagelkerke); 2,132 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Monótono	-2,251	1,049	4,605		,032	,105	(,013; ,823)
Difícil de realizar aos 60 anos	-,953	,382	6,223		,013	,386	(,182; ,815)
Explorado	-1,169	,336	12,129		,000	,311	(,161; ,600)
Constante	4,443	1,089	16,651		,000	85,034	
Modelo $\chi^2_{(4)} = 44,360$; $p < ,001$; $R^2 = ,170$ (Cox & Snell); ,242 (Nagelkerke); 6,134 (Hosmer & Lemeshow)							

Nota. *EP*: erro padrão; *gl*: graus de liberdade; IC: intervalo de confiança

De acordo com a Tabela 28, só variáveis relativas às condições e características de trabalho são preditivas dos problemas músculo-esqueléticos. De forma similar todas as variáveis que lhe estão associadas de forma significativa são protetoras se a exposição

não acontecer. Isto é, os fisioterapeutas estão mais protegidos de terem problemas músculo-esqueléticos se não estiverem expostos a comportamentos de discriminação ligada à idade (com uma probabilidade de 76,9%), à expectativa da dificuldade de realizar o trabalho aos 60 anos (probabilidade de 75%), a trabalho pouco criativo (probabilidade de 71%) e a esforços físicos intensos (com uma probabilidade de 61,1%).

Tabela 28: Coeficientes Logit dos Modelos de Regressão Logística da Variável Problemas Músculo-esqueléticos, em função do Género, Idade, Setor, Estado Civil, Filhos, Escolaridade e Antiguidade na Profissão e de Condições e Características de Trabalho

Problemas Músculo-esqueléticos							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Calor/frio	-,860	,271	10,040	1	,002	,423	(,249; ,720)
Constante	,922	,206	20,087	1	,000	2,515	
Modelo χ^2 (1) = 10,349; $p < ,005$; $R^2 = ,042$ (Cox & Snell); ,056 (Nagelkerke); ,000 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Gestos repetitivos	-,777	,299	6,738	1	,009	,460	(,256; ,827)
Esforços físicos	-,943	,320	8,702	1	,003	,389	(,208; ,729)
Constante	,999	,184	29,540	1	,000	2,715	
Modelo χ^2 (2) = 21,421; $p < ,001$; $R^2 = ,085$ (Cox & Snell); ,116 (Nagelkerke); ,521 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Fazer várias coisas ao mesmo tempo	-,670	,320	4,367	1	,037	,512	(,273; ,959)
Constante	,892	,192	21,620	1	,000	2,440	
Modelo χ^2 (2) = 12,648; $p < ,001$; $R^2 = ,051$ (Cox & Snell); ,069 (Nagelkerke); ,006 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Necessidade de ajuda dos colegas	-,613	,282	4,714	1	,030	,542	,311; ,942
Agressão verbal	-,664	,326	4,143	1	,042	,515	,272; ,976
Discriminação ligada à idade	-,1466	,640	5,243	1	,022	,231	,066; ,810
Constante	2,554	,649	15,479	1	,000	12,857	
Modelo χ^2 (3) 21,540; $p < ,001$; $R^2 = ,085$ (Cox & Snell); ,116 (Nagelkerke); 4,133 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Agressão verbal do público	-,641	,297	4,658	1	,031	,527	(,294; ,943)
Resposta às dificult./sofrimento	-1,003	,458	4,793	1	,029	,367	(,149; ,900)
Constante	,824	,172	22,909	1	,000	2,279	
Modelo χ^2 (2) 14,675; $p < ,005$; $R^2 = ,059$ (Cox & Snell); ,080 (Nagelkerke); ,085 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Pouco criativo	-1,239	,529	5,483	1	,019	,290	(,103; ,817)
Hipersolicitação	-,903	,335	7,250	1	,007	,405	(,210; ,782)
Difícil de realizar aos 60 anos	-1,385	,372	13,871	1	,000	,250	(,121; ,519)
Constante	2,099	,522	16,173	1	,000	8,157	
Modelo χ^2 (3) 34,235; $p < ,001$; $R^2 = ,134$ (Cox & Snell); ,182 (Nagelkerke); 4,644 (Hosmer & Lemeshow)							

Nota. *EP*: erro padrão; *gl*: graus de liberdade; IC: intervalo de confiança

Na Tabela 29 estão expostas as associações das variáveis independentes com o problema de saúde varizes.

Tabela 29: Coeficientes Logit dos Modelos de Regressão Logística da Variável Varizes, em função do Gênero, Idade, Setor, Estado Civil, Filhos, Escolaridade e Antiguidade na Profissão e de Condições e Características de Trabalho

Varizes							
Variáveis incluídas	B	EP	X ² Wald	gl	p	Exp(B)	IC a 95% para Exp(B)
Gênero	-1,912	,391	23,903	1	,000	,148	(,069; ,318)
Setor	,668	,288	5,368	1	,021	1,951	(1,108; 3,434)
Constante	,158	,210	,564	1	,453	1,171	
Modelo $\chi^2 (2) = 34,536; p < ,001; R^2 = ,141$ (Cox & Snell); ,188 (Nagelkerke); ,298 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	B	EP	X ² Wald	gl	p	Exp(B)	IC a 95% para Exp(B)
Posturas penosas	-,805	,371	4,715	1	,030	,447	(,216; ,925)
Muito tempo de pé na mesma posição	-,798	,278	8,206	1	,004	,450	(,261; ,777)
Deslocações profissionais	,799	,373	4,603	1	,032	2,224	(1,072; 4,615)
Constante	-,080	,351	,052	1	,819	,923	
Modelo $\chi^2 (3) = 20,980; p < ,001; R^2 = ,083$ (Cox & Snell); ,111 (Nagelkerke); 3,440 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	B	EP	X ² Wald	gl	p	Exp(B)	IC a 95% para Exp(B)
Fazer várias coisas ao mesmo tempo	-1,020	,311	10,746	1	,001	,361	(,196; ,664)
Constante	-20,854	17503,39	,000	1	,999	,000	
Modelo $\chi^2 (2) = 18,787; p < ,001; R^2 = ,075$ (Cox & Snell); ,100 (Nagelkerke); ,000 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	B	EP	X ² Wald	gl	p	Exp(B)	IC a 95% para Exp(B)
Opinião desconsiderada	-,681	,292	5,420	1	,020	,506	(,285; ,898)
Constante	,588	,249	5,553	1	,018	1,800	
Modelo $\chi^2 (1) = 5,572; p < ,005; R^2 = ,023$ (Cox & Snell); ,030 (Nagelkerke); ,000 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	B	EP	X ² Wald	gl	p	Exp(B)	IC a 95% para Exp(B)
Resposta às dificuldades/sofrimento	-,994	,492	4,082	1	,043	,370	(,141; ,971)
Situações de tensão	-1,081	,359	9,054	1	,003	,339	(,168; ,686)
Constante	,472	,153	9,573	1	,002	1,604	
Modelo $\chi^2 (2) = 24,022; p < ,001; R^2 = ,094$ (Cox & Snell); ,126 (Nagelkerke); ,946 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	B	EP	X ² Wald	gl	p	Exp(B)	IC a 95% para Exp(B)
Sempre na presença de outros	-1,494	,579	6,660	1	,010	,224	(,072; ,698)
Hipersolicitação	-,840	,339	6,126	1	,013	,432	(,222; ,840)
Pouco satisfeito	-,752	,296	6,466	1	,011	,472	(,264; ,842)
Constante	,890	,250	12,696	1	,000	2,436	
Modelo $\chi^2 (3) = 29,022; p < ,001; R^2 = ,115$ (Cox & Snell); ,153 (Nagelkerke); ,377 (Hosmer & Lemeshow)							

Nota. EP: erro padrão; gl: graus de liberdade; IC: intervalo de confiança

Para este problema de saúde, para além de variáveis de condições e características de trabalho, o género e o setor são preditivos da sua existência. Os homens têm 85,2%

de probabilidade de estarem protegidos relativamente às varizes e os fisioterapeutas do setor público duas vezes mais probabilidades de sofrerem desse problema. Os fisioterapeutas que não fazem deslocações profissionais frequentes têm duas vezes menos probabilidade de terem varizes.

Por outro lado este problema acontece mais aos fisioterapeutas que estão expostos a estar sempre na presença de outros, a confrontar-se com situações de tensão e a terem de fazer várias coisas ao mesmo tempo. A probabilidade é de, respetivamente 77,6%; 66,1% e 63,9%.

Em relação ao problema de dores de cabeça podem ser constatados, na Tabela 30, os resultados da análise de regressão logística.

Este problema pode ser predito pelas variáveis idade e antiguidade. No caso da primeira, os fisioterapeutas mais velhos têm uma probabilidade de 17,7% de estarem mais protegidos deste problema do que os mais novos. Contudo a maior antiguidade implica maior probabilidade de dores de cabeça (uma vez mais probabilidade).

Relativamente às condições e características de trabalho, as que são mais preditoras deste problema são o ter de fazer várias coisas ao mesmo tempo, a iluminação inadequada e a sensação de pouca satisfação com o trabalho. Ou seja, a não exposição a estas variáveis implica uma probabilidade de proteção para os fisioterapeutas de, respetivamente, 69,7%, 63,1% e 61,7%.

Tabela 30: Coeficientes Logit dos Modelos de Regressão Logística da Variável Dores de Cabeça, em função do Gênero, Idade, Setor, Estado Civil, Filhos, Escolaridade e Antiguidade na Profissão e de Condições e Características de Trabalho

Dores de cabeça							
Variáveis incluídas	B	EP	X² Wald	gl	p	Exp(B)	IC a 95% para Exp(B)
Idade	-,195	,076	6,545	1	,011	,823	(,709; ,955)
Antiguidade	,163	,077	4,530	1	,033	1,177	(1,013; 1,367)
Constante	3,960	1,776	4,970	1	,026	52,449	
Modelo $\chi^2_{(2)} = 9,819$; $p < ,001$; $R^2 = ,042$ (Cox & Snell); ,060 (Nagelkerke); 3,211 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	B	EP	X² Wald	gl	p	Exp(B)	IC a 95% para Exp(B)
Ruído nocivo	-,833	,320	6,779	1	,009	,435	(,232; ,814)
Radiações	-,906	,451	4,031	1	,045	,404	(,167; ,979)
Iluminação inadequada	-,996	,348	8,187	1	,004	,369	(,187; ,731)
Constante	1,169	,485	5,816	1	,016	3,219	
Modelo $\chi^2_{(3)} = 27,117$; $p < ,001$; $R^2 = ,105$ (Cox & Snell); ,151 (Nagelkerke); ,700 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	B	EP	X² Wald	gl	p	Exp(B)	IC a 95% para Exp(B)
Muito tempo de pé	-,712	,312	5,222	1	,022	,491	(,266; ,904)
Subir e descer	-,937	,332	7,962	1	,005	,392	(,204; ,751)
Constante	,115	,280	,170	1	,680	1,122	
Modelo $\chi^2_{(2)} = 17,799$; $p < ,005$; $R^2 = ,071$ (Cox & Snell); ,101 (Nagelkerke); ,317 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	B	EP	X² Wald	gl	p	Exp(B)	IC a 95% para Exp(B)
Depender trabalho de colegas	-,931	,319	8,529	1	,003	,394	(,211; ,736)
Fazer várias coisas ao mesmo tempo	-1,194	,439	7,387	1	,007	,303	(,128; ,717)
Constante	-,058	,258	,052	1	,820	,943	
Modelo $\chi^2_{(2)} = 21,687$; $p < ,001$; $R^2 = ,086$ (Cox & Snell); ,123 (Nagelkerke); ,141 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	B	EP	X² Wald	gl	p	Exp(B)	IC a 95% para Exp(B)
Horário de trabalho rígido	-,945	,320	8,743	1	,003	,389	(,208; ,727)
Constante	-,182	,271	,453	1	,501	,833	
Modelo $\chi^2_{(1)} = 8,586$; $p < ,005$; $R^2 = ,035$ (Cox & Snell); ,050 (Nagelkerke); ,000 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	B	EP	X² Wald	gl	p	Exp(B)	IC a 95% para Exp(B)
Impossível exprimir-se	-,889	,382	5,428	1	,020	,411	(,195; ,868)
Agressão verbal	-,801	,333	5,794	1	,016	,449	(,234; ,862)
Intimidação	-,729	,347	4,396	1	,036	,483	(,244; ,954)
Constante	,850	,375	5,146	1	,023	2,340	
Modelo $\chi^2_{(3)} = 28,792$; $p < ,001$; $R^2 = ,112$ (Cox & Snell); ,160 (Nagelkerke); ,919 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	B	EP	X² Wald	gl	p	Exp(B)	IC a 95% para Exp(B)
Situações de tensão	-,859	,381	5,081	1	,024	,423	(,201; ,894)
Constante	-,709	,156	20,577	1	,000	,492	
Modelo $\chi^2_{(1)} = 5,690$; $p < ,005$; $R^2 = ,023$ (Cox & Snell); ,033 (Nagelkerke); ,000 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	B	EP	X² Wald	gl	p	Exp(B)	IC a 95% para Exp(B)
Hipersolicitação	-,856	,404	4,503	1	,034	,425	(,193; ,937)
Pouco satisfeito	-,960	,300	10,263	1	,001	,383	(,213; ,689)
Constante	-,137	,234	,341	1	,559	,872	
Modelo $\chi^2_{(2)} = 16,751$; $p < ,001$; $R^2 = ,068$ (Cox & Snell); ,097 (Nagelkerke); ,032 (Hosmer & Lemeshow)							

Nota. EP: erro padrão; gl: graus de liberdade; IC: intervalo de confiança

Examinámos, ainda, no que concerne à saúde dos fisioterapeutas, se a percepção da sua saúde estar afetada pelo trabalho era influenciada pela exposição a condições e características do trabalho (Tabela 31).

Dos resultados da análise de regressão retira-se que esta percepção é predita por diferentes variáveis quer de condições quer de características do trabalho. Assim, essa percepção está associada de forma negativa à exposição a calor/frio, a gestos repetitivos, a posturas penosas e a estar muito tempo de pé com deslocamento. A probabilidade de a saúde não ser percecionada como estando afetada pelo trabalho é de, respetivamente, 48,8%, 55%, 63,1% e 49,1%, para os fisioterapeutas que não se consideram expostos a essas condições.

Essa percepção é, ainda, influenciada pela exposição à dependência do trabalho dos colegas, a ter de fazer várias coisas ao mesmo tempo e a ter de respeitar pausas sem as poder escolher. O sentido é negativo pelo que a probabilidade de os fisioterapeutas, que não estão expostos a estas condições, considerarem que a sua saúde não está afetada pelo trabalho é de 47,8%, 61,1% e 60%, respetivamente.

Considerar que a saúde não está afetada pelo trabalho é, ainda mais provável para os fisioterapeutas que não estão (ou estão menos) expostos a que a sua opinião não seja considerada (60%), a agressão verbal por parte de colegas (61,9%) e público (49%) e a ter de dar resposta às dificuldades/sofrimento das pessoas (81,5%). Da mesma forma, não estar exposto a um trabalho monótono, difícil de realizar aos 60 anos, onde se sintam explorados e com o qual estão pouco satisfeitos, tem a probabilidade de, respetivamente, 70,4%, 80%, 52,9% e 63,6%, influenciar a percepção dos fisioterapeutas de que a sua saúde não está afetada pelo trabalho.

Tabela 31: Coeficientes Logit dos Modelos de Regressão Logística da Variável Saúde Afetada pelo Trabalho, em função de Condições e Características de Trabalho

Saúde Afetada pelo Trabalho							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Calor/frio	-,670	,265	6,364	1	,012	,512	(,304; ,861)
Constante	,654	,197	10,972	1	,001	1,923	
Modelo χ^2 (1) = 6,472; $p < ,005$; $R^2 = ,026$ (Cox & Snell); ,036 (Nagelkerke); ,000 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Gestos repetitivos	-,799	,310	6,652	1	,010	,450	(,245; ,825)
Posturas penosas	-,998	,388	6,621	1	,010	,369	(,172; ,788)
Muito tempo de pé com deslocamento	-,676	,298	5,143	1	,023	,509	(,284; ,912)
Constante	1,010	,197	26,262	1	,000	2,745	
Modelo χ^2 (3) = 30,704; $p < ,001$; $R^2 = ,121$ (Cox & Snell); ,163 (Nagelkerke); ,415 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Depender trabalho de colegas	-,651	,332	3,845	1	,050	,522	(,272; 1,000)
Fazer várias coisas ao mesmo tempo	-,943	,320	8,683	1	,003	,389	(,208; ,729)
Constante	,077	,426	,033	1	,856	1,081	
Modelo χ^2 (3) = 19,138; $p < ,001$; $R^2 = ,077$ (Cox & Snell); ,103 (Nagelkerke); ,931 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Respeitar de forma rígida momentos de pausa sem escolher	-,916	,430	4,549	1	,033	,400	(,172; ,928)
Constante	1,139	,406	7,869	1	,005	3,125	
Modelo χ^2 (1) = 5,056; $p < ,005$; $R^2 = ,021$ (Cox & Snell); ,028 (Nagelkerke); ,000 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Opinião desconsiderada	-1,053	,331	10,139	1	,001	,349	(,182; ,667)
Agressão verbal de colegas/chefias	-,966	,320	9,078	1	,003	,381	(,203; ,714)
Constante	1,817	,364	24,926	1	,000	6,153	
Modelo χ^2 (2) = 24,415; $p < ,001$; $R^2 = ,097$ (Cox & Snell); ,131 (Nagelkerke); 2,886 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Agressão verbal do público	-,673	,299	5,076	1	,024	,510	(,284; ,916)
Resposta às difícil./sofrimento	-1,686	,535	9,932	1	,002	,185	(,065; ,529)
Constante	,731	,171	18,210	1	,000	2,078	
Modelo χ^2 (2) = 24,923; $p < ,001$; $R^2 = ,099$ (Cox & Snell); ,133 (Nagelkerke); ,531 (Hosmer & Lemeshow)							
Variáveis incluídas	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>X² Wald</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>	IC a 95% para <i>Exp(B)</i>
Trabalho monótono	-1,219	,601	4,115	1	,042	,296	(,091; ,960)
Difícil realizar aos 60 anos	-1,611	,421	14,641	1	,000	,200	(,088; ,456)
Sentir-se explorado	-,753	,329	5,240	1	,022	,471	(,247; ,897)
Pouco satisfeito	-1,011	,372	7,391	1	,007	,364	(,176; ,754)
Constante	2,846	,635	20,074	1	,000	17,217	
Modelo χ^2 (4) = 56,446; $p < ,001$; $R^2 = ,213$ (Cox & Snell); ,286 (Nagelkerke); 2,014 (Hosmer & Lemeshow)							

Nota. *EP*: erro padrão; *gl*: graus de liberdade; IC: intervalo de confiança

8.10. A saúde e o bem-estar a partir do Nottingham Health Profile

Nas respostas ao NHP constata-se que do total de fisioterapeutas, 28,9% não assinala qualquer questão. Os restantes assinalam, afirmativamente, pelo menos uma das 38 questões, que constituem este instrumento (Tabela 32). A maior percentagem de respostas corresponde a um número de queixas de 1 a 3.

Tabela 32: Número de Respostas às Questões do NHP

Número de respostas	N	%
0	72	28,9
1 a 3	84	33,7
4 a 6	42	16,8
7 a 10	31	12,4
11 a 15	14	5,6
16 a 20	4	1,6

No que diz respeito às dimensões do NHP (Tabela 33), as queixas referidas dizem respeito, maioritariamente, às dimensões Reações emocionais (55,8%), Dor (34,9%) e Sono (29,7%). O número de problemas associados ao trabalho é maior nas dimensões reações emocionais (9 problemas) e dor (8 problemas).

Tabela 33: Percentagem de Respostas e Número de Problemas Relacionados com o Trabalho nas Dimensões do NHP

Dimensões	Com pelo menos uma resposta (%)	Número de problemas relacionados com o trabalho
Mobilidade Física	24,9	4
Dor	34,9	8
Energia	24,9	3
Reações emocionais	55,8	9
Sono	29,7	5
Isolamento Social	10	3

Os problemas mais associados, pelos fisioterapeutas, ao seu trabalho são na dimensão mobilidade física: “dificuldade em estar de pé durante muito tempo” (32 respostas) e “dificuldade em baixar” (16 respostas); na dimensão dor: “dores em pé” (31 respostas), “dores quando mudo de posição” (30 respostas) e “dores durante a noite” (26 respostas); na dimensão energia: “sempre cansado” (40 respostas); na dimensão reações emocionais: “nervoso, tenso” (66 respostas) e “perder a paciência com

facilidade” (64 respostas); na dimensão sono: “dormir mal de noite” (16 respostas) e “acordar muito cedo e ter dificuldade em voltar a adormecer” (9 respostas) e na dimensão isolamento social: “difícil dar com as pessoas” (5 respostas) e “sinto que não posso contar com ninguém” (3 respostas).

9. O Trabalho, os seus Constrangimentos e a Relação com a Saúde, na Perspetiva dos Fisioterapeutas

Pretendíamos com o terceiro objetivo determinar, a partir da perceção dos fisioterapeutas, se o trabalho que realizam afeta a sua saúde e identificar alguns dos problemas de saúde que atingem estes trabalhadores relacionando esses problemas com o seu trabalho. Analisemos então os resultados relativos às questões de saúde.

O incómodo percecionado com a exposição a diferentes condições e características de trabalho está correlacionado de forma positiva com a perceção, dos fisioterapeutas, relativa à sua saúde. Ou seja, não só a maioria destes profissionais perceciona que a sua saúde está afetada pelo trabalho que realiza, como se constata uma associação entre esta perceção e o incómodo que referem. Esta associação, embora moderada, é significativa. Deste modo a um maior incómodo percecionado com as condições e características de trabalho, corresponde uma perceção do estado de saúde como estando mais afetado pelo trabalho. Os profissionais de saúde estão, então, frequentemente expostos a constrangimentos laborais que podem afetar a sua saúde física e mental sendo que é assumido que as características do trabalho levam a doenças e lesões (Eriksen, Ihlebæk, Jansen & Burdorf, 2006; Fiabane, Giorgi, Sguazzin & Argentero, 2013).

A reforçar este quadro verifica-se que quanto maior o número de problemas de saúde referidos pelos fisioterapeutas, mais a saúde é percecionada como estando afetada pelo trabalho. O ritmo de trabalho e os constrangimentos que para ele contribuem têm importância face à saúde, pois quanto mais constrangimentos relacionados com o ritmo de trabalho maiores são as exigências colocadas aos trabalhadores e, assim, maior o impacto negativo na sua saúde e bem-estar (Eurofound, 2012).

Por outro lado, os problemas de saúde que os fisioterapeutas mais referem são os músculo-esqueléticos, os de dores de costas e as varizes. Não é difícil associar estes

problemas aos esforços físicos, às posturas penosas, mas também, à tensão provocada pelas exigências a que estão sujeitos no contacto com os utentes. Estudos em populações genéricas de trabalhadores mostram que a combinação de esforços físicos e psicológicos elevados está associada com o aumento substancial do risco de episódios de dores nas costas, especialmente lombares (Eriksen et al., 2006). O trabalho na área da saúde expõe os trabalhadores a diversos agentes de stresse ocupacionais, com um enfoque particular no contacto muito próximo com os utentes, que pode mobilizar emoções e conflitos, tornando os seus trabalhadores particularmente suscetíveis ao sofrimento psíquico, conduzindo a doenças relacionadas com o trabalho (Rios, 2008).

Um outro dado relevante é quando analisamos a perceção da influência do trabalho sobre a saúde por parte de homens e mulheres. Apesar do incómodo relatado ser, em muitas circunstâncias, maior por parte das mulheres, são os homens que consideram mais que a sua saúde está afetada pelo trabalho. Esta constatação pode ter explicações várias, mas uma delas pode estar relacionada com o menor “à vontade” dos homens em relatar incómodo com problemas relacionados com agressões ou intimidação. O relato de queixas e a forma de o dizer por parte das pessoas estão relacionados com o que cada um experiencia e dependem muito das condições de enunciação (Molinié, 2010). Ou seja, a relação estabelecida entre alterações na saúde e o vivenciar circunstâncias problemáticas no trabalho pode existir, mas não ser assumida da mesma forma por homens e por mulheres.

De forma similar, a referência a mais problemas de saúde e bem-estar, em função do trabalho, no sexo masculino, relativamente ao feminino, aparece em diferentes estudos. Nolfé, Petrella, Zontini, Uttieri e Nolfé (2010) ao relacionarem alterações de ansiedade, de humor e de adaptação com a presença de violência, em trabalhadores italianos, verificaram que a sua severidade era maior nos homens do que nas mulheres. Santos et al. (2009) concluem que no sexo masculino (mais do que no feminino) as alterações psiquiátricas estão mais correlacionadas com o bullying no local de trabalho. Em outro estudo com trabalhadores de diferentes países verificou-se que quanto maior são as diferenças entre sexos em termos de características de trabalho, mais diferenças existem entre sexos no que diz respeito à saúde (Sekine et al., 2011).

As mulheres relatam os mesmos problemas que a amostra global, embora com percentagens mais elevadas para os problemas músculo-esqueléticos e varizes. Os

homens referem problemas idênticos, mas não sofrem tanto com o problema de varizes e sim com dores de cabeça.

Por setor o cenário é idêntico, embora sejam os fisioterapeutas do público que mais referem que a sua saúde está afetada pelo trabalho. Os problemas de saúde são comuns e iguais aos da amostra total, mas as varizes são mais referidas no setor público. De salientar, mais uma vez, o maior percentual global de mulheres, na nossa amostra, mas, também, a existência de mais mulheres, relativamente a homens, no setor público que no privado.

Relativamente à relação entre os problemas de saúde identificados e o trabalho, na perspectiva dos fisioterapeutas, os problemas mais causados pelo trabalho são as dores nas costas e os problemas músculo-esqueléticos. São os homens, mais que as mulheres, que fazem esta relação de causalidade e os fisioterapeutas do setor público no caso das dores nas costas e os do privado para os problemas músculo-esqueléticos. Problemas agravados pelo trabalho são referidos como sendo as varizes e as dores de costas. Quer a amostra global, quer os fisioterapeutas do público e do privado o referem. No entanto, são as mulheres mais que os homens que consideram que o seu trabalho agrava este problema. Em relação às dores de costas serem agravadas pelo trabalho são os homens e os fisioterapeutas do privado que mais o afirmam.

Dados recolhidos relativos ao consumo de medicamentos na nossa amostra revelam que, a sua toma é percentualmente baixa, ou seja, só uma minoria de fisioterapeutas diz recorrer a medicação. Existe consumo de medicamentos para problemas crónicos como por exemplo, a hipertensão, o colesterol, os triglicéridos e a diabetes. Outro tipo de medicação está relacionado com a dor, a ansiedade e depressão, a tensão/humor, os problemas de sono e as alergias ou problemas respiratórios.

No que concerne aos problemas de saúde relacionados com o trabalho, os acidentes de trabalho e as doenças profissionais são uma realidade que não pode ser esquecida. Na nossa amostra, os acidentes de trabalho já aconteceram a um quarto dos fisioterapeutas, e as doenças profissionais têm uma expressão mais reduzida, 2,8% dos fisioterapeutas referem ter doença profissional, metade está em avaliação. Estas doenças estão relacionadas com problemas músculo-esqueléticos. Outra questão importante são as faltas por problemas de saúde que ocorreram em 13% dos fisioterapeutas e destes, 2,8% são por problemas de saúde relacionados com o trabalho.

Indo um pouco mais longe na análise das questões relativas à saúde e sua relação com o trabalho procurámos encontrar preditores dos problemas de saúde que os fisioterapeutas mais referem, entre as variáveis demográficas e profissionais e, ainda, nas condições e características de trabalho a que estão mais expostos. Realizámos o mesmo para encontrar preditores da percepção da saúde estar afetada pelo trabalho. Os resultados da regressão logística permitem-nos, assim, fazer esta análise.

Relativamente às dores de costas constatámos que uma menor exposição ao trabalho monótono, ao ter de dar resposta às dificuldades/sofrimento das pessoas e a não permanecer muito tempo de pé com deslocamento é protetora face a esse problema. Ao aparecimento de problemas músculo-esqueléticos está associada a exposição a comportamentos de discriminação ligada à idade, à expectativa da dificuldade de realizar o trabalho aos 60 anos, a trabalho pouco criativo e a esforços físicos intensos. Ou seja, uma menor exposição a estas condições protege os fisioterapeutas desses problemas. De uma forma que nos parece consequente, estes problemas de saúde aparecem associados a situações que envolvem esforço físico e posturas estáticas ou a circunstâncias cuja vivência desencadeará tensão relacional que pode ser traduzida em termos físicos.

O género e o setor são preditivos da existência de problemas de varizes. Os homens estão mais protegidos e no setor público os fisioterapeutas têm maior probabilidade de vir a sofrer de varizes (como já fizemos referência, o setor onde a presença de mulheres é mais elevada). Por outro lado os fisioterapeutas que não fazem deslocamentos profissionais frequentes, que não necessitam de estar sempre na presença de outros, que não necessitam de se confrontar com situações de tensão nas relações com o público e que não têm que fazer várias coisas ao mesmo tempo têm duas vezes menos probabilidade de terem varizes, ou seja, os que são menos confrontados com situações indutoras de desconforto físico e relacional.

As dores de cabeça não são preditas pela variável género apesar de, como já referimos, serem os homens a apresentar mais dores de cabeça. Todavia, ter de fazer várias coisas ao mesmo tempo, trabalhar com iluminação inadequada e a sensação de pouca satisfação com o trabalho são as condições de exposição que mais contribuem para o problema, o que significa que os fisioterapeutas que a elas estão menos expostos estarão mais protegidos. Mais uma vez, as questões relacionadas com a tensão, neste caso, provocada por condições adversas do ponto de vista da intensidade de trabalho e

da satisfação que este pode provocar estão relacionadas com problemas de saúde. Embora, não sendo uma atividade em que a iluminação constitua, em princípio, uma condição problemática, parece que a sua inadequação pode ter um papel a desempenhar, no caso, negativo.

Da mesma forma que para outras variáveis anteriormente referidas, também, o problema de dores de cabeça pode ser explicado pelas variáveis idade e antiguidade em sentidos contrários. Isto é, os fisioterapeutas mais velhos parecem estar mais protegidos desse problema, mas os com maior antiguidade na profissão têm maior probabilidade de dele sofrerem. Reafirmando o que atrás defendemos relativamente à idade dos fisioterapeutas mais velhos não ser muito elevada e por isso termos trabalhadores com antiguidade elevada numa faixa etária mais jovem do que seria de esperar, não nos parece que tal seja suficientemente explicativo. De facto, as associações entre trabalho e saúde que encontramos parecem-nos, na sua maioria, claras e explicáveis, mas este não é o caso, apesar de toda a exploração que fizemos dos dados.

A perceção de a saúde estar afetada pelo trabalho não é predita por nenhuma variável demográfica, mas está associada à exposição a condições de calor/frio, gestos repetitivos, posturas penosas e a estar muito tempo de pé com deslocamento, dependência do trabalho dos colegas, a ter de fazer várias coisas ao mesmo tempo, a ter de respeitar pausas sem as poder escolher, à sua opinião não ser considerada, à agressão verbal por parte de colegas e público e a ter de dar resposta às dificuldades/sofrimento das pessoas. Por outro lado, está associada a características do trabalho como sejam a realização de um trabalho monótono, que seja difícil de realizar aos 60 anos, onde se sintam explorados e com o qual estão pouco satisfeitos.

Os resultados evidenciados pelo NHP mostram que as dimensões de saúde que os fisioterapeutas consideram estar mais afetadas são as Reações emocionais, a Dor e o Sono, com maior expressão nas duas primeiras. Os problemas mais relatados são: *sentir-se nervoso, tenso, perder a paciência com facilidade, sempre cansado, dificuldade em estar de pé durante muito tempo, "dores em pé, "dores quando mudo de posição, dores durante a noite", dificuldade em baixar e dormir mal de noite*. Estes resultados confirmam, pelo menos em parte, não só alguns problemas de saúde identificados, mas, também, os constrangimentos referidos no que diz respeito às situações que envolvem tensão em

termos emocionais (em função de relacionamentos, queixas, intensidade de trabalho, por exemplo).

10. Síntese Conclusiva

No seguimento dos objetivos que delineámos para este primeiro estudo, concluímos que os fisioterapeutas reconhecem constrangimentos nas suas condições de trabalho. Estas condições implicam uma exposição a situações que geram perturbação, essencialmente no domínio do contacto com o público, no caso utentes e seus familiares, onde necessitam de responder a dificuldades ou sofrimento, a lidar com as exigências que por eles lhe são feitas e a ter de ultrapassar situações de tensão. Da mesma forma, os constrangimentos físicos, onde as posturas difíceis, os esforços e os gestos repetitivos são considerados problemáticos.

Identifica-se, assim, que os fisioterapeutas estão sujeitos, principalmente, a riscos relacionados com o Contacto com o Público e com os Constrangimentos Físicos. Secundariamente os riscos a que na sua atividade podem estar submetidos derivam de Características do Trabalho, como por exemplo a hipersolicitação ou a dificuldade que percebem de realizar o que fazem quando forem mais velhos e do Ritmo de Trabalho, nomeadamente, por terem de fazer várias coisas ao mesmo tempo e de se apressarem para cumprir os seus objetivos.

A partir da comparação entre os fisioterapeutas do sexo feminino e masculino, não são encontradas diferenças de monta na avaliação que fazem. Caracterizam as suas condições de trabalho de forma idêntica e genericamente os riscos a que estão expostos parecem ser os mesmos. No entanto, as mulheres revelam incómodo mais elevado com a exposição em todas as componentes de condições e características de trabalho, com exceção das associadas ao Ritmo de Trabalho e às Relações Sociais, onde são os homens a referi-lo. Assim, o sexo feminino será mais afetado pelas situações relativas ao Contacto com o Público.

Em relação ao setor profissional parece haver diferenças não somente em relação à exposição a condições e características adversas, mas, também, em relação ao incómodo que a exposição provoca. Os fisioterapeutas que trabalham no setor público estão mais expostos do que os do privado, nomeadamente, a situações associadas ao Ambiente

Físico dos seus locais de trabalho, à componente física do seu trabalho e às relações com o público. No privado, parecem ser mais preocupantes as questões do ritmo de trabalho.

A exposição aos riscos a partir das condições de trabalho pode ser predita por diferentes variáveis. Assim, o setor profissional, o género, o estado civil, a idade e a antiguidade estão associados à exposição aos riscos. Parece que trabalhar no setor privado, ser do sexo masculino, ser casado e ser mais velho são variáveis mais protetoras para muitas situações. É, ainda, constatável que os fisioterapeutas mais velhos e com mais antiguidade se encontram no setor público.

Verificámos, ainda, que o trabalho dos fisioterapeutas influencia a sua saúde. A maioria dos fisioterapeutas perceciona a sua saúde como estando afetada pelo trabalho e, de facto, esta perceção está positivamente associada com o maior incómodo que referem para determinadas condições e características do trabalho e com um maior número de problemas de saúde que detêm. Da mesma forma, esta perceção é predita pela exposição a determinadas condições de trabalho, no âmbito do Ambiente e Constrangimentos Físicos, do Ritmo e das Características de Trabalho.

São os homens e os fisioterapeutas que trabalham no setor público que mais referem que a sua saúde está afetada pelo trabalho

Os problemas de saúde que, os fisioterapeutas, mais referem são as dores de costas e os músculo-esqueléticos. Estes problemas são preditos pelas condições de trabalho a que relatam estar expostos, isto é, uma menor exposição a algumas dessas condições é protetora do aparecimento dos problemas. Variáveis como o género, o setor, a idade e a antiguidade, também, estão associadas de formas diferentes aos problemas de saúde dos fisioterapeutas. As dimensões de saúde mais afetadas, através do NHP, são as reações emocionais, a dor e o sono.

PARTE II: RISCOS PSICOSSOCIAIS E FATORES PSICOSSOCIAIS DE RISCO: DAS DEFINIÇÕES AO TERRENO COM OS FISIOTERAPEUTAS

CAPÍTULO IV. RISCOS PSICOSSOCIAIS: LIÇÕES APRENDIDAS E NOVOS CAMINHOS

1. Os Riscos Psicossociais: Notas Introdutórias

A segurança e saúde no trabalho mantém-se um tema atual e pertinente por razões tão diversas que vão da não solução, ou da solução pouco eficaz, de problemas há muito identificados, até ao surgimento de novos quesitos por via de alterações, mais ou menos recentes, na esfera social e do trabalho. Sendo cada vez mais comumente aceite, pelo menos teoricamente, o valor da segurança e saúde no trabalho na prevenção de acidentes, lesões e doenças, e a sua importância no bem-estar individual e grupal e no êxito das organizações, as preocupações com o seu estudo têm sido espelhadas em discursos, campanhas e decisões políticas, ao longo das últimas décadas.

A literatura sobre esta temática tem enfatizado, nos últimos anos, a necessidade de analisar diferentes variáveis, para avaliar de uma forma mais correta as condições de trabalho e as consequências que do trabalho, e das condições adversas em que o mesmo pode ser realizado, logram ocorrer. Uma das razões apontadas é que apesar de muitos dos dados disponíveis continuarem a refletir problemáticas, hoje consideradas como tradicionais, cada vez mais estudos apontam e evidenciam outros problemas resultantes do trabalho (Gollac & Volkoff, 2000). As variáveis a analisar decorrem de diversos pontos de vista sobre a matéria, mas genericamente observa-se o reconhecimento de que as mudanças significativas que têm vindo a ocorrer no mundo do trabalho, resultaram em riscos, ditos “emergentes”. Entre eles, para uns de forma mais recente, para outros mais crescente, têm-se destacado os riscos psicossociais (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2010; Gollac & Volkoff, 2000). Estes riscos têm revelado, assim, um fenómeno social que emergindo do mundo do trabalho tem sido apropriado pela esfera política, social, educativa e científica.

A partir de relatórios, inquéritos e recomendações efetuados ao longo da última década, e mais regularmente após 2007, por instituições responsáveis pela segurança e saúde no trabalho, ou com um papel relevante sobre a mesma, os riscos psicossociais têm vindo a ser identificados como um dos grandes desafios relativamente à saúde dos trabalhadores. A investigação acompanhou este reconhecimento de diferentes formas, afirmando, por exemplo, que os riscos psicossociais adquiriram, nos últimos anos, uma maior relevância em função das evidências encontradas na relação entre esses riscos e o aumento de processos patológicos nos trabalhadores (Villalobos, 2004).

Ora, o recente e crescente interesse sobre os riscos psicossociais no trabalho parece assentar, de alguma forma, na circunstância deste tipo de riscos ter vindo a aumentar, mas também no incremento da sua visibilidade.

A análise das razões que podem justificar o aumento dos riscos psicossociais permite identificar que são múltiplas e estão, essencialmente, ligadas às tendências de alteração no mundo do trabalho. Entre outras podemos elencar: a alteração do valor e significado do trabalho; as suas novas formas de organização; as alterações socioeconómicas (globalização, terciarização, feminização, envelhecimento); a alteração dos espaços de trabalho; o desenvolvimento científico e tecnológico e a alteração do conteúdo e natureza do trabalho (Rantanen, 1995). Ao longo do tempo, a questão dos riscos psicossociais foi, também, sendo difundida num contexto particular de aceleração de lógicas gestionárias que se afastaram dos valores do trabalho no seio de organizações, onde as condições de trabalho se agravaram, inclusive no plano físico (Valléry & Leduc, 2012).

É um dado adquirido que as mudanças no panorama laboral das últimas décadas tiveram como consequência, entre outras, a modificação das condições de trabalho. As principais modificações ocorreram, por via do crescimento do setor de serviços e da diminuição do setor industrial, especialmente nos aspetos físicos. Desta forma, a diminuição da carga física teve como contrapartida o aumento da componente psicossocial. Por outro lado, o conceito de saúde no trabalho, como já a referimos, parece ter deixado de ser um problema individual para se converter num problema social e num direito do trabalhador (Houtman, 2007; Jiménez, 2011; Laaksonen, Rohkonen, Martikainen & Lahelma, 2006).

Efetivamente, o meio laboral alterou-se, tornando menos comum a organização tradicional, caracterizada por tarefas manuais, em linha, pela tomada de decisão centralizada, etc., já que o mercado atual requer organizações dinâmicas, facilmente adaptáveis a um ambiente mutável e exigente. Hoje em dia, a relevância da informação nos processos de produção, a inovação tecnológica, o menor número de trabalhadores e as condições de trabalho de uma forma genérica, implicam, entre outras exigências, maior esforço mental, maior ritmo e sobrecarga de trabalho, altos níveis de atenção e concentração, maior responsabilidade e horários diferenciados (Muñoz, 2006).

Esta evolução, no que diz respeito à saúde e segurança no trabalho e, concretamente, à avaliação, que se pretende real, dos riscos profissionais, implica a aproximação à particularidade das situações de trabalho e às reais situações de risco. Porquanto é importante não esquecer, e especificamente a propósito dos riscos psicossociais, as diversas referências às transformações no trabalho e às formas de organização que se revelaram nefastas para as condições em que este se realiza e, em particular, para a saúde dos trabalhadores, o que reforça a necessidade de uma análise global das situações de trabalho (Valléry & Leduc, 2012). Assim, as mudanças e a evolução que têm sido associadas ao trabalho e às formas de trabalhar constituirão uma das razões para o eventual aumento dos riscos psicossociais. Por outro lado, este aumento poderá, ainda, ser justificado pelas alterações no conceito de saúde que permitem, presentemente, afirmá-la como sendo algo global, conquistável e dependente de todos os aspetos da vivência do ser humano, ou seja, considerar a saúde como a capacidade de adaptação a condições de vida de ordem biológica, psicológica ou social, de criar novas condições para fazer face às agressões. Como já referimos, a saúde não é a simples ausência da doença, mas uma conquista individual e social permanente, que supõe uma atividade da pessoa (Canguilhem, 2001). É, então, fundamental que, quando se considera a saúde dos trabalhadores, se tenha em conta e sejam valorizados os diferentes constrangimentos que as situações e condições de trabalho implicam não só face à saúde física, mas à globalidade do ser humano (Thébaud-Mony, 2010).

Em suma, a problemática dos riscos psicossociais no trabalho tem sido abordada, nomeadamente para efeitos da fundamentação do seu aumento, enquanto realidade ligada às alterações no mundo do trabalho e, embora não sendo, até por essa mesma ligação, algo tão recente quanto uma leitura pouco atenta fará crer, a sua visibilidade tem crescido na última década.

A justificação acerca do incremento da visibilidade destes riscos implica atender a algumas circunstâncias. Uma delas é o seu surgimento, ou seja, desde quando existem este tipo de riscos. A resposta não é consensual, embora se possa afirmar que provavelmente existem desde sempre. A organização científica do trabalho, e os estudos dos tempos e métodos de Taylor, o trabalho e rendimento à peça, o “the one best way”, o “homem máquina”, configuraram atividades laborais exigentes, do ponto de vista físico, mas, sem dúvida, também, do ponto de vista mental e emocional. Exemplo disso mesmo,

os casos de suicídio e crises nervosas, relatadas, bem como os conflitos interpares e com chefias que levaram a mudanças de paradigmas gerenciais (Valléry & Leduc, 2012). Há quem coloque a emergência dos riscos psicossociais no ano 2000, mas em bom rigor, os riscos psicossociais (bem como a referência aos mesmos) não são uma realidade da última década. Para alguns autores, surgiram por volta dos anos 70, fruto das profundas alterações no mundo do trabalho (Valléry & Leduc, 2012), mas já no início do século XX se efetuavam estudos que recaíam, por exemplo, sobre os efeitos psicológicos na fadiga (Strong & Edward, 1914).

Independentemente de onde se coloque o aparecimento destes riscos é facto que eles são, hoje em dia, uma realidade a ter em conta no trabalho e a ele transversais. A um silêncio sobre o tema, seguiu-se, nas últimas décadas, um “grito” recorrente que nos confronta com o argumento de que mudanças significativas ocorridas no mundo do trabalho resultaram em riscos, ditos, “emergentes”.

Todavia, a alocação do surgimento recente dos riscos psicossociais corresponderá mais provavelmente “ao despertar” para a sua existência do que, propriamente, ao seu efetivo aparecimento. Contudo, não pode ser ignorado que, efetivamente, a noção de riscos psicossociais se difundiu massivamente no domínio público, a partir da década de 2000, suportada, também, pelos efeitos mediáticos de suicídios em grandes empresas. Paralelamente, na literatura científica dos últimos anos são múltiplos os estudos que abordam esta temática. Constatando-se que o acumular de conhecimentos científicos não tem impedido a persistência de riscos no trabalho nem o agravamento de constrangimentos organizacionais, no caso dos riscos psicossociais, especialistas de psicodinâmica do trabalho, por exemplo, desde o início dos anos 80, têm vindo a mostrar as repercussões que as diferentes dimensões do uso da saúde na atividade de trabalho têm sobre a saúde mental dos trabalhadores, sublinhando em particular os efeitos nocivos da falta de reconhecimento no trabalho, mas também os fortes constrangimentos de tempo (Araújo & Rolo, 2011; Dejours, 2011; Ganem, 2011).

A circunstância de estes terem sido considerados riscos emergentes, ou seja, de serem englobados numa classe de riscos novos e em crescimento, também terá contribuído para o aumento da sua visibilidade. A este propósito é importante fazer referência à noção de risco emergente, pois de alguma forma poderá ajudar a perceber algumas reflexões acerca dos riscos psicossociais. Um risco emergente decorre de razões

concretas; é um risco novo (só agora identificado; ou desconhecido, que não existia anteriormente e causado por novas condições de trabalho; ou uma situação que não sendo nova, é agora considerada um risco devido a uma alteração nas percepções sociais ou públicas, ou a um novo conhecimento científico) e em crescimento (se o número de perigos, que conduzem ao risco, aumentar; se a probabilidade de exposição ao perigo é crescente; se o efeito do perigo aumentar ou a gravidade das consequências na saúde dos trabalhadores for maior).

Analisando o que confere a categoria de emergente a um risco, a sua aplicação ao risco psicossocial pode ser justificada, por um lado, pelo facto de ser uma situação que não sendo nova (pois não é um tipo de risco só agora identificado, nem desconhecido), ser atualmente considerada um risco devido a uma alteração nas percepções sociais ou públicas. Por outro lado, justifica-se pela razão do número de perigos que conduzem ao risco aumentar ou da probabilidade de exposição ao perigo ser crescente (na medida em que o aumento do perigo ou a gravidade das consequências dos riscos psicossociais dificilmente poderem ser determinados, muito menos em termos de comparação).

Por outro lado, a sua maior visibilidade decorre, ainda, e em parte considerável, da expressão riscos psicossociais ser vista, muitas vezes, como uma extensão do vocábulo *stresse* (Valléry & Leduc, 2012). Esta associação, como adiante se verá, poderá ser responsável por alguma da complexidade da noção de risco psicossocial.

Em suma, a problemática dos riscos psicossociais no trabalho tem sido abordada, nomeadamente para efeitos da fundamentação do seu aumento, enquanto realidade ligada às alterações no mundo do trabalho e a sua visibilidade tem aumentado. As questões ligadas ao ambiente de trabalho, à organização, caracterização e condições de trabalho, às oportunidades de desenvolvimento que este permite, ao balanço entre trabalho e vida fora dele, ao envelhecimento da população ativa e à precarização e insegurança no emprego, têm, dessa forma, sido consideradas, por muitos autores, como fontes de riscos psicossociais. E enquanto condições constrangedoras das vivências, individuais e relacionais, serão responsáveis pelo aumento da incidência de problemas físicos, abuso de substâncias, conflitos e violência, depressão e ansiedade (Bultmann, Kant, Schroer & Kasl, 2002; Cantera, Cervantes & Blanch, 2008; Cox, Griffiths & Cox, 1996; European Commission, 2010; European Agency for Safety and Health at Work, 2010; Notelaers, Witte & Einarsen, 2010).

2. Os Riscos Psicossociais: Algumas Conclusões da Literatura Recente

A partir das notas introdutórias que acabámos de fazer concluímos pela visibilidade e interesse recente acerca dos riscos psicossociais no trabalho e pelo reconhecimento destes riscos enquanto um dos desafios para a segurança e saúde no trabalho. Por conseguinte, a etapa conseqüente implicava perceber qual o peso desses riscos na saúde dos trabalhadores. Impunha-se, então, responder à seguinte questão: qual a abordagem mais eficaz para estudar esta temática, o que se estuda, o que se mede, de que forma, quais os objetivos definidos e quais as conclusões veiculadas sobre estes riscos? Com esta questão em mente, procurámos retratar o conhecimento mais recente através de uma revisão da literatura publicada, nos anos 2009, 2010 e 2011 (os três anos anteriores ao início da nossa investigação).

Procurámos fazer esta revisão com o objetivo de dar resposta à questão que atrás formulámos, conduzindo uma pesquisa retrospectiva, abrangente, sistemática e que nos permitisse, com eficácia, elencar, caracterizar e analisar os resultados a que chegássemos. Optámos, então, por uma revisão sistemática.

Nas revisões sistemáticas a unidade de observação e análise são os estudos. Sendo uma metodologia de agregação, a sua utilização permite a análise da evidência num nível superior, embora implique trabalhar com dados secundários e com estudos de qualidade muito variável, muitas vezes sem possibilidade de agregar dados. É uma abordagem metodológica que partindo de uma questão de investigação, claramente formulada, implica procura, seleção, avaliação crítica e apresentação sistemática de resultados de artigos. Deve ser abrangente, sistemática, reproduzível e reportada completa e transparentemente de forma a permitir aos leitores avaliar os pontos fortes e fracos da investigação (Liberati et al., 2009; Pai et al., 2004; Sousa & Ribeiro, 2009)²⁰.

Este procedimento correspondeu assim ao que pretendíamos fazer, e embora, limitando a recolha de dados a três anos, avançámos com a sua realização. A revisão sistemática, foi executada através de uma pesquisa eletrónica de bases de dados

²⁰ De acordo com os mesmos autores, uma revisão sistemática pode, ou não, conter meta-análise. Esta última, utiliza-se no caso de fazer sentido abordar aspetos quantitativos (ou se houver condições para tal). A meta-análise é um conjunto de ferramentas estatísticas que permite fazer a agregação simples de um conjunto de estudos que tentam responder à mesma questão, ou seja, sumarizar e combinar os resultados de estudos independentes.

bibliográficas, de ciências sociais onde, habitualmente, estão indexadas revistas que publicam estas temáticas, nomeadamente, e entre outras, *B-on*, *EBSCO-Host*, *BVS*, *PsycArticles* e *RCAAP*. Pesquisaram-se, também, *sites* de organizações ligadas à segurança e saúde no trabalho, como sejam, a *European Agency for Safety and Health at Work*, *Work and Organizational Network*, *European Association of Work and Organizational Psychology*, *World Health Organization*, *Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail*, *Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail*, *International Labor Office*, *Institut de Santé au Travail du Nord de la France*, *l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la Prévention des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles* e a *Industrial Accident Prevention Association*.

Foram definidos, para a seleção dos estudos, como critérios de inclusão, os seguintes: estudos ou documentos que focassem o conceito, tipos de riscos psicossociais, sua definição, identificação e contextualização; estudos realizados em populações trabalhadoras, de medição, ou avaliação de riscos psicossociais, sua existência ou prevalência e relações com outras variáveis como sejam sociodemográficas, tipo de profissão e condições de trabalho, publicados nos anos 2009, 2010 e 2011.

A pesquisa foi iniciada com um termo genérico: “Psychosocial risks” AND “Work”. Posteriormente utilizaram-se termos mais específicos correspondentes a constructos relacionados: “organizational constraints”, “role conflict”, “role ambiguity”, “workload” “work hours”, “work violence”, “work bullying”, “occupational stress”, “work harassment”, “work gender” e diferentes combinações entre os termos, através de operadores booleanos.

A identificação de artigos e documentos, nesta primeira fase, foi feita com base no título e nas palavras-chave, obtendo-se no total cerca de 300 documentos. De seguida, procedeu-se a uma avaliação prévia dos documentos recolhidos, retirando artigos repetidos e fazendo uma triagem com base na leitura dos respetivos *abstracts*. Foram excluídos artigos cujo conteúdo não correspondia aos critérios definidos, como por exemplo, estudos em populações não trabalhadoras. Selecionaram-se 200 documentos (sendo que 30 correspondiam a relatórios ou estudos institucionais, que foram analisados à parte).

Na fase de inclusão, analisámos o artigo em si, procedendo a nova seleção em função dos critérios atrás referidos. A lista final de artigos incluiu 67, que analisámos em

função do assunto; objetivos; tipo de estudo/população; metodologias/instrumentos utilizados; principais resultados e conclusões e sugestão de investigações futuras e/ou pistas para discussão. Vamos de seguida proceder à apresentação dos principais resultados que obtivemos e a análise que sobre eles realizámos. A distribuição dos artigos em função de alguns dos parâmetros de análise está exposta na Tabela 34.

Tabela 34: Distribuição dos Artigos Revistos em Função do Assunto, Metodologia e Tipo de Estudo, População e Instrumentos de Avaliação

Assunto	N	%
Tipo de riscos e suas consequências	40	60
Conceitos genéricos sobre riscos psicossociais	17	25
Riscos psicossociais e género	8	12
Desenvolvimento/adaptação de instrumentos	2	3
Metodologia/Tipo de Estudo		
Revisão da literatura; revisão sistemática; reflexão teórica ou com base em experiência	16	24
Qualitativo	12	18
Quantitativo	39	58
População Estudada		
<i>Experts</i> em prevenção e consultores	3	5
Profissionais de saúde	12	21
Professores	11	20
Forças policiais, de segurança e motoristas	6	11
Outros trabalhadores por conta de outrem	22	39
Dirigentes e equipas de trabalho	2	4
Instrumentos de avaliação		
Escalas e questionários	38	73
Entrevistas	9	17
Outros	5	10

A maioria dos estudos (60%) a que os 67 artigos dão corpo, privilegia a identificação de riscos psicossociais e, muito mais, o conhecimento das suas consequências. São avaliadas condições de trabalho, conciliação trabalho/família, violência e assédio, mas também estados de stresse, burnout, ansiedade, depressão e sofrimento. A conciliação trabalho/família é estudada em diferentes populações e em relação a consequências na saúde e no trabalho. O género é associado a riscos psicossociais, a problemas no local de trabalho, a emoções e a exigências laborais. Os estudos de cariz quantitativo predominam (58%) e recorrem na sua grande maioria (73%) a escalas e/ou questionários.

A maior parte dos artigos configura estudos quantitativos (prospetivos, transversais ou correlacionais) que estabelecem relações com a saúde mental e física, com profissões ou locais de trabalho específicos, com características do trabalho e performance laboral. O stresse ocupacional e o burnout são associados, de diferentes

formas, ao estatuto socioeconómico, a problemas de saúde, a características individuais e do trabalho, à satisfação no trabalho e à profissão.

Excecionando os estudos de revisão da literatura encontrámos oito estudos com metodologias qualitativas e três usam este tipo de metodologia em conjunto com a quantitativa. Os estudos de revisão da literatura, revisão sistemática, reflexão teórica ou com base em experiência correspondem a conceitos genéricos sobre riscos psicossociais, como sejam, definições de risco e risco profissional, saúde ocupacional, acidentes de trabalho, segurança, psicodinâmica e psicopatologia do trabalho, políticas de gestão e prevenção de riscos psicossociais.

Nas metodologias qualitativas são utilizadas entrevistas individuais a trabalhadores e chefias, *Focus Group Discussion*, observação de processos de trabalho, consulta e análise documental, análise de verbalizações e *checklists*.

Os trabalhadores analisados são oriundos de diferentes setores de atividade, embora, em muitos estudos, não se faça nenhuma referência concreta a qual a profissão. Com muitos dos estudos focados nos profissionais de saúde (maioritariamente, enfermeiros e médicos) e nos professores (essencialmente do ensino básico e secundário), encontram-se ainda trabalhadores de diversos tipos de indústrias, de serviços, de turismo, mediadores imobiliários e operadores de telecomunicações.

Relativamente aos instrumentos utilizados nos estudos quantitativos, encontraram-se, maioritariamente, instrumentos criados ou adaptados pelos próprios autores. Grande parte dos estudos foi realizada com recurso a mais do que um instrumento.

O que mais nos chamou a atenção nesta revisão foi a constatação de que as questões mais abordadas nos estudos realizados são o tipo de riscos psicossociais e as suas consequências, parecendo predominar uma abordagem de pesquisa que se foca mais nos riscos, e nos problemas que dos mesmos resultam, do que na sua origem. Fatores relacionados com a organização e condições de trabalho e com os relacionamentos laborais que podem estar na origem de riscos psicossociais são menos estudados, ou pelo menos a sua importância menos destacada. Desta conclusão, do destaque que lhe damos, e do alcance, significado e repercussões que tem daremos conta no próximo capítulo.

Nesta fase, importa olhar para algumas das conclusões a que estas investigações chegaram. Verificamos que os artigos revistos abordam diferentes problemáticas dentro do tema riscos psicossociais no trabalho. Analisam-se conceitos genéricos relacionados com definições ou considerações relativamente aos riscos em geral, e aos psicossociais em particular. Reconhece-se que o acumular de conhecimento científico não impediu a persistência dos riscos no trabalho nem os constrangimentos organizacionais dos mais diferentes tipos, pelo que análises cuidadosas sobre os riscos psicossociais e a avaliação das intervenções relativamente aos mesmos devem continuar a ser promovidas (Brevidelli & Cianciarullo, 2009; Leka, Aditya, Iavicoli, Vartia & Ertel, 2011). O papel dos gestores na demonstração consistente da prioridade da segurança dos trabalhadores é referido enquanto forma de encorajar o desenvolvimento de confiança por parte destes, mas, também, de assegurar que a segurança é um objetivo organizacional chave e assim promover a motivação para comportamentos seguros (Törner, 2011; Wolf-Ridgway, 2011). A identificação de mal-estar e desconforto em trabalhadores de diferentes profissões e a identificação de conflitos entre os constrangimentos provenientes da organização e o funcionamento psíquico dos trabalhadores contribuiu para o alargamento da investigação da relação entre trabalho e saúde mental (Araújo & Rolo, 2011; Dejours, 2011; Ganem, 2011), trazendo diferentes pontos de vista, como por exemplo, o de que o afastamento entre trabalho prescrito e trabalho real pode ser fonte de sofrimento no trabalho (Cohidon, 2009; Ganem, 2011). A diferença entre trabalho prescrito e real implica a diferença entre a tarefa e a atividade. Tal pode levar a que o que se identifica ao nível da tarefa, e do que é suposto fazer, não coincida com os problemas realmente vividos pelo trabalhador, descurando dessa forma aquilo que de facto é o sofrimento que a sua atividade, o seu trabalho, lhe causam. As diferenças em termos de organização de trabalho, e de cultura organizacional parecem justificar, também, desigualdades em termos de ambientes psicossociais no trabalho (Chevalier et al., 2011; Moncada et al., 2010).

Contudo, e como já referimos a grande parte dos estudos procede à identificação de riscos psicossociais e sobretudo às suas consequências para a saúde, bem-estar ou performance dos trabalhadores. Para não se tornar exaustivo em vez de uma descrição detalhada das conclusões vamos agrupá-las, de forma sumária, em função dos assuntos específicos, e mais frequentes, a que dizem respeito. Abordaremos assim, as questões da violência e assédio no trabalho e o conflito trabalho/família. De seguida, iremos

considerar alguns dados relativos ao stresse e ao burnout no local de trabalho e às conclusões de alguns estudos que analisam a variável género.

2.1. A violência e o assédio no trabalho

Muitos estudos abordam questões relativas à violência, agressão, assédio, *mobbing* ou *bullying* no trabalho, recorrendo a trabalhadores de diferentes profissões (polícias, enfermeiros, médicos, por exemplo) ou de diferentes profissões dentro da mesma área (estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, empresas de transportes, por exemplo). A este propósito Luongo, Freitas e Fernandes (2011) falam no conceito de assédio moral (ou bullying) como sendo um fenómeno caracterizado pelo constrangimento, humilhação e violência repetidos e constantes, abrangendo, ainda, a supervisão excessiva, as críticas infundadas, o empobrecimento de tarefas, a sonegação de informações e as perseguições no trabalho.

O assédio e a violência são, também, estudados em relação a variáveis relacionadas com as condições de trabalho, com a organização deste e com as consequências físicas ou psíquicas nos trabalhadores a eles expostos. Os resultados indicam que a maioria dos trabalhadores não refere níveis altos de assédio, mas estes apontam ter experienciado agressão verbal de uma ou múltiplas fontes, sendo as condutas mais experienciadas o bloqueio à comunicação, o desprestígio laboral e a má gestão de conflitos (Carvalho, 2010; Deery, Walsh & Guest, 2011).

Trabalhadores de estabelecimentos de saúde referem ter sofrido assédio laboral (6,2% assédio sexual, 8,7% agressões físicas e 28,3% agressões psicológicas). As mulheres relatam ter sofrido diversas formas de violência em maior proporção que os homens; os trabalhadores mais novos sofreram mais frequentemente violência assim como quem trabalha em estabelecimentos públicos (Acevedo, Farias, Sanchez & Petiti, 2010). Pesquisas feitas com trabalhadores de diversas profissões na Bélgica, na Noruega e nos Estados Unidos revelam que a autonomia nas tarefas não está significativamente relacionada com o bullying, mas a falta de participação nas tomadas de decisão, a subutilização de capacidades, a carga de trabalho excessiva, as exigências cognitivas, as mudanças no trabalho, a insegurança e a ausência de feedback face à realização das tarefas, relacionam-se diretamente com ele (Niedhammer, 2009; Notelaers et al., 2010). A relação entre a exposição à violência no trabalho e alterações em termos de saúde

mental, em trabalhadores Franceses, mostrou que uma exposição mais frequente faz aumentar o risco de sintomas depressivos, que a exposição à violência é um fator de risco, mesmo a que tenha sido sofrida no passado e que testemunhar a violência aumenta esse risco, especialmente em mulheres já expostas à mesma (Niedhammer, 2009).

É afirmada a importância do assédio em função dos prejuízos que pode acarretar para a saúde física e psicológica dos trabalhadores e para as empresas e assinalam-se diferentes tipos de assédio moral no trabalho. Aquele que ocorre pelo comando hierárquico, o assédio moral vertical; o que acontece entre colegas do mesmo nível hierárquico, assédio moral horizontal; por omissão do chefe diante de agressão, assédio moral descendente, ou o assédio moral ascendente, quando o poder se concentra nas mãos dos subalternos tornando-os agressores.

2.2. O conflito trabalho/família

Através das conclusões dos estudos, podemos verificar que a maior parte das intervenções para a resolução deste conflito envolvem mudanças no tempo ou nas horas de trabalho. A adoção efetiva da maior parte das políticas de equilíbrio trabalho/família está associada a uma mudança da cultura organizacional. Por outro lado, identificam-se dificuldades em compatibilizar trabalho e vida profissional, pois em trabalhadores suíços, por exemplo, mais de um, em cada sete, referem essas dificuldades. Estes trabalhadores apresentam um risco relativo, significativo, para perceberem a sua saúde como sendo má, para a expressão de emoções negativas, depressão, baixo otimismo e energia, fadiga e alterações de sono. Na Austrália em trabalhadores de teleatendimento verifica-se que quanto maior o conflito trabalho/vida pessoal maior fadiga e sintomas psicológicos são referidos (Baltes, Zhdanova & Clark, 2011; Bohle, Willaby, Quinlan & McNamara, 2011; Brough & O'Driscoll, 2010; Carral, Fasseur & Santiago-Delefosse, 2009; Hämmig & Bauer, 2009).

2.3. O stresse e o burnout no local de trabalho

Uma das temáticas que mais aparece quando se pesquisa acerca dos riscos psicossociais é o stresse ocupacional ou stresse no trabalho. Esta temática (em associação com o burnout) tem estimulado os investigadores e preocupado organismos nacionais e internacionais. Por exemplo, a OMS, sobre o tema saúde ocupacional publicou, uma série de documentos e entre eles, dois (em 2004 e em 2007) dedicados ao stresse no trabalho. Dos artigos que analisámos, de forma direta ou indireta, esta questão aparece enquanto objeto de estudo. Vejamos algumas das conclusões a que os autores chegaram.

Nos estudos sobre burnout, este é associado a problemas de saúde física ou psíquica, a características ou condições de trabalho ou a atributos pessoais. Verifica-se que uma das dimensões do burnout, a exaustão emocional, é diretamente associada ao absentismo, à intenção de deixar o local de trabalho, à alienação e ao consumo de bebidas alcoólicas. A exaustão emocional (mais do que as outras duas dimensões, que são o cinismo e a baixa eficácia profissional) foi observada em profissionais de forças de segurança pública e de segurança prisional que relataram experiências profissionais mais negativas. Resultados semelhantes foram obtidos em militares da Guarda Nacional Republicana, onde o maior desejo de abandonar o emprego, bem como o maior cinismo se observa nos mais velhos e/ou mais experientes (Afonso & Gomes, 2009; Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009; Salanova & Llorens, 2011).

A relação entre stresse e alterações físicas mostra (em alguns estudos) resultados significativos e nos estudos longitudinais há evidência de consistência temporal dos sintomas (Nixon, Mazzola, Bauer, Krueger & Spector, 2011). Por outro lado, observa-se uma correlação negativa entre a autonomia profissional e o stresse ocupacional (Pisljar, Lippe & Dulk, 2011; Siegrist et al., 2010).

Nos enfermeiros o stresse ocupacional aparece com valores altos embora a sua relação com problemas de saúde não seja significativa. Em Portugal as experiências de stresse são verificadas em menos de metade dos enfermeiros, sendo que os maiores valores de stresse e as reações mais negativas ao trabalho, por via deste, acontecem no sexo feminino, nos enfermeiros mais novos e com menor experiência, nos com contratos a prazo, nos que trabalham por turnos ou que trabalham mais horas. Pesquisas que comparam enfermeiros e médicos concluem pela maior incidência de stresse nos

primeiros. Os principais fatores de pressão quer nos enfermeiros, quer nos médicos correspondem às dimensões “lidar com os clientes” e “excesso de trabalho” (Gomes et al., 2009; Ribeiro, Gomes & Silva, 2010).

Num estudo em professores do ensino básico, portugueses, quase metade (45%) consideram a profissão como muito stressante e a exaustão emocional foi a dimensão mais prevalente na experiência de burnout. Professores mais novos, a lecionarem a alunos mais velhos, com vínculo laboral mais instável e com mais horas de trabalho apresentam maior stress, despersonalização e menor satisfação e realização pessoal e profissional e menor comprometimento organizacional. Em professores do secundário, verificaram-se valores significativos de stress ocupacional e de burnout, vários problemas de saúde física e insatisfação profissional, maior stress nas mulheres, nos professores mais velhos, nos com vínculos mais precários, nos professores com mais horas de trabalho e com mais alunos em sala de aula (Correia, Gomes & Moreira, 2010; Gomes, Montenegro, Peixoto, & Peixoto, 2010).

Estes dados, embora relatando alterações na saúde, constituem um conjunto de conclusões que devem ser encaradas como um alerta para a importância de atender aos fatores relativos às condições e à organização de trabalho enquanto desencadeadores, ou potenciadores, de consequências para diferentes trabalhadores.

2.4. A variável género a propósito dos riscos psicossociais

Diversos estudos associam o facto de se ser homem ou mulher às perceções em termos de riscos psicossociais, ao bullying, à violência, ao burnout, ao conflito trabalho/família e a determinadas características e condições de trabalho. Assim, homens e mulheres percebem diversamente, diferentes exigências e falta de recursos no local de trabalho que afetam diferencialmente o seu conforto e bem-estar psicossocial. Em termos de burnout, a rotina no trabalho e a falta de autonomia e apoio social são fatores que, aparentemente, afetam as mulheres e não os homens. Tanto a homens como a mulheres afeta o facto de terem ou não apoio da família e conflitos entre esta e o trabalho. Afeta-os que família e trabalho sejam, ou não, compatíveis. Existem diferenças tanto na qualidade, como nas repercussões sobre a saúde, dos fatores psicossociais em função de ser homem ou mulher, concretamente são os homens que sofrem um maior risco e maiores danos (Cifre et al., 2011).

Em polícias inglesas não foram encontradas diferenças de género no que diz respeito aos níveis de violência por parte do público ou de colegas de trabalho, mas existem diferenças entre homens e mulheres relativamente ao impacto de diferentes tipos de exposição a comportamentos violentos, no bem-estar. Ao serem relacionadas as alterações de ansiedade, do humor e de adaptação com a presença de bullying em trabalhadores italianos verificou-se que a severidade de bullying era maior nos homens do que nas mulheres e que no sexo masculino, as alterações psiquiátricas estão mais correlacionadas com o bullying no local de trabalho (Nolfe et al., 2010; Santos, Leather, Dunn, & Zarola, 2009).

Através da comparação entre trabalhadores Ingleses, Finlandeses e Japoneses constatou-se que as mulheres, mais que os homens, tendem a ter desvantagens em termos de características do trabalho (categoria profissional mais baixa, menor controle de trabalho, exigências laborais mais altas, e mais horas de trabalho). Verificou-se, ainda, que quanto maior são as diferenças entre homem e mulher no que diz respeito às características de trabalho, mais diferenças existem, entre sexos, face à saúde (Sekine et al., 2011).

Relativamente ao suporte social e às diferenças na sua procura Haggard, Robert e Rose (2010) estudam os comportamentos de discussão excessiva de problemas no local de trabalho e concluem que as mulheres se envolvem mais em discussões excessivas do que os homens. A supervisão abusiva exacerba os efeitos negativos dessa discussão, para as mulheres, enquanto para os homens a mesma foi associada à redução dos efeitos negativos. No entanto, a supervisão abusiva baixa foi relacionada com resultados negativos, somente, para os homens.

Em Portugal, alguns estudos abordam, também, a questão do género, nomeadamente em motoristas de transportes rodoviários e em agentes da polícia de segurança pública. Sendo dois grupos profissionais onde o trabalho é tipicamente masculino, as diferenças de género são ainda mais pertinentes. Assim, no caso das motoristas são referidas como problemáticas a atipicidade e a imprevisibilidade dos horários. A incerteza quanto ao que a gestão do tempo vai acabar por exigir, coloca grandes dificuldades a todos os motoristas mas, particularmente, às mulheres, considerando as maiores exigências de disponibilidade para a atividade profissional mas também para as responsabilidades domésticas e familiares que parecem existir no seu

caso. As mulheres parecem sofrer uma maior pressão do que os homens no que diz respeito ao esforço de conciliação da vida profissional com a vida pessoal, nomeadamente, na elaboração de estratégias que lhes facilitem essa conciliação. As estratégias que parecem colocar mais desafios são as relacionadas com a guarda dos filhos. Na polícia de segurança pública, são, mais frequentemente, as mulheres que, ao justificar opções profissionais mais compatíveis com as responsabilidades domésticas e com a manutenção do equilíbrio familiar, argumentam com o medo dos riscos e as estratégias de preservação do bem-estar pessoal e dos que estão aos seus cuidados. O trabalho por turnos e a imprevisibilidade constante do horário de trabalho, são vistos como pouco compatíveis com a preservação do bem-estar e, juntamente com o stress e os riscos vivenciados no quotidiano profissional, influenciam a disponibilidade temporal e emocional para as relações da esfera pessoal e familiar (Castelhano, Santos, & Lacomblez, 2010; Silva et al., 2010).

Adicionalmente ao conhecimento obtido, através desta revisão sistemática, constatámos a ausência quase total de análises da atividade de trabalho. Estas permitiriam um conhecimento dos contextos de trabalho dos diferentes trabalhadores, pois, embora importantes, os dados relativos ao trabalho, sem serem contextualizados, permitem caracterizações genéricas, mas não aprofundadas desses mesmos contextos. Por outro lado, reconhecemos ser necessário ir um pouco mais atrás no tempo e proceder a uma pesquisa mais alargada, utilizando o termo “riscos psicossociais” para enquadrar melhor o estudo deste tipo de riscos. Procedemos, então, a uma pesquisa sem critérios de limite temporal.

3. Riscos Psicossociais: Um Pouco de uma História que vem de Longe

Os primeiros estudos que encontrámos remontam ao início do século XX (entre 1911 e 1914) e abordam, relativamente ao trabalho, os efeitos dos fatores físicos e psicológicos na fadiga. Tratam, também, dos efeitos da fadiga (por exemplo, nos processos fisiológicos), da sua natureza, da fadiga mental, da fadiga na escola e na indústria, bem como da identificação das implicações sociais da fadiga (Strong & Edward, 1914). Sobre o mesmo tema, Max Offener, em 1910, escreve o livro “*Die geistige Ermüdung*” (a fadiga mental) que sumariza investigações acerca da fadiga e a aplicação dos resultados, decorrentes dessas investigações, ao trabalho na escola. O autor fornece

sugestões e cita experiências em diferentes escolas alemãs com o objetivo de rever os métodos de ensino, a organização do estudo e o número e duração de horas de aulas de acordo com as leis da fadiga (Yoakum, 1910).

Um olhar ao percurso histórico da psicologia do trabalho transporta-nos aos primeiros estudos feitos na europa, durante a primeira guerra mundial, sobre a fadiga no trabalho. Estes estudos, realizados nas fábricas de armamento onde trabalhavam mulheres e homens demasiado novos ou demasiado velhos para estarem a combater, debruçaram-se sobre o estado físico e sobre a duração do trabalho. Pesquisas iniciadas em 1910 por Jean-Maurice Lahy sobre datilógrafas e prosseguidos por outros autores em outras profissões (por exemplo, condutores de locomotivas, radiotelegrafistas) foram marcadas por uma fase de análise da situação no terreno na qual quem analisa tem de estar profundamente implicado (Leplat, 1993).

Na década de 20, o *National Institute of Applied Psychology* e o *Industrial Fatigue Research Board* tinham entre os grandes temas a estudar a fadiga e os efeitos do trabalho repetitivo originado pela aplicação sistemática do taylorismo nas indústrias têxteis e de construção automóvel (Lévy-Leboyer & Sperandio, 1987). Os estudos de psicologia do trabalho acerca das condições de trabalho foram rareando a partir dos anos 30, principalmente, devido à segunda guerra mundial (Lévy-Leboyer & Sperandio, 1987).

Na década de 40, Suzanne Pacaud, após a segunda guerra mundial, publica diversas pesquisas sobre a análise (psicológica) do trabalho e a observação participante. Destaca-se em 1946 o estudo acerca do trabalho dos trabalhadores de *gare* (*Researches sur la sélection psychotechnique des agents de gare dits "facteurs enregistrants"*) onde a autora abordava a análise da atividade destes trabalhadores relativamente à segurança e ao serviço prestado aos passageiros e bagagens. Em 1949 Pacaud estuda o trabalho de telefonistas (*Researches sur le travail des téléphonistes. Etude psychologique d'un métier*) onde analisa e categoriza as dificuldades das telefonistas da época (Wisner, 1996). Pacaud defende que o psicólogo não se deve contentar em descrever o trabalho, deve ele próprio aprender a profissão, com o objetivo de através dessa aprendizagem ter uma base para a análise psicológica do trabalho (Leplat, 1993).

Em 1955, a contribuição de Ombredane no livro "*L'analyse du travail*" foca-se essencialmente sobre as análises do trabalho, sublinhando as dificuldades e obstáculos

da passagem das exigências da tarefa à sua execução, ou seja o facto de por um lado se encontrar a perspectiva das exigências da tarefa e por outro, as atitudes e sequências operacionais através das quais os indivíduos observados respondem realmente a essas exigências (Ombredane & Faverge, 1955).

Na sequência de programas de pesquisa sobre a segurança do trabalho lançados pela CECA (Comunidade Europeia do Carvão e do Aço), Leplat defendeu a propósito dos acidentes de trabalho que estes não eram fenómenos estritamente circunscritos, mas expressões de um certo modo de funcionamento do sistema. O entendimento, que surgiu dessas pesquisas foi que esses acontecimentos não se podem atribuir a um só fator, ou seja, múltiplas componentes se combinam e numa conjuntura favorável dão origem à ocorrência de erros e acidentes. Por outras palavras estes erros e acidentes são meios ao serviço da análise do trabalho. Nesta nova perspectiva a análise não está, já, orientada para a explicação do acontecimento, mas são os acontecimentos que a orientam (Silva, 2006).

Na década de 70 encontram-se pesquisas que mais uma vez abordam o tema do stresse no trabalho. As relações entre conceito, o suporte social e a personalidade são estudadas por autores que, também, se debruçam sobre a análise dos moderadores situacionais da relação entre a ambiguidade de papel e insatisfação no trabalho, como sejam a coesão grupal, o suporte do supervisor e a autonomia (Beehr, 1976; Caplan, Cobb & French, 1975). Lacunas na formação profissional são apontadas como sendo fonte de stresse e são analisadas características do ambiente de trabalho que parecem influenciar o processo de *coping* (tamanho, carga de trabalho e clima social), em profissionais que iniciam as suas carreiras em instituições públicas (Cherniss, Egnatios, & Wacker, 1976). A influência do stresse grupal na utilização, por parte de supervisores, de estilos autoritários de liderança e de poder foi estudada por Fodor (1976) e as relações entre stresse ocupacional e suporte social, por parte de colegas e chefias, são abordadas por La Rocco e Jones (1978). Iavicoli cita Griffiths (1995); Karasek (1979) e Siegrist (1996), para afirmar que após os anos setenta, a investigação fornece uma quantidade crescente de elementos que mostram os efeitos dos fatores psicossociais sobre a saúde física e mental dos trabalhadores e que inúmeras definições e modelos teóricos são elaborados com vista à sua avaliação e mensuração (Iavicoli, 2014).

Na década de 80, alguns estudos analisam a relação entre as alterações nas interações de trabalhadores, provocadas por alterações no local de trabalho e as características do trabalho, esforço e satisfação no trabalho (Szilagyi, Andrew & Holland, 1980). Também, a relação entre as expectativas dos papéis familiares e no trabalho com o stresse e tensão, em professores de escolas básicas e secundárias (Cooke & Rousseau, 1984) e, ainda, o stresse na vida e no trabalho em mulheres e homens e a relação entre stresse e suporte social e as diferenças de sexo no stresse ocupacional (Etzion, 1984; Ganster, Fusilier & Mayes, 1986; Martocchio & O’Leary, 1989). Em 1985, num artigo, é feita a resenha de um livro acerca da gestão do trabalho que aborda, entre outros, os papéis deste e da família e o stresse ocupacional (Hooper, 1985). Kahill (1988) faz uma revisão da literatura (entre 1974 e 1984) acerca de sintomas de burnout.

Nos anos 90, alguns autores investigam o papel do ambiente psicossocial de trabalho na saúde e na doença cardiovascular (Kasl, 1996). São também investigadas as relações entre a gestão de tempo; a sobrecarga de trabalho; as respostas de stresse fisiológico e psicológico, o conflito trabalho-família e o impacto psicológico dos horários de trabalho e da participação nas tarefas familiares em casais com dupla carreira profissional (Adams & Jex, 1999; Chénier, Cyr & McDuff, 1999; Fox & Dwyer, 1999; Lundberg & Frankenhaeuser, 1999). Em 1999 encontramos um estudo onde é, especificamente, colocada a expressão fatores de risco psicossocial relacionados com o trabalho. Esta pesquisa procura relacionar esses fatores com os problemas músculo-esqueléticos e, retrospectivamente, avalia 485 trabalhadores, concluindo que os níveis de exposição a fatores psicossociais reportados são baixos, destacando-se, no entanto, dois: relações sociais pobres e pouca influência sobre as condições de trabalho (Thorbjörnsson, Michélsen & Kilbom, 1999). Nesta década, bem como na que se lhe segue, diversos autores, nacionais e internacionais, continuam a dedicar-se à investigação, adotando diferentes pontos de vista, da temática dos riscos psicossociais (Dollard, Skinner, Tuckey, & Bailey, 2007; Jiménez, 2011; Salanova, 2005; Schaufeli & Salanova, 2002; Sevilla, Gestoso, & Rubio, 2006; Yip, 2002).

As questões e os objetivos dos estudos mencionados, de uma forma geral, refletem, no que diz respeito à saúde no trabalho, que preocupações com questões “não meramente físicas” ocupam os autores desde há décadas. Por outro lado, e como pode ser verificado, a maioria das investigações realizadas centra-se nas consequências, ditas

psicossociais, do trabalho, relacionando-as com variáveis pessoais e situacionais. Podemos, da mesma forma, verificar que a questão do stresse esteve sempre muito presente em termos de constructo a avaliar. Cabe aqui lembrar algo que já anteriormente referimos, ou seja, a associação do termo risco psicossocial ao vocábulo stresse e como muitas vezes, essa associação criou (cria!) “ruído” no estudo e avaliação desses riscos.

Mais recentemente, investigações de Bultmann et al. (2002); Cantera et al. (2008); Kerr et al. (2001) e Notelaers et al. (2010), entre outras, concluem que questões ligadas à organização do trabalho, às condições de trabalho, ao envelhecimento da população ativa e à precarização e insegurança no emprego, são fontes de riscos psicossociais e responsáveis pelo aumento da incidência de problemas algícos, músculo-esqueléticos, cardíacos, abuso de substâncias, infeções, conflitos e violência dentro (e fora) do local de trabalho, depressão e ansiedade. Outros estudos mostram que o nível de riscos psicossociais determina, de forma considerável, a situação de saúde dos trabalhadores, nomeadamente em termos mentais (De Lange, Taris, Kompier, Houtman & Bongers, 2004).

Questões mais específicas como, por exemplo, a análise da incidência e impacto da violência sobre trabalhadores e as suas perceções acerca do ambiente psicossocial de trabalho são, também, abordadas, com conclusões que assinalam o aumento desse comportamento em instituições onde as perceções dos trabalhadores apontavam para um ambiente social pobre, muita pressão, tarefas difíceis e pouca clareza nos papéis desempenhados (Agervold & Andersen, 2006).

4. Síntese Conclusiva

Dos resultados analisados, na revisão sistemática, surgem asserções, que eram expectáveis, como por exemplo, o facto de as mulheres que trabalham em profissões ligadas à saúde apresentarem maiores níveis de stresse, assim como o facto de nos professores existirem índices de stresse e exaustão emocional elevados. De facto, estes dados correspondem a determinados modelos que associam o stresse ao cuidar de outros. A presença de stresse nos enfermeiros ser maior do que nos médicos e estes apresentarem maior satisfação e realização profissional, são dados que, também, não

surpreendem face ao contexto social e cultural que preconiza diferentes estatutos a estes dois grupos profissionais.

Outros dados, contudo, suscitam maior reflexão. Nos estudos com professores, aparece a idade como estando relacionada com o stresse e o burnout, assim como aparece associada à violência, mas essa relação não é uniforme. Ou seja, se nuns casos são trabalhadores mais jovens, os mais atingidos pela violência, assédio ou stresse, há casos em que é exatamente o contrário, são os mais velhos. Obviamente que esta disparidade poderá ter explicações em função da população estudada e das condições e características da atividade desenvolvida, mas não deixa de ser estimulante procurar o seu real enquadramento.

Alguns resultados apelam a investigação mais aprofundada. Se a homens e mulheres afeta, em termos de saúde, não terem apoio familiar, bem como os conflitos entre a sua vida privada e laboral é inesperado que o mesmo não aconteça em relação à rotina no trabalho, à falta de autonomia e de apoio social, que aparentemente afetam as mulheres, mas não os homens. No seguimento é, ainda, mais intrigante que, sejam os homens a sofrer maiores riscos e mais danos, em termos de saúde, decorrentes de fatores psicossociais.

É importante a sugestão da realização de estudos para entender a natureza, causas e consequências da agressão no local de trabalho e a investigação, em testemunhas de violência, das consequências desse testemunho bem como nesta área (e noutras) a realização de estudos de *follow-up*, que permitam perceber a consistência temporal dos seus efeitos, bem como a despistagem de os mesmos serem devidos a outros fatores, que não os estudados, ou que se verifiquem pontualmente. Por último, parece ser pertinente, a relação forte entre constrangimentos organizacionais, horas de trabalho, carga de trabalho, conflitos de papel e interpessoais e um conjunto de sintomas físicos.

Com a revisão sistemática, tentámos mostrar de forma sucinta o que a investigação acerca dos riscos psicossociais tem acrescentado ao conhecimento acerca dessa temática. Encontrámos abordagens diferentes dos riscos psicossociais, da sua avaliação e teorização. Como referimos, muitos estudos adotam uma abordagem de avaliação das consequências desses riscos para os trabalhadores, constatando alterações do ponto de vista da sua saúde. Embora não sendo a única (e talvez não a melhor) forma

de avaliar o peso deste tipo de risco na saúde dos trabalhadores, ela é importante (e muito mais na falta de outras), mas deve ser complementada com uma avaliação cuidadosa dos resultados a que chega e das metodologias a que recorre. De facto, em termos metodológicos, a avaliação dos riscos psicossociais parece ser feita recorrendo, maioritariamente, a escalas e questionários, que medem variáveis associadas às repercussões ou consequências destes riscos²¹. Esta realidade levanta uma questão pertinente, referida por diversos autores, e que é a necessidade de pesquisas qualitativas. Numa minoria dos estudos que analisámos são utilizadas metodologias qualitativas, como sejam as entrevistas individuais a trabalhadores e chefias, os grupos de discussão, a observação de processos de trabalho, a consulta e análise documental e as *checklists*.

A utilização deste tipo de metodologias, sejam entrevistas, observação ou outras, responde à necessidade de complementar os dados recolhidos com informação que não seja decorrente de escalas ou questionários. Esta informação qualitativa poderá dar um contributo em termos de uma maior riqueza e profundidade dos dados, de aproximação ao terreno e à realidade dos trabalhadores, ao seu “vivido”, à sua atividade concreta e à perceção das circunstâncias reais do seu trabalho. Por outro lado, as metodologias qualitativas podem evitar, ou pelo menos minimizar, o efeito de deseabilidade social que ocorre recorrentemente na aplicação de questionários ou instrumentos idênticos (a resposta que é dada em função do que se percebe que o investigador pretende e daquilo que o respondente pensa ser o mais “comum” no tipo de respostas que as pessoas dariam). Acresce que a quantificação de problemas e a identificação de situações de trabalho de maior risco é importante, mas as clarificações numa perspetiva mais qualitativa poderão permitir considerar soluções, porventura melhores e mais eficazes soluções, tanto a nível individual como coletivo. Por outro lado, quaisquer que sejam as metodologias consideradas, nenhuma pode substituir o conhecimento da atividade concreta, nem pôr de lado o protagonismo dos atores no terreno, quando se pensa na intervenção sobre condições de trabalho e a sua influência na saúde dos trabalhadores.

²¹ Não deixa de ser intrigante que, por exemplo, a propósito do stress ou do burnout, se encontrem taxas elevadas de trabalhadores a referi-los e que, apesar de tudo, continuem a trabalhar. Não pondo em causa as alterações de saúde associadas a estes problemas parece-nos ser necessário analisar se os instrumentos de avaliação utilizados não são potenciadores de, pelo menos, parte destes relatos.

A resenha histórica a que procedemos permite tecer algumas considerações. Em primeiro lugar, a confirmação de que os riscos psicossociais não são uma realidade somente dos dias de hoje, ou seja, avaliações relativas ao trabalho que incidem em questões que vão para além das componentes físicas e mais facilmente observáveis têm sido realizadas desde há muitos anos. Por outro lado, a confirmação da pouca precisão que está associada ao termo e à temática, na medida em que é utilizado para o seu estudo um conjunto, mais ou menos, indiscriminado de conceitos. Estudar fatores que não sejam físicos, químicos ou biológicos, a montante do trabalho, que podem configurar razões para a existência de riscos para a saúde ou alterações de saúde físicas e não físicas pode, de acordo com o que vimos, configurar um estudo acerca dos riscos psicossociais.

Por último, e a propósito desta temática, podemos constatar que a preocupação com a atividade real de quem trabalha e a necessidade de atender à mesma para o estudo e análise do trabalho têm sido espelhadas por muitos autores ligados à psicologia do trabalho. Assim, não podendo deixar de considerar a importância de atender ao que ao longo dos tempos se tem realizado e estudado no que diz respeito aos riscos psicossociais, nem deixar de atender, para melhor compreender esta temática, aos contextos sociais, económicos e laborais, bem como a todas as alterações que nos mesmos têm acontecido, estes resultados ficaram um pouco aquém da nossa expectativa. Por um lado, mostram mais preocupação com um conjunto de consequências, que supostamente derivam da existência de riscos psicossociais, do que com quais são esses riscos, de que fatores estão dependentes, que ações se podem pôr em curso para os modificar. Por outro lado, fogem ao ponto de vista que defendemos. Ou seja, maioritariamente, passam ao lado da análise da atividade dos trabalhadores e da avaliação das formas como estes lidam com circunstâncias adversas. Não se vislumbra, também, uma definição concreta deste tipo de riscos, nem o que é que o seu estudo deve privilegiar.

Após estas lições, o caminho a seguir é tentar clarificar conceitos e tentar construir um caminho metodológico que permita estudar riscos psicossociais de uma forma eficaz e que sirva os propósitos da melhoria das condições de trabalho e da saúde do trabalhador.

CAPÍTULO V. RISCOS PSICOSSOCIAIS: UMA PROBLEMÁTICA, DIFERENTES ABORDAGENS

1. Procurando Consensos e Analisando Conceitos

1.1. Riscos psicossociais: uma problemática a definir

Como tentámos documentar no capítulo precedente, o termo riscos psicossociais é utilizado, frequentemente, das mais diversas formas, em diferentes circunstâncias e contextos, por distintas entidades e associado de formas díspares a diversos acontecimentos e conceitos. Como aí destacámos, as questões mais abordadas nos estudos realizados são o tipo de riscos psicossociais e as suas consequências (muitas vezes usados como sinónimos), o que parece ser um predomínio de abordagens mais focadas em problemas que resultam de hipotéticos riscos dos quais se desconhece a origem, em detrimento dos fatores que os podem explicar.

Justifica-se, então, a oportunidade de questionar o que são, afinal, riscos psicossociais, ou de que se fala quando se aplica esta expressão. Na ausência de uma definição consensual resta analisar as diferentes interpretações utilizadas e a sua adequação.

Já nos referimos a propósito de uma eventual maior visibilidade dos riscos psicossociais à associação desta expressão com o termo stresse, de tal forma que a primeira passa, em algumas circunstâncias, a ser como que uma extensão do segundo vocábulo. A literatura epidemiológica, por exemplo, fornece elementos, para muitos, convincentes, sobre os efeitos na saúde dos riscos psicossociais no trabalho. Os mecanismos etiológicos suscetíveis de explicar a associação entre os riscos psicossociais e os indicadores de saúde são os efeitos dos stressores de tipo psicossocial, que na literatura são associados a problemas cardiovasculares, de saúde mental e músculo-esqueléticos (Gollac & Bodier, 2011).

Retornando à associação dos dois termos, é verdade que a noção de risco psicossocial, ao contrário do termo stresse, não tem um perímetro terminológico bem definido, implicando conceitos “permeáveis” que designam, quer as causas de origem profissional, qualificadas como riscos profissionais, quer os efeitos sobre a saúde (stresse, assédio, violência, burnout, etc.). A esta imprecisão semântica juntam-se dificuldades epistemológicas e metodológicas, pois estes riscos encontram-se no cruzamento das esferas pessoal e profissional estando ligados a alguma subjetividade e a dificuldades de validação (Valléry & Leduc, 2012). Ou seja, a dificuldade de clarificação do conceito pode derivar do facto de este ser composto por elementos heterogéneos

para os quais é difícil quer encontrar uma “família”, quer ligações claras que não se assemelhem a uma espécie de labirinto.

Na verdade, a noção de riscos psicossociais parece ter pouca consistência científica e não há um consenso real sobre a sua definição. Estes riscos são evocados, muitas vezes, antes que um real diagnóstico das situações em questão tenha sido conduzido; fala-se deles de forma confusa alternando entre riscos, problemas, patologias ou questões psicossociais e trabalha-se em caminhos sensivelmente diferentes (Clot, 2010; Dugué & Petit, 2014). Não há consenso sobre a forma de conceber e tratar os riscos psicossociais no trabalho, assim como não existe uma teoria consensual ou uma análise de como diferentes ciências abordam a questão (Gollac & Bodier, 2011).

Observemos uma questão simples: a linearidade causal que liga uma causa a uma consequência não é, no caso dos riscos psicossociais, fácil de encontrar. Acresce que um caso de stresse profissional, por exemplo, pode surgir de uma situação de assédio. Tal traduz, mais uma vez, a complexidade destes riscos, característica que os diferencia dos outros tipos de riscos profissionais. Os riscos físicos, químicos ou biológicos possuem, aparentemente, um esquema muito mais linear de causa/consequência. Determinados elementos materiais, observáveis, aumentam a probabilidade de uma lesão, por exemplo, um pavimento molhado aumenta a probabilidade de queda. Existe assim, a possibilidade de prever, fazer uma leitura futura, o que não acontece relativamente aos riscos psicossociais cujo aparecimento é muito dificilmente previsível. Ou seja, ao contrário de outros tipos de riscos, os psicossociais podem verificar-se em qualquer contexto, não sendo muitas vezes possível determinar a que nível um risco psicossocial pode gerar um dano específico.

O risco psicossocial pode permanecer latente muito tempo, não sendo muitas vezes claro que tipo de dano (e qual o seu grau) é por ele causado. Simultaneamente as suas causas podem ser múltiplas e inexatas (Rick & Briner, 2000). Por outro lado, um risco de queda de um objeto, salvo em casos excepcionais, não interfere com outros tipos de riscos. Isto é, os elementos que compõem os riscos profissionais são relativamente independentes, com exceção e, contrariamente, ao que acontece com os psicossociais. Mas reduzir estes riscos a um termo mais “preciso” ou bem definido, o que de forma simplista, pode ser uma tentação, como seja o de stresse, não é uma solução, entre

outras razões, porque quando se pretende avaliar, se está a tomar o todo pela medida de um só dos seus, possíveis, componentes.

1.2. Algumas definições e o que as mesmas nos dizem

A noção de riscos psicossociais é operacionalizada de forma diferente pelas diferentes disciplinas e por diferentes autores, em função dos seus próprios conceitos e teorias. Embora a definição deste tipo de riscos, reflita essa mesma diversidade, destacamos alguns exemplos organizados temporalmente: a Organização Internacional do Trabalho, em 1986, descreve os fatores psicossociais no trabalho como sendo fatores suscetíveis de influenciar a saúde, o rendimento e a satisfação no trabalho e que consistem em interações do ambiente de trabalho, do conteúdo, da natureza e das condições de trabalho, por um lado, e as capacidades, necessidades, cultura e condições de vida do trabalhador fora do trabalho, por outro (International Labour Office, 1986).

Os riscos psicossociais são, para Cox e Cox (1993) os que resultam das interações do conteúdo do trabalho, da organização do trabalho, dos sistemas de gestão e das condições ambientais e organizacionais, por um lado, e as competências e necessidades dos trabalhadores por outro, interações essas que podem gerar riscos para a saúde dos trabalhadores através das suas perceções e experiências.

Para Cox e Griffiths (1995) os riscos psicossociais são todos os aspetos do desenho e gestão do trabalho e dos contextos social e organizacional que têm potencial para causar danos físicos ou psicológicos.

Ocaña e Rodríguez (2010) agrupam os riscos psicossociais em função da ausência, escassez ou excesso de determinadas condições em termos do trabalho e das quais advêm consequências para a saúde do trabalhador, a saber, o excesso de exigências psicológicas do trabalho; a falta de influência e de desenvolvimento no trabalho; a falta de apoio social e qualidade de lideranças; as escassas compensações do trabalho; a falta de respeito; a insegurança; a mobilidade; a injustiça; a inexistência de reconhecimento, para além da dupla presença e dupla responsabilidade face ao trabalho doméstico e familiar.

Para Jimenez (2011) os riscos psicossociais no trabalho são situações laborais que têm uma alta probabilidade de afetar gravemente a saúde física, mental ou social

dos trabalhadores. Gollac e Bodier (2011)²² fazem referência aos riscos psicossociais como sendo os riscos para a saúde criados pelo trabalho através de mecanismos sociais e psíquicos.

Por sua vez, Karlsen (2014) diz que o conceito de risco psicossocial assenta na ideia que é possível concetualizar as interações humanas do ponto de vista do risco e que o seu conceito é entendido como o risco de desenvolver estados mentais nocivos como a angústia, a ansiedade, a insónia e o esgotamento, ou seja, o risco de desenvolver uma má saúde mental.

Reflitamos no conteúdo das definições que acabámos de expor. A alusão definidora dos riscos psicossociais ora é feita através da expressão risco psicossocial ora fator de risco psicossocial. Faz-se menção, para os definir, que estes riscos são: situações laborais; riscos criados através de mecanismos sociais e psíquicos; aspetos de desenho e gestão; resultado de interações ou agrupamento de condições cuja presença rareia ou é excessiva. O conjunto das definições é unanime em estabelecer uma relação entre estes e a saúde. Contudo, nem a propósito dessa relação o consenso existe. É referido que são riscos para a saúde; riscos que têm alta probabilidade de afetar a saúde; dos quais advém consequências para esta; que têm potencial para danos físicos ou psicológicos ou que são suscetíveis de influenciar a saúde. O que é, ou pode ser, afetado, de acordo com os autores, é a saúde, mas, também, a saúde física, mental ou social, o rendimento e a satisfação ou o estado mental/saúde mental. Estes exemplos retratam bem o que temos vindo a dizer, resumidamente, falta de consenso e variabilidade em “excesso”.

A este propósito, Clot (2010), vai mais longe afirmando que, do ponto de vista do significado, estes riscos são imediatamente requalificados em stresse (os dois termos funcionam como sinónimos). Inclusive “é o stresse que funciona como traço de ligação: é através dele que o sofrimento acontece nos riscos psicossociais” (p.43, tradução livre). Partilha ainda da análise de Daniellou que a propósito da interpretação destes riscos afirma que se fala deles como se se tratasse de uma nuvem tóxica que paira sobre as empresas ou alguns dos seus componentes e que afeta alguns dos trabalhadores,

²² Esta definição, de Gollac e Bodier, bem como outras, dos mesmos autores, a que faremos referência mais adiante nesta dissertação, resultam de um relatório produzido por um colégio de peritos constituído a pedido do ministro do trabalho francês, no seguimento da conferência sobre as condições de trabalho, em 2007, com vista à monitorização de riscos psicossociais no trabalho.

fundamentalmente, aqueles cujas características pessoais os tornam mais frágeis (Daniellou, 2009; Miossec et al., 2014).

Gollac e Bodier (2011) refletem, igualmente, acerca das dificuldades da definição deste conceito. Reafirmando a pouca unanimidade sobre a forma de conceber e tratar os riscos psicossociais no trabalho, fazem uma análise de como as diferentes disciplinas enfatizam a questão. Para os autores, a ênfase é colocada na organização do trabalho e, de maneira menos unânime, em outros aspetos sociais e económicos do trabalho, como o estatuto ou a remuneração. Consideram, então, como sendo pertinente estudar, especificamente, os aspetos sociais do trabalho e o seu impacto sobre o psiquismo dos indivíduos mesmo que esses aspetos sociais possam interagir, também, com as condições físicas do trabalho. Consideram, igualmente, que deve ser dada importância tanto aos efeitos dos aspetos sociais do trabalho sobre a saúde mental, como sobre outras formas de saúde. Convocam, também, para esta análise a noção de risco. Afirmam que o mesmo compreende dois elementos; por um lado, a probabilidade de um acontecimento gerar consequências negativas; por outro, a severidade dessas consequências. Ou seja, o conceito de risco profissional (e por conseguinte o de risco psicossocial?) faz referência à relação entre a exposição aos perigos do trabalho e os prejuízos que esta exposição é suscetível de gerar. Confirmam, no entanto, e a exemplo de outros autores que já referimos, que no caso dos riscos psicossociais, são muitas vezes designadas condições que misturam causas e consequências: stresse, assédio moral, violência, sofrimento, suicídio, depressão, problemas músculo-esqueléticos, etc.

Por outro lado, estes últimos autores, referem-se ao termo psicossocial como tendo dois significados bem diferentes. Em determinadas perspetivas é relativo ao dano (e de acordo com esta conceção, os riscos psicossociais são aqueles que se concretizam em problemas psicológicos e eventualmente em problemas sociais). Outro significado para o termo psicossocial é o de que são as causas do risco que são psicossociais; o risco é criado pela interação de uma situação social (organização, estatuto, condição económica) com o psiquismo. Consequentemente, estes dois significados, só por si, implicam duas formas diferentes de interpretar o risco psicossocial. Todavia, como o conceito de risco faz referência à relação entre a exposição aos fatores de risco, por um lado, e aos danos por outro, valorizar unicamente os danos é redutor, e deve ser descartada a avaliação dos mesmos por essa via, dado que esses danos não são

específicos de riscos psicossociais, quer se tratem de problemas de saúde física, mental ou social.

Ou seja, e por outras palavras, o que faz com que um risco para a saúde no trabalho seja psicossocial, não é a sua manifestação, mas sim a sua origem. De facto, face à expressão riscos psicossociais quer a utilização do vocábulo risco, quer a sua associação ao stresse trouxe (e mantém) algumas das imprecisões e misturas acerca deste tipo de riscos, fundamentalmente a não distinção entre o que é o risco e o que são as suas consequências. Essencialmente, nem a noção de risco psicossocial é sinónima da de stresse, nem os riscos psicossociais podem ser definidos ou confundidos com as consequências a que dão origem.

1.3. Riscos psicossociais ou fatores psicossociais (de risco)?

No âmbito de definições e significados não podemos passar ao lado da questão da diferença entre riscos e fatores de risco quando se versa o psicossocial.

Retornando à análise de Gollac e Bodier (2011) e ao significado de risco, se este é o produto de uma exposição a determinados fatores e das suas consequências sobre o indivíduo, então não é o risco que traz a “marca psicossocial”, mas sim os fatores suscetíveis de provocar as alterações de saúde. Assim, os danos não são exclusivos e como tal não podem reclamar o vocábulo psicossocial. Somente os fatores de risco são suscetíveis de transportar esse traço psicossocial. Não é o risco que comporta qualquer especificidade (nem as consequências são específicas), mas unicamente o fator de risco.

Por conseguinte, advogam uma definição mais completa e que esclarece o que se acabou de afirmar, a saber: os riscos psicossociais são os riscos para a saúde mental, física e social, originados pelas condições de trabalho e pelos fatores organizacionais e relacionais suscetíveis de interagir com o funcionamento mental. Acrescentam a esta definição que o que se entende por funcionamento mental é relativo tanto a fenómenos cognitivos como a fenómenos psíquicos de outra natureza (Gollac & Bodier, 2011).

A partir desta definição, então, o que restringe o campo do risco psicossocial, não são as consequências em termos de saúde mental, física e social, mas as condições de trabalho e os fatores organizacionais e relacionais. Dito de outra forma, o que está em causa em termos delimitadores e definidores não é o risco, mas sim o fator. Assim, a

noção de fatores psicossociais de risco faz a diferença e poderá afastar parte da ambiguidade em matéria de riscos psicossociais, nomeadamente quando se planeia a sua avaliação.

Para esclarecer a diferenciação entre risco e fator podemos, ainda recorrer a outros autores. Clot (2010) referindo-se à manutenção de parte das imprecisões de definição de riscos psicossociais e as incertezas face à medição que lhe estão associadas, afirma que estes riscos só podem ser qualificados de psicossociais porque estarão situados na interface do indivíduo e da sua situação de trabalho. Contudo acrescenta uma interrogação, que é se o psicossocial deve ser visto como um risco. E responde dizendo que nada será pior para todos (trabalhadores, empregadores, parceiros sociais) que um modelo “toxicológico” do psicossocial, isto é o psicossocial visto como um risco. Este autor enuncia, com base na sua prática que consegue claramente distinguir duas abordagens do problema em causa: uma por via da exposição dos trabalhadores a um risco indefinido e uma segunda ligada a outra forma de exposição, a exposição da qualidade do trabalho a um conflito de critérios no próprio trabalho. Nesta segunda perspectiva, o psicossocial não pode ser visto como um risco. “Torna-se ao contrário, objeto de uma atividade deliberada, fonte de vitalidade social e organizacional. É mesmo um recurso a desenvolver e o maior risco psicossocial é, deste ponto de vista, a negação social do conflito no trabalho de qualidade” (Miossec et al., 2014, p. 58, tradução livre).

Esta conceção de Clot tem, também, na sua essência as ideias de Daniellou que já apontámos. Para este último autor, considerar os riscos psicossociais como um modelo de “nuvem tóxica” tem, para além do mais, implicações na avaliação desses riscos, pois será à imagem desse modelo: podem ser feitas deduções da atmosfera (medir o ambiente psicossocial) e realizados ensaios nos trabalhadores (para determinar o risco que correm). Pode colocar-se em funcionamento sistemas de vigilância ou de reporte (alertar se um trabalhador não está bem ou se se julga estar frágil) e “desintoxicar” os que já estão afetados (através de apoio psicológico). Todavia, somente se visa evitar que a nuvem faça muitas vítimas (Daniellou, 2014).

Indo, ainda, mais longe chega a pôr-se em causa a expressão riscos psicossociais e a defender-se o seu abandono, ou, pelo menos, a evitar a sua utilização. Admitindo problemas que advêm das questões organizacionais e das condições de trabalho que vão para além do que é físico, a possibilidade de abandono da expressão justifica-se por

todos os enviesamentos a que pode dar azo e porque o seu uso não assenta numa representação eficaz do trabalho e dos seus efeitos sobre o homem (Charron, 2011; Clot, 2010).

Essencialmente, na base desta conceção está não só a falta de fundamento epistemológico da noção de risco psicossocial, mas também, a circunstância desta noção assentar na ideia de que os indivíduos não têm os recursos suficientes para fazer face às exigências da organização. Mais, até, omitindo o inverso, ou seja, se não serão as organizações de trabalho que não estão em condições de fornecerem os meios para a realização de um trabalho de qualidade. Por outro lado é, também, apontado como justificação o facto de a vontade de diminuir os riscos psicossociais se possa traduzir numa ação sobre o psiquismo dos sujeitos e não sobre o trabalho. Ainda, a circunstância da noção de riscos psicossociais supor implicitamente um trabalhador passivo, exposto a riscos externos, quando o ter em conta a atividade de trabalho é essencial para a compreensão dos fenómenos (Clot, 2008, Miossec et al., 2014).

Outros argumentos, aludem ao facto da terminologia dos riscos psicossociais ser cada vez mais empregue por iniciativa dos empregadores, uma vez que o conceito lhes oferece uma fonte de argumentação importante com vista a reduzir os custos da prevenção. Essa mesma terminologia dificulta a imputação de responsabilidade a determinada pessoa física ou jurídica o que pode ter como efeito fazer tender as relações sociais em favor das entidades patronais (Marichalar & Martin, 2011).

Estas visões, talvez demasiado extremas, não deixam, no entanto, de ter fundamento quando analisamos o âmbito de algumas avaliações destes riscos e as suas consequências em termos de intervenções posteriores (avaliar riscos psicossociais é quase sempre, e só, avaliar stresse ou alterações ansiosas dos trabalhadores e a solução passa invariavelmente pela formação nos domínios do treino da gestão do stresse, pelo *coaching*, nas técnicas de resolução de conflitos, técnicas de comunicação, etc.). Aliás Clot (2010) critica Gollac e Bodier (2011) exatamente porque considera que as conclusões destes últimos no relatório que produziram estão imbuídas de uma medida de stresse, assim como de uma noção de ligação entre risco, exposição, perigo e danos. Tal “leva a uma avaliação, por parte de peritos, de limiares de intensidade e de danos” (p. 108, tradução livre). O autor chama a atenção para uma dimensão decisiva nestas matérias, e que segundo ele é ocultada por Gollac e Bodier, que é a vida real no trabalho

consistir na transformação de constrangimentos percebidos em testes para serem ultrapassados²³. Ou seja, uma dimensão que contraria a visão de que os trabalhadores são passivos num ambiente de riscos.

Não esquecendo estas críticas, retomamos a questão da utilização das expressões riscos psicossociais ou fatores psicossociais. Jimenez (2011) fala em ambas dizendo que atender somente a riscos psicossociais é dirigir a atenção para as manifestações mais graves, descurando a sua gênese e que os fatores psicossociais de risco são fatores com consequências para a saúde no trabalho que não podem ser descuradas. Defendendo que as diferenças entre uns e outros são, provavelmente, a razão do recente acentuar dos riscos psicossociais, considera que há uma relação de facilitação entre os riscos e os fatores. Dito de outra forma, um clima de trabalho autoritário e incorreto é um fator psicossocial, mas, também, um marco propício para que apareçam riscos de assédio ou violência. Para ele a prevenção deve começar nos fatores até para não se perder a capacidade de análise da saúde no trabalho.

Assim, vamos voltar a analisar a definição proposta por Gollac e Bodier (2011), isto é, os riscos psicossociais são os riscos para a saúde mental, física e social, originados pelas condições de trabalho e pelos fatores organizacionais e relacionais suscetíveis de interagir com o funcionamento mental, e tentar interpretá-la. Os autores fazem, como já referimos, a distinção de riscos e fatores quando colocam os primeiros como tendo origem nas “condições de trabalho e nos fatores organizacionais e relacionais”, ou seja, a presença de riscos pressupõe alterações no sentido negativo destes fatores. Sendo verdade, que colocam a interação dos riscos com o funcionamento mental, também é verdade que a expressão, “suscetíveis de interagir”, permite, a nosso ver, que se considere o trabalhador como sendo ativo em relação ao seu ambiente, bem como a possibilidade de controlo e gestão desses fatores, por parte de cada trabalhador.

Contraria-se assim, na nossa opinião, a visão simplista e redutora de risco psicossocial, onde o trabalhador é colocado numa posição de objeto dedicado a ser contaminado por “algo”. E, obviamente, essa contaminação dependeria muito das suas

²³ Não podemos deixar de relembrar Canguilhem (2009) e os seus argumentos relativamente à construção da saúde, nomeadamente defendendo que a saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio (isto é, aos mais diversos acontecimentos que surgem a todo o momento na realidade).

“caraterísticas psicológicas”, dos seus “traços de personalidade” (visão que muitos adotam). Ou seja, a separação artificial operada pela noção de risco psicossocial geraria um homem “fragmentado”: um homem psicológico e um homem físico que ao ser considerada a dimensão interativa com o trabalhador, deixa de fazer sentido. Considerar fatores ligados às condições de trabalho dificilmente implica passividade por parte do sujeito. Pelo contrário, atende-se a que ele tem capacidade de reação e de modificar o seu ambiente em consequência desses mesmos fatores. E esta interação não pode ser limitada ao psiquismo. As condições físicas e materiais de trabalho interagem, também, com o funcionamento mental do trabalhador.

Claramente, tudo o que acabámos de expor e argumentar constitui matéria para reflexão, mas pode ser uma fonte de auxílio para uma abordagem mais “exata” dos riscos psicossociais e da sua avaliação, nomeadamente pela assunção da pouca precisão da noção e do compromisso de não enveredar por caminhos que concebam os trabalhadores como sendo passivos em relação ao seu ambiente de trabalho. A inclusão na análise desses riscos das possibilidades de ação dos trabalhadores, concebendo esse trabalhador como um Homem completo e não fragmentado em dimensões, conjugada com a estratégia de considerar como psicossocial os fatores que estão a montante e não as consequências que a sua presença pode vir a causar, trará benefícios no domínio da avaliação e intervenção sobre os riscos psicossociais.

Por outro lado, vai de encontro à necessidade, que defendemos, de ter em conta a atividade concreta, dos trabalhadores, quando se avaliam riscos psicossociais. Isto é, uma abordagem que permita compreender os confrontos entre as exigências do funcionamento humano e as das organizações nas situações concretas de trabalho. Para isso é indispensável olhar de perto o que se passa no concreto das situações de trabalho e de refletir com os indivíduos em causa (Dugué & Petit, 2014). Como já afirmámos no capítulo anterior, o trabalhador tem de ser ator privilegiado e participante ativo. É ele que mais saberá, no seu trabalho concreto e na atividade que desencadeia, o tipo de constrangimentos a que está sujeito.

Não pondo em causa a necessidade de atender às particularidades de cada situação de trabalho e da atividade real de cada trabalhador, ou conjunto de trabalhadores, subsiste agora refletir quais os fatores psicossociais de risco que,

genericamente, se consideram num quadro referencial de fatores organizacionais, relacionais e de condições de trabalho.

2. Avaliar os Fatores Psicossociais de Risco

A questão dos riscos psicossociais no trabalho é encarada de forma diferente, também, em função do que se investiga e avalia relativamente aos mesmos. Da parte da investigação já demos conta anteriormente e verificámos as diferenças entre os estudos e o que neles é predominante. Constatar a existência de riscos (sem os definir *à priori*) bem como determinar as consequências que deles podem advir para a saúde dos trabalhadores, significa medir essas consequências e, eventualmente, controlá-las. Nesse caso avaliar a sua magnitude será a grande preocupação a ter. Não sendo uma abordagem sem sentido, parece, no entanto, incompleta.

Medir as consequências, identificá-las, quantificá-las, permite, dir-se-á, “reparar” os danos que as mesmas provocam nos trabalhadores, o que é correto, mas insuficiente. Monitorizar consequências é importante, mas a eficácia da prevenção dos riscos psicossociais terá de passar forçosamente por algo mais; ir ao “local” onde estão as razões que podem despoletar consequências e mesmo quando elas não são visíveis (ou não frequentemente visíveis), saber se podem aparecer e quão devastadora poderá ser a sua concretização. Pode, ainda, ser colocada a questão de se se deve medir, só os fatores de risco ou ao mesmo tempo os danos. Avaliar alguns dados sobre a saúde, quando se avaliam os fatores de risco, pode permitir, para além de uma explicação que é significativa em si mesma, a inclusão de outra informação que poderá ser pertinente desde que usada com precaução. De qualquer forma, é importante distinguir os fatores psicossociais de risco dos seus efeitos sobre a saúde física, mental e social.

Reafirmamos, então, a necessidade de atender a que a avaliação dos riscos psicossociais não deve ser feita, meramente, a partir do estudo de um conjunto de consequências mais ou menos mensuráveis e quantificáveis, que dão uma informação relativa a um estado cujas causas podem ser muito diversificadas, mas sim a partir do conjunto de circunstâncias e fatores que lhe estão na origem.

Mas a realidade da investigação não tem seguido, na maioria das vezes esta premissa. Basta atender aos instrumentos que mais são referidos nos estudos que

abordam os riscos psicossociais ou conceitos com eles relacionados. No âmbito da revisão sistemática já apresentada constatámos que na maioria dos estudos foram utilizadas metodologias quantitativas e, embora nem sempre tenha sido fácil destacar o(s) instrumento(s) utilizados, registámos que a maioria desses instrumentos avaliam, somente, consequências dos riscos psicossociais. Outros avaliam os riscos psicossociais de forma mais global, caracterizando-se pela inclusão, no mesmo instrumento, de um conjunto de variáveis ou, em alguns casos, de dimensões que agregam diferentes variáveis. Pesquisámos ainda instrumentos em anos anteriores aos da revisão sistemática. No total foram identificados mais de uma centena de instrumentos de avaliação. Os instrumentos que conseguimos identificar estão descritos na tabela em anexo (Anexo II). Por uma questão de resumo da informação, colocámos apenas os que resultaram da revisão sistemática. Na mesma tabela discriminamos, ainda, os encontrados por Tabanelli et al. (2008) numa revisão da literatura com o objetivo de pesquisar instrumentos para avaliação de riscos psicossociais relacionados com o trabalho.

Os instrumentos, por nós identificados vão de encontro ao que referimos acima. No seu estudo Tabanelli et al. (2008), encontram 33 instrumentos (26 questionários e 7 escalas para observação) que genericamente acompanham a realidade por nós descrita.

Gollac e Bodier (2011), também, fazem referência aos principais instrumentos de medida existentes, dividindo-os em instrumentos de investigação e de estatística pública. Para o primeiro grupo apontam o *Job Content Questionnaire* de Karasek, 1979; o *Modelo de Desequilíbrio Esforço-Recompensa* de Siegrist, 1996; o *Modelo de Justiça Organizacional* (que deu origem a diversos questionários) de John Stacey Adams, 1963, 1965; o *Leymann Inventory of Psychological Terrorization* de Leymann, 1996; o *Negative Acts Questionnaire* de Einarsen e Raknes, 1997; o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ); o *Questionnaire Nordique Général* (QPS Nordic) de Lindström et al, 2000 e o *Working Conditions and Control Questionnaire* (WOCCQ) de Keyser e Hansez, 2000. No segundo grupo consideram inquéritos franceses (*DARES*, *SUMER*, *SIP*, *COI*) e não franceses (referem um total de 21 instrumentos, destacando o *European Working Conditions Survey-EWCS* e o *International Social Survey Project - ISSP*).

Este levantamento de instrumentos de avaliação, para além de fundamentar o que temos vindo a afirmar, da medição dos riscos se fazer amiúde à conta de somatórios

de avaliação de algumas das suas possíveis consequências, permitiu-nos encontrar, igualmente, metodologias que não se confinam a essas consequências e avaliam um conjunto de variáveis, agrupando-as em dimensões ou fatores. Reafirmando que o que restringe o campo da definição do risco psicossocial, não são as consequências em termos de saúde mental, física e social, mas as condições de trabalho e os fatores organizacionais e relacionais, interessa-nos perceber que fatores chamam a si esses métodos. A avaliação que preconizam é feita através da perceção dos trabalhadores relativamente a situações, condições ou circunstâncias a que estão sujeitos, no seu trabalho. Destacamos dois: o Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) e o Método de Evaluación Factores Psicosociales (F-Psico).

O COPSOQ, foi elaborado em 2000 pelo Instituto Nacional de Saúde Ocupacional de Copenhaga e apresentado em inglês em 2005. De acordo com os seus autores o questionário não está filiado em nenhuma teoria, mas inclui a maioria das dimensões das sete teorias psicossociológicas²⁴ mais influentes revistas por Kompier (2003)²⁵ acerca de modelos de fatores psicossociais no trabalho (Kristensen, 2010).

Este instrumento foi adaptado para vários países, entre eles Portugal e Espanha. Em Espanha denomina-se COPSOQ (ISTAS21, PSQCAT21), (Moncada, Llorens, Moreno, Rodrigo & Landsbergis, 2011) e em Portugal COPSOQ-Versão portuguesa (adaptado por Silva et al. em 2011). Tal como o original, a versão portuguesa tem três versões: uma versão longa para os investigadores, a versão média para os profissionais de saúde ocupacional e a versão pequena para utilização nos locais de trabalho. Com a conceção destas três versões, este instrumento torna possível: a comparação nacional e internacional dos fatores mensurados; avaliar o impacto de medidas interventivas nos locais de trabalho; facilitar a vigilância e avaliação de desempenho e melhorar a comunicação entre os investigadores, empregadores e profissionais de saúde ocupacional. A maioria dos itens das várias subescalas é respondida numa escala tipo

²⁴ Entre elas podemos destacar: o modelo das características do trabalho; o modelo do stress organizacional de Michigan; o modelo exigência-controlo-suporte social; a abordagem sociotécnica e a teoria do esforço-recompensa.

²⁵ O trabalho a que os autores se referem é o seguinte: Kompier M. (2003). Job design and well-being. In: M. Schabracq J. Winnbust, & C. Cooper (Ed.). *The handbook of work and health psychology*. Chichester (UK): John Wiley & Sons, pp. 429–454.

Likert, com questões como: *Tem tempo suficiente para cumprir as tarefas de trabalho?; Sente-se envolvido e motivado no seu trabalho?; É tratado de forma justa no seu local de trabalho?; Tem-se envolvido em conflitos ou discussões?* (Kristensen, Hannerz, Høgh & Borg, 2005; Silva et al., 2010).

A versão curta é constituída por 23 escalas e 40 questões; a média por 28 escalas e 87 questões e a versão longa por 41 escalas²⁶ e 128 questões.

Outra metodologia de avaliação sob a forma de questionário é o F-Psico do Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de Espanha. É uma versão revista e atualizada do Método de Evaluación de Factores Psicosociales do mesmo organismo, que tem em consideração novas exigências do trabalho e por isso novos fatores de risco (Bilbao & Cuixart, 2012). Afirmam estes autores que para o estudo dos fatores psicossociais (acrescentam, “e do stresse”) existem diversos enfoques teóricos que têm em comum a relação entre a pessoa e o contexto de trabalho. As consequências prejudiciais não são somente para as pessoas, mas também para as organizações. Destacam, ainda, algo que nos parece bastante pertinente face ao que temos vindo a defender: os resultados da interação entre o trabalho e as pessoas podem ser positivos, se a pessoa tiver a oportunidade de desenvolver as suas capacidades. Assim, uma característica que diferencia os fatores psicossociais de outras condições de trabalho é que podendo ser fatores de risco, o objetivo pode não ser, somente, a sua eliminação ou redução, porém a sua otimização para evitar efeitos adversos e promover os seus efeitos benéficos. Para isso, na análise de dada situação para além de conhecer quais são as características do trabalho, é necessário conhecer a perceção que delas têm os trabalhadores. O F-Psico é constituído por 44 perguntas, algumas múltiplas e dá informação sobre nove fatores psicossociais de risco:

- Tempo de trabalho (distribuição e organização temporal da atividade laboral);

²⁶ As 41 escalas são denominadas: Exigências quantitativas; Ritmo de trabalho; Exigências cognitivas; Exigências emocionais; Exigências para esconder emoções; Influência no trabalho; Possibilidades de desenvolvimento; Variação do trabalho; Significado de trabalho; Compromisso face ao local de trabalho; Previsibilidade; Recompensas; Clareza do papel laboral desempenhado; Conflitos de papéis laborais; Qualidade da liderança; Apoio social de superiores; Apoio social de colegas; Comunidade social no trabalho; Insegurança Laboral; Satisfação laboral; Conflito Trabalho/Família; Conflito Família/Trabalho; Confiança nos superiores; Confiança nos colegas; Justiça e respeito; Inclusividade social; Saúde autoavaliada; Burnout; Stresse; Problemas em dormir; Sintomas Depressivos; Stresse Cognitivo; Stresse Somático; Autoeficácia; Assédio sexual; Ameaças de violência; Violência física; Bullying; Provocações indesejadas; Conflitos e quezílias; Rumores e calúnias.

- Autonomia (possibilidade do trabalhador tomar decisões de tempo-autonomia temporal e organização do trabalho-autonomia decisional);
- Carga de trabalho (nível de exigência do trabalho. Carga cognitiva ou emocional: pressão de tempo, esforço de atenção, quantidade e dificuldade da tarefa);
- Exigências psicológicas (exigências cognitivas: processamento de informação, memória, etc. e emocionais: reprimir sentimentos ou emoções e controlar emoções face a exigências do trabalho);
- Variedade/conteúdo (sensação que o trabalho tem significado e utilidade e é reconhecido e apreciado);
- Participação/Supervisão (controle e participação por parte do trabalhador em diferentes aspetos do seu trabalho e controle da organização sobre ele);
- Interesse pelo trabalhador/compensações (promoções, formação, desenvolvimento da carreira, salário e informação);
- Desempenho de papel (definições de funções, responsabilidades, instruções ou pedidos contraditórios);
- Relações e apoio social (aspetos das condições de trabalho que derivam das relações entre as pessoas no trabalho).

A estes dois exemplos de possíveis fatores psicossociais, podemos ainda adicionar os que Gollac e Bodier (2011) defendem para se realizar a avaliação dos riscos psicossociais no trabalho. Os autores afirmam, após a revisão da literatura que esses fatores podem ser agrupados em seis eixos ou categorias, a saber: Intensidade do trabalho e tempo de trabalho; Exigências emocionais; Autonomia no trabalho; Relações sociais no trabalho; Conflitos de valores e Insegurança na situação de trabalho/emprego. Descrevem, ainda, o que pode ser incluído em cada um deles:

- Intensidade de trabalho e tempo de trabalho: esta categoria inclui a quantidade de trabalho, que corresponde, por um lado, ao tempo que ele ocupa (em termos de duração ou de organização dessa duração) e, por outro, à intensidade do trabalho e à sua complexidade. Estes últimos não são mensuráveis diretamente, mas podem ser medidos através dos seus determinantes e consequências. Os determinantes são, por exemplo, os constrangimentos de ritmo, os objetivos

irrealistas, as exigências de polivalência, as responsabilidades, as instruções contraditórias, as interrupções não planejadas da atividade, a exigência de competências superiores às detidas pelo trabalhador e o uso de novas tecnologias. As consequências podem ser vistas na impreparação para o trabalho, nos atrasos de fornecimentos, nos defeitos de qualidade, no sentimento de se estar sobrecarregado ou de insuficiência dos meios disponíveis e na impossibilidade de modular o investimento no trabalho. A duração e organização do tempo de trabalho podem ser avaliadas através do número de horas e de dias de trabalho, do trabalho noturno e por turnos, dos horários que impedem a vida social, do aumento de disponibilidade em períodos fora do tempo de trabalho normal e do presenteísmo.

- Exigências emocionais: as exigências emocionais estão ligadas às relações com o público e serão particularmente elevadas para quem trabalha com o sofrimento ou com a dor. São úteis para avaliar a componente emocional do trabalho como, por exemplo, dominar e moldar as próprias emoções e as das pessoas com quem se interage no trabalho, estando presentes na maioria das profissões ligadas aos serviços, mas podendo, também, ser encontradas noutras. Estas exigências podem ser positivas, mas podem, também, causar sofrimento e problemas. Esta dimensão abrange as relações com o público, as situações de tensão, o contato com o sofrimento e a possibilidade de agir eficazmente face ao mesmo; a dissimulação e simulação de emoções, o medo de acidentes, de falhar e a ocorrência (ou ameaça) de violência externa (de indivíduos que não fazem parte do local de trabalho, como por exemplo, clientes).
- Autonomia no trabalho: esta categoria tem na sua base a inexistência ou insuficiência de possibilidade do trabalhador ser ator no seu próprio trabalho, de participação na produção de riqueza e de condução da sua carreira e da sua vida. Estão, assim, incluídas a autonomia na tarefa (temporal, procedimental e em relação ao objeto de trabalho), a previsibilidade do trabalho e a possibilidade de o antecipar, a monotonia e o tédio, a utilização e aumento de competências, nomeadamente cognitivas e culturais e a satisfação no trabalho. De realçar que os autores falam neste fator como *falta ou insuficiência de autonomia*.

- **Relações sociais no trabalho:** referindo-se a maioria das vezes a esta categoria como *má qualidade das relações de trabalho*, descrevem-na como tratando das relações entre trabalhadores e entre estes e a organização. Defendem que estas relações devem ser analisadas juntamente com os conceitos de integração, justiça e reconhecimento. Estão aqui incluídos, o apoio social, as relações com os colegas (cooperação, integração num coletivo, participação e representação), as relações com a hierarquia (apoio técnico recebido dos superiores, relações humanas, estilo de direção e de encorajamento e apreciação do trabalho), a adequação da tarefa à pessoa, a avaliação do trabalho, a atenção dada ao bem-estar dos trabalhadores, o reconhecimento do trabalho, também por parte dos clientes e do público, a valorização social da profissão e a violência interna (injúrias, agressões, discriminações, assédio moral e assédio sexual).
- **Conflitos de valores:** relativamente aos fatores precedentes, nomeadamente, à qualidade das relações sociais, os autores defendem que o sofrimento ético deve existir como um fator suplementar para explicar alguns estados de mal-estar. O sofrimento ético é o que alguém sente quando lhe é solicitado que aja em oposição aos seus valores profissionais, sociais ou pessoais (os conflitos éticos). Para além destes incluem-se ainda, a qualidade impedida e o sentimento de trabalho inútil.
- **Insegurança na situação de trabalho:** diz respeito à insegurança socioeconómica e ao risco de alterações da tarefa e das condições de trabalho. É a insegurança de manter o emprego, o nível de salário ou a ausência de progressão na carreira. Assim são abrangidos: a segurança no emprego (contrato de trabalho com tempo determinado, manutenção de tempo parcial involuntário, trabalho formal), no salário e na carreira e a sustentabilidade do trabalho e as mudanças.

Uma nota a acrescentar à descrição destes fatores é que os autores referem que estes são fatores de risco potenciais e sublinham que algumas variáveis podem ser ambíguas. Ou seja, por outras palavras, certas características do trabalho podem ser em alguns casos um risco, mas tal pode não acontecer sempre, podendo mesmo constituírem-se como fatores de proteção. Dão como exemplo a responsabilidade que não é um fator de risco, a menos que não haja os meios para a assumir. O mesmo se pode dizer para a polivalência, o contacto com o público e com o sofrimento.

3. Síntese Conclusiva

Após a análise que acabámos de fazer podemos, de forma resumida, afirmar que as noções de risco e a de fator de risco psicossocial não são sinónimas e a avaliação dos riscos psicossociais não significa medir as suas consequências.

As questões psicossociais relativas aos riscos no trabalho encontram-se num conjunto de condições e fatores inerentes ao trabalho e ao trabalhar e não numa panóplia de consequências que podem ser identificadas nos trabalhadores. A definição de riscos psicossociais, como sendo os riscos para a saúde mental, física e social, originados pelas condições de trabalho e pelos fatores organizacionais e relacionais suscetíveis de interagir com o funcionamento mental, implica, então, no nosso ponto de vista que a avaliação dos riscos psicossociais seja feita a partir das condições de trabalho, dos fatores organizacionais e relacionais, que estão na sua origem, e que são suscetíveis de alterar a saúde física, mental e social dos trabalhadores. A avaliação destes riscos no trabalho (bem como de quaisquer outros) torna imprescindível a participação ativa do trabalhador, com as suas avaliações e perceções e a forma como reconstrói o seu trabalho em função das condições e constrangimentos do mesmo.

A existência de consequências (muitas vezes, ditas psicossociais) pode não corresponder à atividade dos riscos psicossociais, mas sim a qualquer outra causa, como, também, e porventura mais importante, a inexistência (pelo menos declarada ou visível), no momento, de consequências em termos de saúde física, mental ou social não significa, por sua vez, que não haja fatores que subsistam. Talvez por estarem demasiado longe da perceção de quem avalia, provavelmente, pouco observados em permanência, pouco vigiados e registados. Se a esses fatores não for dada a devida atenção, mesmo que se meçam os danos, de pouco servirá, pois a causa continuará lá, mesmo que “adormecida”.

Se, e de acordo com a Association Régionale pour l’Amélioration des Conditions de Travail (2011), todas as empresas, qualquer que seja o seu setor de atividade ou tamanho, são afetadas pelos riscos psicossociais, dado que o trabalho é em si mesmo um sistema de tensões e de compromissos entre os objetivos da empresa e as expectativas dos trabalhadores, então numa situação de trabalho, um certo número de elementos são fonte de equilíbrio, mas a vida da empresa, as mudanças e as dificuldades às quais tem de fazer face podem pôr em causa, a todo o momento, esse equilíbrio, e criar tensões

entre as exigências e necessidades de uns e de outros. Assim, os riscos psicossociais estão na dependência da ação humana em resposta aos constrangimentos que o trabalhar pressupõe; não devem ser considerados como algo à parte da avaliação de riscos para a saúde dos trabalhadores, bem como desintegrados dos planos de gestão globais, e específicos da saúde e segurança, das organizações.

Se são inegáveis, quer a falta de precisão, quer a complexidade relativas à noção de riscos psicossociais, também, não pode ser escamoteada a importância, cada vez mais difundida, da avaliação desses riscos. Como já afirmámos, o trabalho é sempre reconfigurado, pois qualquer mudança, ainda que ínfima, nos meios, na organização, nas relações de trabalho, afeta o conjunto dos ajustes entre os indivíduos e a sua envolvente profissional. A ser assim, e no que diz respeito à saúde no trabalho e, concretamente, à avaliação, que se pretende concreta, dos riscos de trabalhar, tal implica a aproximação à particularidade das situações de trabalho e às reais situações de risco (Valléry & Leduc, 2012). Esta reflexão reforça a argumentação já aduzida, nomeadamente, a da assunção da pouca precisão da noção de riscos psicossociais e do necessário compromisso de não enveredar por caminhos que concebam os trabalhadores como sendo agentes passivos em relação ao seu ambiente de trabalho. Pelo contrário, a inclusão na análise dos riscos psicossociais das diferentes possibilidades de ação do trabalhador, concebendo-o como um Homem completo e não fragmentado em dimensões. Se esta premissa se conjugar, no que diz respeito aos riscos psicossociais, com uma abordagem que considere como psicossociais os fatores que estão a montante e não as consequências que a sua presença pode vir a causar, os benefícios no domínio da avaliação e intervenção sobre os riscos psicossociais, em particular, e na segurança e saúde no trabalho, em geral, serão acrescidos. Desta forma pode contribuir-se para que, de facto, os riscos psicossociais possam assentar numa representação útil do trabalho e dos seus efeitos sobre o homem.

Assim, avaliar fatores ou circunstâncias psicossociais que podem interferir na saúde e segurança dos trabalhadores pode permitir evitar a materialização de danos, possibilitando uma intervenção *a priori* e contribuindo, ao mesmo tempo e desde logo, para a transformação de condições e situações de trabalho. Dito de outra forma, a intervenção no domínio dos riscos psicossociais em particular, implica um agir sobre as causas e não sobre os sintomas ou consequências.

Uma abordagem eficaz dos riscos psicossociais necessita menos de instrumentos específicos para a sua avaliação (e muito menos para a avaliação das suas consequências, enquanto forma de os medir) e mais de formas que permitam conhecer, em profundidade, e assim avaliar, as condições em que, concretamente se trabalha. A mera constatação ou descrição das consequências dos riscos psicossociais pode levar a que se legitimem os riscos associados a determinadas profissões, como sendo algo “natural”, sem que se procurem causas a montante desses riscos, que possam, essas sim, ser objeto de intervenção e prevenção.

Desta forma, o foco de avaliação/intervenção não deve ser o trabalhador isolado e as suas características, mas situar-se ao nível da atividade de trabalho e da forma como ele a vivencia, num coletivo onde interage. A avaliação para poder intervir implica, então, identificar local e concretamente os fatores psicossociais de risco de modo a serem preconizadas estratégias de compromisso para a intervenção nesse local e nas condições reais em que o trabalho é realizado.

Antes de enveredarmos pelo caminho dessa avaliação, iremos, no capítulo seguinte, tentar perceber, a partir dos inquéritos sobre condições de trabalho, o que se pode concluir relativamente aos riscos ou fatores psicossociais de risco.

**CAPÍTULO VI. A AVALIAÇÃO DE FATORES PSICOSSOCIAIS
DE RISCO NO TRABALHO A PARTIR DE INQUÉRITOS SOBRE
CONDIÇÕES DE TRABALHO**

1. Introdução

No capítulo precedente, ao elencarmos algumas metodologias relativas à avaliação de riscos psicossociais, um dos instrumentos a que fizemos referência foi ao Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho. Todavia, esta ferramenta constitui uma fonte de informação relativa à avaliação das condições de trabalho e à saúde dos trabalhadores europeus. A razão por que é referida a propósito dos riscos psicossociais, bem como o objetivo que nos leva a dela falarmos é o que nos vai agora ocupar.

O European Working Conditions Survey (EWCS) permite analisar um conjunto de dados que derivam das respostas a uma série de questões relativas às condições de trabalho e aos riscos que delas provêm e que são descritas ou percebidas pelos trabalhadores. São levados a cabo pela *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* e têm sido realizados de cinco em cinco anos desde 1991. Os seus objetivos são, genericamente, avaliar as condições de trabalho nos diferentes países europeus; analisar as relações entre diferentes aspetos das condições de trabalho; identificar grupos em risco e áreas de progresso e monitorizar tendências ao longo do tempo (Eurofound, 2012).

A avaliação de riscos psicossociais a partir das condições de trabalho, através deste inquérito foi explicitamente destacada no último (realizado em 2010). Parece-nos útil, então, perceber o que foi feito neste inquérito e o que nos anteriores foi referido sobre a temática dos riscos psicossociais. Assim, analisámos as questões formuladas e os resultados dos cinco inquéritos, já concretizados, verificando, por um lado, as evoluções que os mesmos traduzem, bem como o que ao longo dos anos foi sendo valorizado e, por outro, quais as questões e indicadores que, em cada um, podem ser associados a fatores psicossociais de risco. Como referência para essa análise utilizámos os fatores categorizados por Gollac e Bodier (2011) que, além do mais, foram referidos para as conclusões produzidas, a partir, dos resultados do inquérito de 2010.

Vamos de seguida descrever a análise que efetuámos bem como apresentar, de forma resumida algumas conclusões dos dados ao longo dos anos, relativos a riscos psicossociais. A partir do inquérito de 2010, apresentamos mais detalhadamente os dados para os trabalhadores portugueses, comparando-os com a média europeia.

2. Os Cinco Inquéritos Europeus Sobre as Condições de Trabalho

Antes de mais, urge descrever o procedimento que tem sido utilizado, ao longo dos anos, para a realização destes inquéritos num conjunto de países europeus, onde se inclui Portugal.

O primeiro inquérito decorreu em 1991 (intitulado, *First European Survey on the Work Environment*) e envolveu entrevistas (com base num questionário) a 12500 trabalhadores nos 12 países que constituíam, na altura, a Comunidade Europeia. A força de trabalho total dos 12 estados era constituída por 137 milhões de trabalhadores (81% por conta de outrem e 19%, por conta própria; 61% homens e 39% mulheres). Os indicadores questionados incluem, entre outros, as condições físicas do local de trabalho, posturas, tempo e duração do trabalho, autonomia e suporte social.

O segundo inquérito, já intitulado *European Working Conditions Survey*, foi realizado em 1995, em 15 países. A metodologia utilizada e os sujeitos identificados observaram os mesmos critérios do inquérito anterior. Foram questionados 15986 trabalhadores. Neste inquérito foram formuladas mais questões e modificaram-se algumas relativamente a 1991. A força de trabalho total dos 15 estados era constituída por 147 milhões de trabalhadores (83% por conta de outrem e 17% por conta própria) e o número de mulheres a trabalhar aumentou de 39% para 41%. Os indicadores questionados e analisados, foram agrupados em três conjuntos, a saber, ambiente físico e *design* dos postos de trabalho, ambiente organizacional e ambiente social.

O terceiro inquérito foi realizado em 2000. Metodologicamente foram usados os mesmos critérios dos inquéritos anteriores. Foram questionados 21703 trabalhadores em 15 países (os mesmos de 1995). Os indicadores questionados e analisados foram agrupados em 8 conjuntos: natureza do trabalho; fatores físicos no trabalho; organização do trabalho; tempo de trabalho; informação e consulta; fatores psicossociais; consequências (riscos para a saúde e segurança; absentismo); salário e sistemas de pagamento e trabalho e vida familiar.

O quarto inquérito foi realizado em 2005, a 29766 trabalhadores, em 31 países. A população trabalhadora era de cerca de 235 milhões. A metodologia utilizada foi idêntica, tendo sido identificadas novas áreas para questionar. Os indicadores foram distribuídos pelos seguintes grupos: tempo de trabalho; fatores físicos no trabalho; violência, assédio e discriminação; natureza do trabalho; organização do trabalho;

impacto do trabalho na saúde; estruturas de gestão e comunicação; vida no trabalho e fora do trabalho; satisfação com as condições de trabalho e salário e sistemas de pagamento.

Em 2010 foi realizado o quinto inquérito em 34 países. A população trabalhadora rondava os 242 milhões, tendo sido inquiridos perto de 44000 trabalhadores. Alterações no questionário foram feitas para introduzir questões que permitissem uma análise mais aprofundada dos riscos psicossociais, de inovações no local de trabalho, segurança e precaridade de trabalho, local de trabalho, equilíbrio trabalho/vida fora do trabalho, estilos de liderança e saúde. Os indicadores questionados e analisados foram distribuídos em dois grupos, a saber, ambiente e organização do trabalho e qualidade do trabalho e emprego.

2.1. Algumas conclusões genéricas dos resultados dos EWCS

A comparação dos resultados dos cinco inquéritos não é simples de fazer, pois os indicadores utilizados e as questões elaboradas, em cada ano, foram, como vimos, sendo alterados. No entanto, é possível estabelecer paralelismos em termos globais e, em alguns casos, mais específicos, não só no que diz respeito ao que foi analisado, mas também, aos resultados obtidos e à sua evolução.

Entre o primeiro e o segundo inquérito, encontramos diferenças relativamente aos indicadores utilizados (no segundo, mais indicadores e organizados por grandes temas) e às questões formuladas. Partindo do 2º inquérito (1995), o tema ambiente físico e *design* dos postos de trabalho, encontra paralelismo nalguns indicadores do inquérito de 1991. Os resultados, em termos gerais, indicam um agravamento das condições de trabalho nestes domínios. Verifica-se, ainda, um aumento da intensidade do trabalho (mais horas, mais trabalho noturno e em fins de semana) associado a um aumento de autonomia no trabalho (Eurofound, 1992; Eurofound, 1997).

Dos inquéritos seguintes (2000 e 2005), conclui-se que o número de horas de trabalho diminuiu, embora existam diferenças entre países. Em 2005, 15% dos inquiridos trabalha mais de 48h por semana. No que respeita aos fatores físicos, os resultados desde 1995 permitem verificar uma diminuição na exposição a temperaturas baixas, à inalação de poeiras e fumos, ao manuseamento de substâncias perigosas, à radiação e a

posturas dolorosas ou cansativas, mas um incremento na exposição a vibrações, ao barulho e movimentos repetitivos. Apesar do aumento de formas não tradicionais de emprego (part-time e trabalho temporário), assim como de mulheres no mercado de trabalho, as condições de trabalho permaneceram, em média, relativamente estáveis. A grande maioria dos trabalhadores está satisfeita com as suas condições de trabalho e satisfeita com o equilíbrio casa/trabalho. A satisfação com o trabalho está associada à segurança no emprego, a um ambiente de trabalho positivo e a boas oportunidades de aprendizagem e crescimento. O equilíbrio casa/trabalho é percebido de forma mais positiva por quem trabalha em horários regulares e previsíveis. As mulheres continuam a ser enquadradas, mais que os homens, nos grupos de salários mais baixos. No que diz respeito à saúde e bem-estar, os resultados mostram que há uma diminuição da percentagem de trabalhadores que considera que a sua saúde e segurança está em risco devido ao seu trabalho. Verifica-se um aumento da intensidade do trabalho e níveis de autonomia altos, embora estes últimos não tenham aumentado ao longo dos anos (Eurofound, 2001; Eurofound, 2007).

No inquérito de 2010, em média, na maioria dos indicadores as alterações são pequenas e nem sempre convergentes, para todos os trabalhadores. O trabalho tornou-se mais intenso, mas o número de horas de trabalho é menor e há diminuição da quantidade de trabalho atípico (noturno, por turnos e ao fim de semana). O trabalho tornou-se mais dependente da tecnologia, especialmente do uso de computador. A consciência dos riscos aumentou, mas ao mesmo tempo um menor número de trabalhadores refere que a sua saúde e segurança estejam em risco por causa do trabalho. A exposição a riscos físicos não mostra diminuição significativa e nalguns riscos apresenta um aumento (posturas dolorosas e cansativas e movimentos repetitivos) (Eurofound, 2012).

3. Os Riscos Psicossociais nos EWCS

No que diz respeito aos riscos psicossociais, nos inquéritos de 1991, 1995 e 2005 não lhes é feita qualquer referência em concreto. Em 2000 aparece um indicador denominado fatores psicossociais e em 2010, o indicador fatores psicossociais de risco. Para efetuarmos a análise dos resultados relativos aos riscos psicossociais procedemos à

identificação de indicadores, em todos os inquéritos, que pudessem ser associados ou englobados em cada uma das seis dimensões, de Gollac e Bodier.

Relembremos que essas seis dimensões agrupam os fatores psicossociais de risco no trabalho em intensidade e tempo de trabalho; exigências emocionais; autonomia; relações sociais no trabalho; conflitos de valores e insegurança na situação de trabalho. Partindo destas dimensões verificámos, em cada um dos inquéritos, o que foi questionado sobre riscos psicossociais e de que forma. Os indicadores que associámos às diferentes dimensões, em cada um dos inquéritos, estão descritos na Tabela 35. Para além desta identificação consultámos, ainda, os resultados obtidos, a partir dos quais iremos, sinteticamente, destacar o que nos permite verificar a evolução que se pode constatar.

Assim no inquérito de 1991, as pressões de tempo, os prazos apertados e o trabalho repetitivo estão presentes para mais de 50% dos trabalhadores. A autonomia existe para cerca de 36% dos trabalhadores e a falta de suporte social é referida por 18% destes. Não existe qualquer indicador que possa ser associado às exigências emocionais, aos conflitos de valores ou à insegurança (Eurofound, 1992).

Em 1995, encontram-se indicadores que podem ser associados às quatro primeiras dimensões. Já existem indicadores para a dimensão exigências emocionais, mas não para os conflitos de valores ou para a insegurança. Para as outras dimensões encontra-se um maior número de indicadores e novas formas de denominação de outros, que já existiam. Os resultados apontam para um aumento da intensidade do trabalho e um aumento de autonomia no trabalho, relativamente a 1991. A violência, é percebida por menos de 10% dos trabalhadores, sendo a intimidação a mais referenciada. A discriminação sexual e em função da idade apresentam valores que não ultrapassam os 3% (Eurofound, 1997). De realçar aqui que o aparecimento de questões relativas às exigências emocionais, tal como outras evoluções que se irão constatar, refletem o estado da arte em matéria de riscos, mas, também, as preocupações com as formas de organização do trabalho, associadas à evolução e alterações que este foi tendo ao longo dos tempos.

Tabela 35: Fatores Psicossociais Avaliados nos EWCS 1991, 1995, 2000, 2005 e 2010, de acordo com as seis Dimensões de Gollac e Bodier (2011)

Fatores	Indicadores 1991	Indicadores 1995	Indicadores 2000	Indicadores 2005	Indicadores 2010
Intensidade e tempo de trabalho	Pressão de tempo; Prazos; Tempo de trabalho; Duração do trabalho; Trabalho noturno.	Tempo de trabalho e padrões de tempo; Ritmo de trabalho (ritmo acelerado; prazos apertados).	Controlo do trabalho; Ritmo de trabalho e seus determinantes; Tempo de trabalho; Trabalho noturno, por turnos e ao fim de semana; Trabalho e vida familiar.	Ritmo de trabalho; Trabalho noturno, por turnos e ao fim de semana; Equilíbrio casa/trabalho; Organização do tempo de trabalho.	Determinantes do ritmo de trabalho; Frequência e intensidade das interrupções; Equilíbrio casa/trabalho; Complexidade do trabalho e exigências cognitivas.
Exigências emocionais	-----	Lidar com público; Exigências altas ou baixas	Exigências altas ou baixas; Contacto direto com clientes.	Exigências do trabalho e controlo	Contacto com clientes; Esconder sentimentos; Consequências de erros.
Autonomia	Autonomia (na tarefa e no ritmo); Trabalho repetitivo	Controlo e autonomia (escolher ou mudar ritmo, métodos, tarefas e tempos de trabalho)	Responsabilidade	Autonomia no trabalho e no horário	Poder escolher métodos de trabalho; mudar a ordem das tarefas; ter opinião sobre o trabalho e fazer uma pausa.
Relações sociais no trabalho	Sistemas de pagamento de salário; Suporte social	Tarefas complexas, monótonas, repetitivas; Ajuda de colegas; Salário; Violência no trabalho; Igualdade de oportunidades	Tarefas complexas, monótonas, repetitivas; Ajuda de colegas; Salário; Violência física; Intimidação; Discriminação; Assédio sexual;	Trabalho em equipa; Ajuda de terceiros; Ameaça e atos de violência; Assédio; Assédio sexual; Discriminação; Comunicação; Salário	Suporte social; Clareza de papéis; Lideranças; Comportamentos sociais hostis (violência, intimidação, assédio, etc.)
Conflitos de valores	-----	-----	-----	-----	Realização de tarefas que entram em conflito com valores pessoais; Realizar um trabalho mal feito ou inútil
Insegurança na situação de trabalho	-----	-----	-----	-----	Segurança no trabalho; Perspetivas de carreira; Encontrar emprego no caso de despedimento

O padrão relativo à distribuição pelas seis dimensões repete-se, em 2000, com as duas últimas dimensões sem qualquer indicador²⁷. Pela primeira vez aparece um indicador denominado fatores psicossociais que avalia violência, assédio (intimidação e assédio sexual) e discriminação. O ritmo e exigências de prazos aumentam. A violência física e a discriminação mantêm os valores do inquérito anterior (com a discriminação em função da idade a apresentar os valores mais altos) e aumenta a percentagem de trabalhadores que são sujeitos a intimidação (Eurofound, 2001).

Nos indicadores relativos aos riscos psicossociais do inquérito de 2005 verifica-se um padrão semelhante ao inquérito anterior, mas sem haver referência direta a este tipo de riscos. Constata-se um aumento da intensidade do trabalho (apesar do número de horas de trabalho continuar a diminuir) e níveis de autonomia altos, embora sem aumento ao longo dos anos. Aumentam as formas não tradicionais de emprego (part-time e trabalho temporário) assim como as mulheres no mercado de trabalho. A grande maioria dos trabalhadores está satisfeita com as suas condições de trabalho e com o equilíbrio casa/trabalho. Em termos de tendência, a incidência das várias formas de violência, assédio, discriminação no trabalho permaneceu estável entre 1995 e 2005, com um aumento da exposição à violência nesse período (de 4 para 6%). Em 2005, o termo intimidação foi substituído por *bullying*/assédio e foi introduzida uma nova questão sobre a ameaça de violência, o que mostrou que uma maior proporção de trabalhadores está mais exposto a ameaças do que a atos de violência propriamente ditos. O assédio e o *bullying* são mais referidos por mulheres que por homens e a violência é mais comum ser praticada por parte de pessoas que não fazem parte do local de trabalho (Eurofound, 2007).

Em 2010, no relatório de análise dos resultados do inquérito, já é utilizada, para os riscos psicossociais, a classificação desenvolvida por Gollac e Bodier (2011). Os

²⁷ A ligação dos riscos às preocupações com a evolução na organização do trabalho, a que já fizemos referência, pode ser demonstrada, também, na questão dos conflitos de valores. A preocupação com este tipo de fatores surge muito por via do trabalho dos teleoperadores. Rolo (2014) ao estudar estes trabalhadores revela que a utilização quotidiana da mentira serve, na grande maioria dos casos, um objetivo de aumento das vendas a qualquer custo, mesmo que isso implique enganar e ludibriar os clientes. Ora, muitos trabalhadores mostram-se incomodados com este tipo de imposição que contradiz os seus princípios. O sofrimento sentido pelos trabalhadores nestas circunstâncias está intimamente relacionado com o conflito que se instala entre os seus próprios valores e os valores subjacentes às práticas prescritas pela organização do trabalho.

resultados do inquérito refletem que, em média, na maioria dos indicadores as alterações, comparativamente aos anteriores, são pequenas e que algumas não são convergentes para todos os trabalhadores. O trabalho tornou-se mais intenso, mas o número de horas de trabalho diminuiu. Os trabalhadores que trabalham mais horas, também, trabalham de forma mais intensa e verifica-se diminuição da quantidade de trabalho atípico (noturno, por turnos e ao fim de semana). Em termos de organização do trabalho, este evoluiu para mais colaborativo e com os “clientes” a exercerem maior influência no trabalho (nomeadamente no ritmo). Os trabalhadores têm maior responsabilidade na coordenação das tarefas. O suporte por parte de colegas e gestores é elevado e aumentou, mas as relações de trabalho tornaram-se mais individualizadas. Os indicadores de autonomia apresentam poucas alterações e tendências em direções contraditórias. A satisfação com o trabalho mantém-se alta e estável desde 2005 e a grande maioria dos trabalhadores refere não ter dificuldades na conciliação da vida pessoal com o trabalho (dos que afirmam ter dificuldades a maioria são os que têm filhos e são mais do sexo masculino). A exposição a violência, assédio, humilhação e bullying apresenta valores idênticos aos anos anteriores, difere em função dos países e varia entre 1% para o assédio sexual, 2 e 4 %, respetivamente, para violência física e bullying, 5% para humilhação e 11% para a violência verbal. O assédio sexual é três vezes mais reportado por mulheres. A consciência dos riscos aumentou, mas ao mesmo tempo os trabalhadores reportam menos que a sua saúde e segurança esteja em risco por causa do trabalho (Eurofound, 2012).

4. Riscos Psicossociais nos Trabalhadores Portugueses: A Perspetiva a Partir da Europa

A força de trabalho em Portugal nos anos em que foram realizados os inquéritos variou entre os 4,5 e perto dos 5,0 milhões de trabalhadores (os números parecem-nos pouco precisos e díspares face a indicadores existentes sobre a força de trabalho em Portugal). A percentagem de mulheres que a constituía foi aumentando ao longo dos anos, desde 41% em 1991 até 61,1% em 2010 (mais uma vez estes valores levantam dúvidas dado que não correspondem a outros valores existentes sobre o mesmo indicador). De qualquer forma, um dado importante a reter é o número de trabalhadores inquiridos e a taxa de resposta aos inquéritos. Assim, as amostras selecionadas foram de

1000 trabalhadores em todos os anos com exceção do ano de 2000, em que foram inquiridos 1502. As taxas de resposta foram de 66% em 1995 (para o ano de 1991 não é feita referência a este valor), 68% em 2000, 67% em 2005 e 44% em 2010. Observemos de seguida os dados relativos às diferentes categorias de fatores psicossociais de risco que podem ser constatados para Portugal, fazendo a sua comparação com os dados relativos à média europeia.

4.1. Intensidade e tempo de trabalho

Em 1991 tanto em horas semanais como diárias, o tempo de trabalho em Portugal era superior à média europeia. Já no que diz respeito à pressão de tempo os valores são semelhantes, tendo os portugueses de trabalhar com menos equipamento e em instalações menos apropriadas, mas com prazos menos apertados e com mais liberdade para alterarem a ordem das tarefas que têm de realizar (Eurofound, 1992).

Em média, o tempo de trabalho em 1995 rondava as 45h semanais, enquanto na europa a mesma se situava nas 39h. Os horários por turno, noturno, irregular e ao fim de semana eram, na amostra portuguesa, menos realizados face à média europeia, com exceção do trabalho noturno cuja percentagem de realização, pelo menos uma vez por mês, era ligeiramente superior. O ritmo de trabalho em Portugal era, nesse ano, mais intenso que na europa, pois os trabalhadores portugueses tinham de trabalhar a um ritmo mais acelerado. No entanto, trabalhar com prazos apertados e não ter tempo suficiente para realizar o trabalho acontecia em percentagens inferiores à média europeia. O trabalho dependia mais, e por ordem de grandeza, dos clientes, do controlo direto do chefe e dos colegas. Esta dependência não difere muito do padrão europeu, com exceção do controlo direto do chefe que na europa é substituído por normas de produção (Eurofound, 1997).

Em 2000, os horários atípicos, como sejam o trabalho por turnos e noturno, são pouco realizados em Portugal; 85% e 92% dos trabalhadores não os praticavam. Estes valores são ligeiramente superiores à média europeia. O tempo de trabalho continua a ser superior em Portugal (em média 41,5 h em Portugal e 38,2 h na europa). O ritmo de trabalho era, em Portugal, nesta altura, menos intenso, em comparação com outros países, dado que 47% dos trabalhadores nacionais referem “nunca” ou “quase nunca” terem de trabalhar a um ritmo acelerado. Este valor, no todo europeu, é em média de

43%. A diferença é mais óbvia quando se questiona o trabalhar com prazos apertados, pois 68% dos trabalhadores portugueses referem que “nunca” ou “quase nunca” o têm de fazer, porém, em média, o mesmo acontecia somente para 40% dos trabalhadores europeus. De facto, a média europeia diz-nos que 29% dos trabalhadores trabalhava “sempre” ou “quase sempre” com prazos apertados e somente 11% dos portugueses o faziam. O ritmo de trabalho em Portugal estava, em comparação com a média europeia, menos dependente do trabalho de colegas e das solicitações do público (Eurofound, 2001).

A média das horas de trabalho semanais dos trabalhadores portugueses, em 2005, rondava as 42 (na Europa a 37), sendo que 13% trabalhavam mais de 48h por semana (16,9% na Europa). O trabalho noturno e ao fim de semana, tinha valores idênticos à média europeia e o trabalho por turnos era realizado por 10,3% dos trabalhadores (a média europeia era de 17,3%). O ritmo de trabalho era intenso para 51,2% dos trabalhadores portugueses e 53% trabalhavam com prazos apertados (os valores médios na europa eram de 59,6% e 61,8%, respetivamente). O ritmo de trabalho dependia mais dos pedidos de clientes (64,95), de taxas de produtividade (50,9%) e das chefias e colegas (47,6 e 46,7%, respetivamente). Quando comparado com a média europeia o cenário é idêntico com a exceção de que, na Europa, o ritmo estava mais dependente dos colegas (42,2%) do que das chefias (35,7%). Ter de interromper uma tarefa para realizar outra não prevista acontecia a 24,6% dos portugueses e em média a 32,7% do conjunto dos europeus. Para 82,4% dos trabalhadores portugueses (média europeia de 79,4%) o horário de trabalho era compatível com a sua vida familiar e social, permitindo-lhe ter tempo para os cuidados e educação dos filhos e para as tarefas domésticas (40,6% e 51,6%, respetivamente). O mesmo acontecia, em média, para 28,8% e 46,4% dos europeus (Eurofound, 2007).

Em 2010 (Figura 1) os horários de trabalho serem estabelecidos pela entidade empregadora eram uma realidade para 74,5% dos trabalhadores portugueses e os que podiam escolher entre vários horários de trabalho fixos eram 1,9% (a média europeia²⁸ é de, respetivamente 59,2% e 7,6%). A adaptação das horas de trabalho (dentro de certos limites) podia ser realizada por 6,5% dos portugueses e por uma média de 15,8%

²⁸ A comparação com dados europeus é, no inquérito de 2010, feita considerando 27 países (EU 27).

de europeus. O trabalho por turnos era realizado por 10,6% dos trabalhadores portugueses e por 17,0% dos europeus. As horas de trabalho semanais, em Portugal, eram para a maioria (60%) de 30 a 40, sendo que 24,6% trabalhava mais do que 40 horas. A média europeia é inferior para o número de horas semanais e é idêntica para o trabalho com mais de 40h, mas 18% trabalham menos de 30 horas. Em Portugal somente 12,5 % o fazem.

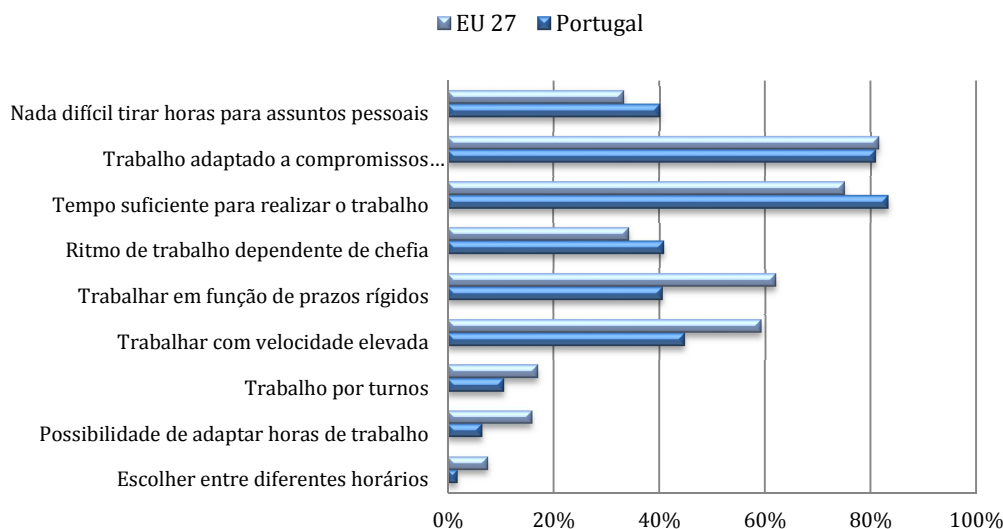


Figura 1: Fatores Psicossociais de Risco na Dimensão Intensidade e Tempo de Trabalho

Em termos de intensidade de trabalho, no ano de 2010, os portugueses que trabalhavam com uma velocidade elevada (em pelo menos 1/4 do tempo) eram 44,8 (a média europeia era de 59,2%). Trabalhar em função de prazos rígidos (em pelo menos 1/4 do tempo) caracterizava 40,6% dos portugueses e em média 62,0% dos europeus. No que diz respeito ao ritmo de trabalho, este dependia (em pelo menos 1/4 do tempo), por ordem de grandeza, de pedidos diretos de clientes, utentes, alunos, etc., do controlo direto da chefia, do trabalho feito por colegas e de objetivos de produção ou de desempenho (61,5%, 40,8%, 40,4% e 29,3%, respetivamente). Para a média dos trabalhadores europeus o panorama é idêntico, excecionando que o que influenciava menos o trabalho é o controlo direto da chefia.

A grande maioria dos trabalhadores portugueses afirmava ter tempo suficiente para acabar o trabalho (83,3%). O mesmo acontecia para 75,1% dos europeus. A adaptação dos horários de trabalho aos compromissos familiares e sociais era considerada como estando “bem” ou “muito bem” por 80,9 % dos trabalhadores

portugueses e 81,5% dos europeus. Para 40% dos trabalhadores portugueses e 33,2% europeus, não era “nada difícil” tirar uma ou duas horas durante o seu horário de trabalho para tratar de assuntos pessoais ou familiares (Eurofound, 2012).

4.2. Exigências emocionais

Em 1995 o número de trabalhadores portugueses que lidava com o público era inferior à média europeia, mas exigências altas em termos de competências são, por eles, mais referidas. Por outro lado a necessidade de aprender coisas novas era percentualmente mais baixa em Portugal. Tal, aparentemente, reflete-se na formação frequentada no ano anterior ao inquérito que é bastante menor em Portugal do que na Europa. O contacto direto com pessoas era uma realidade de trabalho para 50% dos portugueses, em 2000, sendo que destes, 23,2% o faziam todo o tempo de trabalho. A média europeia para este indicador revela valores de, respetivamente, 70% e 31,3%.

Em 2005, 62,8% dos portugueses trabalhavam em contato direto com pessoas (clientes, por exemplo), valor idêntico à média europeia (62,4%).

Como se pode observar no Figura 2, para 34,9% de portugueses, em 2010, o seu trabalho implicava ter contacto direto com outras pessoas (por exemplo, clientes, alunos/as, doentes, etc.), mas 70% “quase nunca” tinham de lidar com clientes irritados.

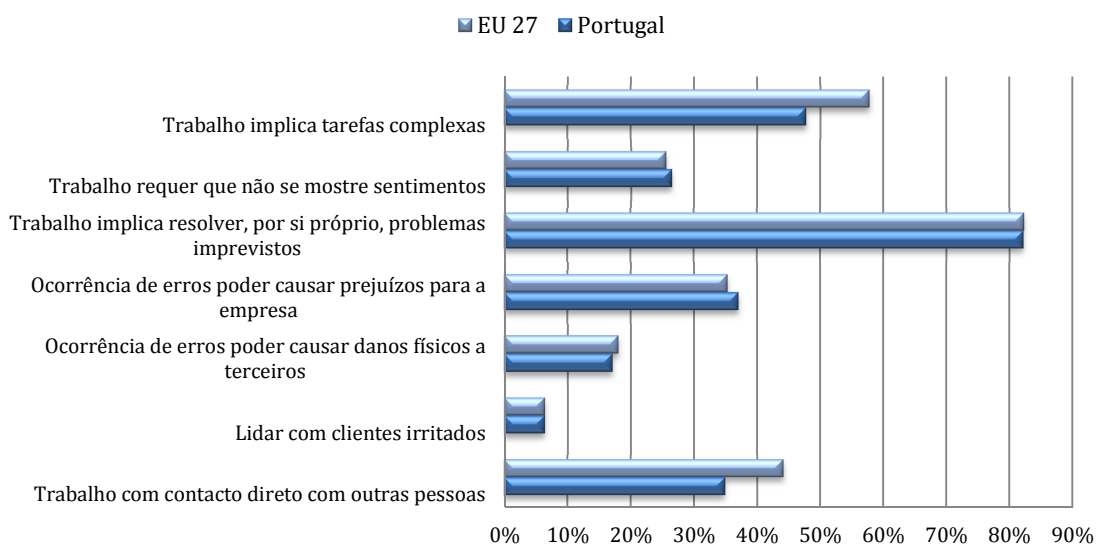


Figura 2: Fatores Psicossociais de Risco na Dimensão Exigências Emocionais

O cenário europeu é, em média, idêntico. Para 54% de portugueses e 52% de europeus, o seu trabalho não implicava esconder sentimentos. Os dados apontam no mesmo sentido para o facto de a ocorrência de erros poder causar danos físicos a terceiros. Isto é, a maioria considerava que se ocorressem erros estes “raramente”, ou “nunca”, causariam danos físicos a terceiros. Em termos de prejuízos para a empresa/organização pela ocorrência de erros, os resultados mostram que a maioria dos portugueses considerava que esses podiam existir “sempre” ou “algumas vezes”.

4.3. Autonomia

Em 1991 a maioria dos trabalhadores portugueses afirmava ter autonomia no seu trabalho, embora esta fosse menor quando comparada com a média europeia.

Em 1995 mais de 60% dos trabalhadores portugueses tinham autonomia para alterar métodos de trabalho, ordem das tarefas, fazer uma pausa quando entendessem e para poder decidir quando tirar férias ou folgas. Esta percentagem é, para todos esses indicadores, mais alta do que a média europeia. Dos indicadores expostos, por exemplo, 20% dos trabalhadores portugueses diz não poder fazer um intervalo ou pausa quando quer, enquanto a média europeia para este mesmo item é de 37%. Ou seja, aparentemente os níveis de autonomia em Portugal eram superiores à média dos países em estudo. Os portugueses afirmam ter menos tarefas complexas, monótonas e repetitivas e mais tarefas que implicam atingir *standards* de qualidade precisos, do que a média dos europeus.

O controlo sobre o seu trabalho e a possibilidade de alterar ou escolher a ordem das tarefas a realizar eram, em 2000, percentualmente, mais baixos em Portugal, o mesmo se passando para a escolha dos métodos de trabalho ou para o ritmo com que era realizado. No entanto, eram os trabalhadores portugueses que referiam em maior percentagem (73%) poderem fazer uma pausa quando quisessem (a média europeia situava-se nos 61%). As tarefas realizadas eram, para 42,4% dos trabalhadores portugueses, monótonas e para 39,6% complexas. A média europeia revelava que, respetivamente, 39,7% e 56,4% dos trabalhadores europeus realizavam tarefas monótonas e complexas. A aprendizagem de coisas novas para a realização do trabalho é uma realidade, em média, para 70,8 dos europeus, enquanto que para os trabalhadores

portugueses o mesmo só acontecia a 57%. Ter de resolver problemas inesperados sucedia a 72% dos portugueses e a 82 % dos europeus.

No ano de 2005, a possibilidade de escolher ou alterar a ordem das tarefas era afirmada por 57,7% dos trabalhadores portugueses e no que diz respeito aos métodos e velocidade do trabalho, respetivamente, 66,3% e 64,1% podiam escolhê-los ou alterá-los. Estes valores eram ligeiramente inferiores aos da média europeia. No mesmo sentido 42,7% dos portugueses e uma média de 44,6% dos europeus podiam fazer uma pausa quando quisessem. Mais portugueses (74,9%) afirmavam ter tempo suficiente para realizar o seu trabalho, pois a média europeia situava-se nos 69,6%. As tarefas realizadas pelos trabalhadores inquiridos eram monótonas para 49,9% (média europeia: 42,9%) e complexas para 54,9%, uma percentagem inferior à média europeia (59,4%).

Em 2010 (Figura 3) a possibilidade de escolher ou modificar a ordem das tarefas era uma realidade para 58,7% dos trabalhadores portugueses (65,2% para a média europeia). Escolher ou modificar métodos de trabalho ou a velocidade/cadência do mesmo era possível para mais de 65% dos trabalhadores portugueses (a média europeia é ligeiramente mais alta, mas na mesma ordem de grandeza).

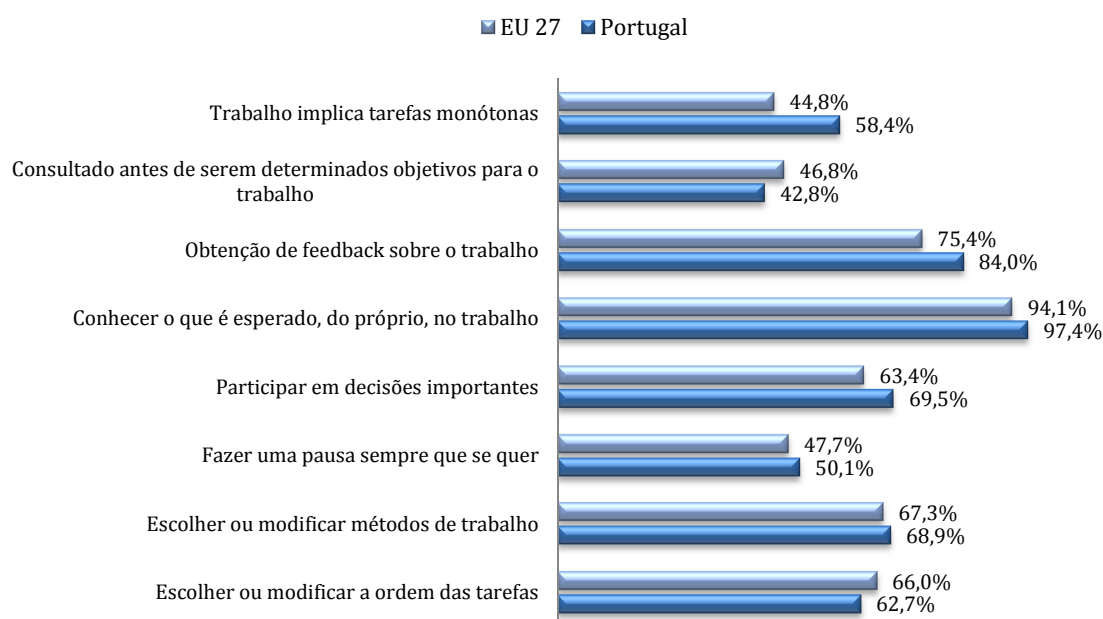


Figura 3: Fatores Psicossociais de Risco na Dimensão Autonomia

Já no que diz respeito a fazer uma pausa sempre que quer, eram os trabalhadores portugueses que o afirmam em maior percentagem (81%, associando “sempre” com “algumas vezes”; a média europeia não chega aos 70%). A possibilidade de participar em decisões importantes foi relatada por 84% dos portugueses e em média por 75,4% dos europeus.

4.4. Relações sociais no trabalho

Os trabalhadores portugueses em 1991 referem maior falta de suporte que os seus colegas europeus. A falta de suporte por parte de colegas e superiores é evidenciada por 73,9% dos trabalhadores portugueses.

Já em 1995, a possibilidade de ajuda por parte dos colegas era alta, mas inferior à média europeia. A amostra portuguesa revelava níveis de discriminação inferiores à média europeia, sendo a discriminação pela idade a mais referida com um valor de 2% (tal como na europa, onde o valor era de 3%). Em termos de violência, os valores eram de 8% para a física (o dobro da média europeia), 1% para a atenção sexual indesejada e 5% para a intimidação (a média europeia era de, respetivamente, 2% e 8%)

Em 2000 a possibilidade de ter ajuda de colegas quando solicitada, continuava alta, mas em Portugal mais baixa (70%) que a média europeia (83%). A sujeição a violência física por parte de pessoas fora e dentro do trabalho era referida por uma percentagem muito baixa (menos de 1%) enquanto que a média europeia era de, respetivamente, 1,5% e 4,1%. No que diz respeito ao assédio sexual o padrão de resposta é idêntico: 0,7% dos portugueses e 2% de europeus (valor médio) afirmam já terem sido sujeitos a ele. A intimidação apresenta valores mais elevados (4,4%) sendo a média europeia de 8,5%. O tipo de discriminação mais referida é em função da idade (0,9% em Portugal e 2,8% em média na europa) e em todos os outros tipos de discriminação (sexual, por nacionalidade, raça, por deficiência ou orientação sexual) os valores são baixos, e sempre menores em Portugal relativamente à média europeia (o tipo de discriminação menos referida é a por orientação sexual: 0% em Portugal e 0,3% na média europeia). Quando são questionados se têm consciência da existência de violência, assédio, intimidação ou discriminação no seu local de trabalho, os valores de resposta aumentam bastante, mantendo-se, no entanto sempre mais baixos em Portugal.

Por exemplo a consciência de intimidação no local de trabalho é referida por 7,7% dos portugueses e em média por 12,9% dos trabalhadores europeus.

Contar com a ajuda de colegas e chefias é uma realidade que os portugueses viviam menos no seu trabalho se comparados com a média europeia, também em 2005. Assim, 49,2% e 39,8% dos portugueses afirmavam contar com a ajuda, respetivamente, dos colegas e chefias ou supervisores. Os valores médios para o todo europeu eram de 67,6% e 56,1%. Os trabalhadores portugueses (0,7%) relatavam menos sujeição a violência física por parte de colegas do que a média dos europeus (1,8%). Já no que diz respeito à violência física por parte de outras pessoas os números são mais elevados (3,7%), assim como quando se trata de ameaças de violência física (4,4%). Os valores num e noutro caso são inferiores à média europeia que se situa, respetivamente nos 4,3% e 6%. Ser sujeito a bullying ou assédio foi relatado por 3,6% dos portugueses e 1,8% foram vítimas de atenção sexual não desejada (os valores médios europeus são de 5,1% e 1,8%). A discriminação face à idade acontecia a 2,2% dos portugueses, um valor idêntico aos europeus (2,7%).

Em 2010, (Figura 4) os trabalhadores portugueses eram ajudados/apoiados por colegas e pelas chefias, mas com valores diferentes. O apoio dos colegas, “sempre” ou na “maioria das vezes”, é referido por 78% (média europeia: 72%) e o das chefias por 63% (média europeia: 59%).

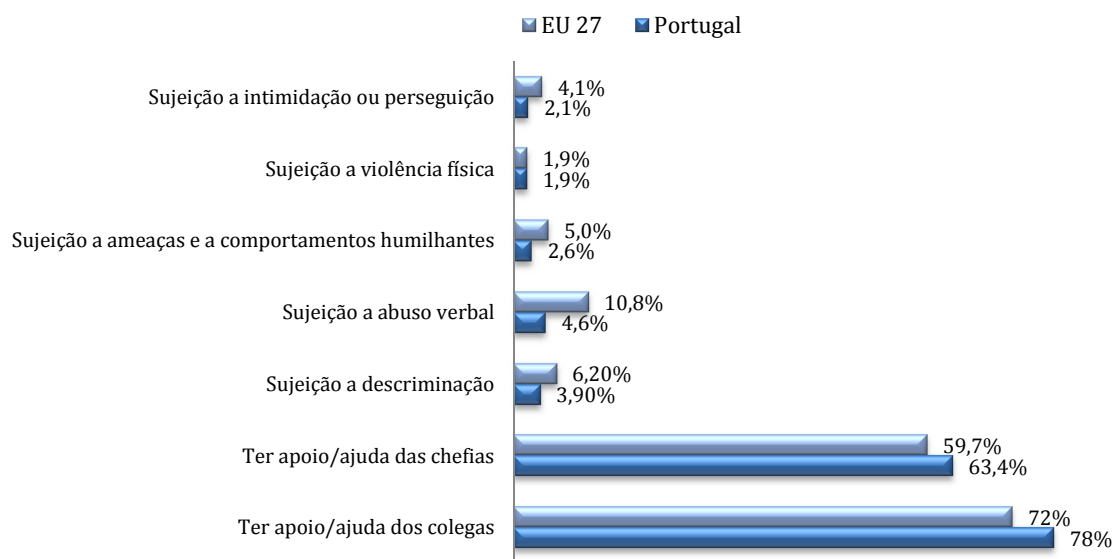


Figura 4: Fatores Psicossociais de Risco na Dimensão Relações Sociais no Trabalho

Os resultados relativos aos comportamentos sociais hostis, que foram identificados pelos trabalhadores portugueses, e a sua comparação com a média europeia estão apresentados, também, na Figura 4.

Como se pode verificar, para todos os comportamentos identificados a percentagem de trabalhadores portugueses que deles foi vítima é inferior à média europeia, com exceção da violência física. O abuso verbal é o comportamento a que mais portugueses foram sujeitos.

4.5. Conflitos de valores e insegurança na situação de trabalho

Para estas categorias de fatores psicossociais de risco só em 2010 são encontrados indicadores. Através do Figura 5 percebe-se que 81,3% dos trabalhadores portugueses não realizam tarefas que entrem em conflito com os seus valores pessoais.

A sensação de realizar um trabalho bem feito era a perceção de 89,1% destes trabalhadores. A média europeia é percentualmente mais baixa num e noutro caso.

Ainda no ano de 2010, a grande maioria dos trabalhadores considera que realiza um trabalho útil, e os portugueses mais do que a média dos europeus.

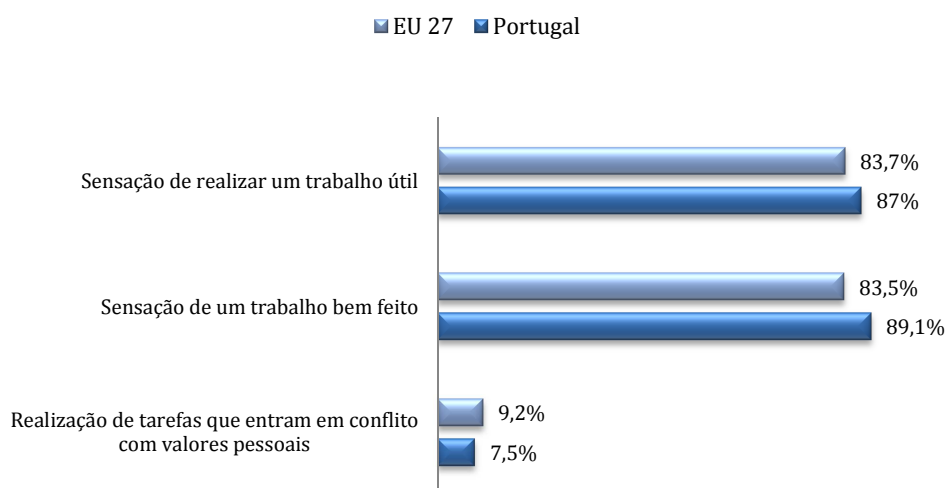


Figura 5: Fatores Psicossociais de Risco na Dimensão Conflitos de Valores

Os trabalhadores portugueses, em 2010, consideravam na sua maioria que o seu trabalho oferecia boas perspetivas de carreira (Figura 6). Mas, 47,8% consideravam o contrário a exemplo dos seus congéneres europeus (45,5%). Por outro lado, 60,8% consideravam que não iriam perder o seu emprego nos 6 meses seguintes (em média 67,7% dos europeus diziam o mesmo) e 66,8 afirmavam que se perdessem o emprego não seria fácil encontrar um com salário semelhante (esta era uma questão percecionada da mesma forma por 48,3% dos europeus).

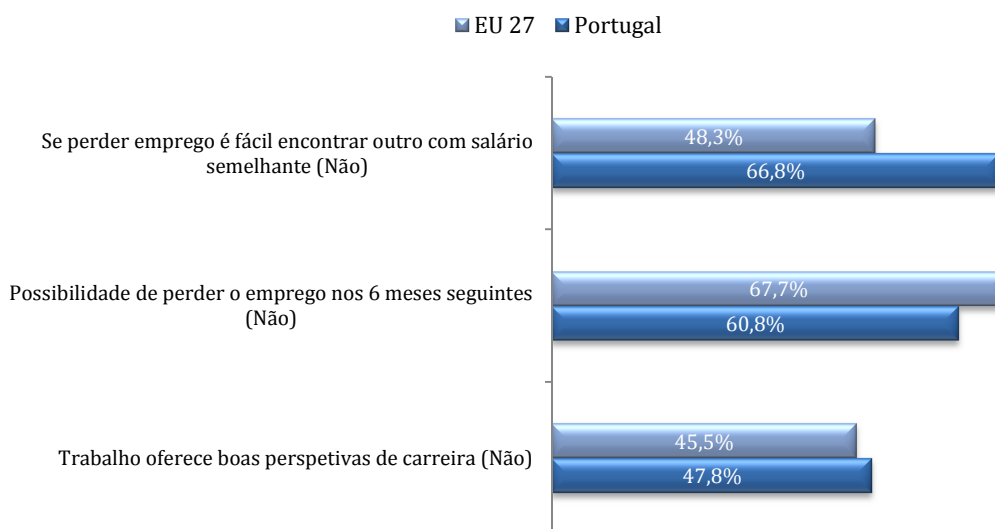


Figura 6: Fatores Psicossociais de Risco na Dimensão Insegurança no Trabalho

5. Síntese Conclusiva

Definir riscos psicossociais, como sendo os riscos para a saúde mental, física e social, originados pelas condições de trabalho e pelos fatores organizacionais e relacionais suscetíveis de interagir com o funcionamento mental, implica que a sua avaliação seja feita a partir desses fatores, que estão na sua origem, e que são suscetíveis de alterar a saúde do trabalhador. Assumindo esta perspetiva, podemos afirmar que em todos os inquéritos europeus sobre as condições de trabalho, existem questões e indicadores que permitem avaliar fatores psicossociais de risco. Tal, parece apontar para que não sejam necessários instrumentos específicos de avaliação dos riscos psicossociais (e muito menos para a avaliação das suas consequências, enquanto forma de os medir) mas sim formas que permitam conhecer, em profundidade, e assim avaliar, as condições em que, concretamente se trabalha. A partir dessa avaliação encontrar-se-

ão os fatores que, nos diferentes locais, e face a diferentes atividades e condições de trabalho, possibilitem perceber quais os fatores psicossociais a que os trabalhadores estão sujeitos, e qual o seu potencial de dano.

De facto, os inquéritos europeus sobre as condições de trabalho, realizados desde 1991, à exceção dos de 2000 e 2010, não fazem referência concreta aos fatores psicossociais, mas em todos eles são avaliadas questões que podem ser associadas aos mesmos. Em 2000 o indicador *fatores psicossociais* é analisado somente através das questões relacionadas com a violência física, intimidação, discriminação e assédio sexual. Na análise do inquérito de 2010, esses mesmos fatores são já tratados de acordo com a classificação em seis dimensões, de Gollac e Bodier (2011), colocando, assim, questões organizacionais, relacionais e as condições de trabalho na origem dos riscos psicossociais, e os resultados da existência, ou não, de problemas que se podem repercutir na saúde dos trabalhadores, é feita a partir dessas questões.

Os resultados obtidos com as respostas aos inquéritos permitem destacar que a intensidade do trabalho tem vindo consistentemente a aumentar, mantendo-se os níveis de autonomia e aumentando a responsabilidade dos trabalhadores pela coordenação de tarefas. Os comportamentos hostis têm-se mantido em valores idênticos, ao longo dos anos, sendo a violência verbal e as humilhações as que são mais comuns. A exposição a ameaças de violência é mais referida do que a sujeição a atos de violência, propriamente ditos, e o assédio (nomeadamente o sexual) é mais reportado por mulheres que por homens. A satisfação com o trabalho é elevada assim como a possibilidade de conciliar o trabalho com a vida pessoal. Neste último caso os mais insatisfeitos são os homens.

A pertinência dos resultados destes inquéritos é inequívoca, todavia a sua leitura, bem como as interpretações que dos mesmos se podem fazer, devem ser realizadas com algumas precauções, não só porque as amostras estudadas são limitadas (ao longo dos anos variam, no máximo, entre 1000 a 4000 trabalhadores por país e as taxas de resposta ficam aquém desses números) e diferentes de ano para ano, como há diferenças substanciais entre países, o que coloca a necessidade de se fazer uma contextualização histórica e cultural para perceber como, e o que em cada país se interpreta de determinadas questões. Além disso as comparações com os resultados médios na europa têm também as suas limitações. O número de países questionados foi aumentando, o que faz com que a realidade a ser comparada ao longo dos anos não seja a mesma. A

diversidade de países implica diferenças substanciais pelo que seria sempre necessário contextualizar histórica, cultural e temporalmente as interpretações do que é questionado e o possível fundamento das respostas. Finalmente, os indicadores questionados não são sempre os mesmos, alguns não existem em todos os inquéritos e outros são elaborados de forma diferente ao longo dos anos.

É com estas limitações em mente que atendemos aos dados acerca de Portugal. Deste modo, podemos sumariar algumas constatações em termos de tendências mais óbvias que resultam da reflexão sobre os resultados obtidos.

O tempo de trabalho em Portugal, desde 1991, é superior ao da média europeia. O ritmo de trabalho é menos intenso e os portugueses trabalham menos com prazos apertados e com menos horários atípicos. O seu trabalho é mais controlado pelas chefias do que na europa, mas tal como os europeus mais dependente de clientes. A possibilidade de compatibilizar o trabalho com a vida social e familiar é alta e maior do que para os europeus. Trabalham menos em contacto com o público e menos com clientes irritados. Têm menor necessidade de novas aprendizagens para fazer o seu trabalho e fazem menos formação. Também necessitam menos de esconder os seus sentimentos para realizarem corretamente o seu trabalho.

A autonomia no trabalho é alta, e com variações relativamente à europa. No entanto, os trabalhadores portugueses têm menor controlo sobre o seu trabalho e menos tarefas complexas. Por outro lado parecem ter maior possibilidade de fazer uma pausa quando querem, mais tempo para realizarem o seu trabalho e maior possibilidade de participar em decisões importantes em relação ao mesmo.

No que diz respeito às relações sociais constata-se que, ao longo das últimas duas décadas, os trabalhadores portugueses têm tido suporte/apoio por parte de colegas e chefias embora em menores níveis que os seus congéneres europeus. Este suporte/apoio aumenta em 2010, tornando-se superior ao existente na europa.

Os comportamentos hostis são, ao longo dos anos, menos relatados pelos trabalhadores portugueses que pelo todo europeu. Embora sendo vítimas de violência, assédio, intimidação e discriminação, os portugueses têm, nestes aspetos, menores razões de queixa. A violência física é o comportamento que mais se assemelha aos valores europeus, e somente em 2010. A violência verbal é o comportamento hostil mais

referido e no que diz respeito à discriminação, a que os trabalhadores mais experimentam é a discriminação por idade.

Os conflitos de valores (só avaliados em 2010) estavam pouco presentes para os trabalhadores portugueses. Estes executavam um trabalho que não conflituava com os seus valores pessoais, que consideravam bem feito e útil (mais do que os europeus).

A segurança no trabalho era uma preocupação para os trabalhadores portugueses em 2010, pois apesar de considerarem que o seu emprego estava seguro, nos tempos próximos, também indicavam que não seria fácil encontrar um semelhante se tal não viesse a acontecer. Esta preocupação foi mais evidenciada do que nos trabalhadores europeus.

Munidos do conhecimento que expusemos e das reflexões que efetuámos, neste capítulo e nos dois que o precederam, vamos de seguida proceder à análise dos fatores psicossociais de risco que atravessam a atividade dos fisioterapeutas.

**CAPÍTULO VII. FATORES PSICOSSOCIAIS DE RISCO NO
TRABALHO ATRAVÉS DO INSAT: VALIDAÇÃO FATORIAL
(ESTUDO EMPÍRICO 2)**

1. Introdução

Após o estudo alargado acerca dos constrangimentos e riscos que decorrem do trabalho dos fisioterapeutas e das relações que os mesmos podem ter com o seu estado de saúde, vamos, neste capítulo, analisar os resultados de uma forma mais específica. Dedicámo-nos, já, à análise da temática dos riscos psicossociais e apesar das inúmeras discussões e dúvidas que este conceito pode desencadear, não podemos alhear-nos da existência de um conjunto de condições de trabalho e de circunstâncias organizacionais e relacionais que são menos visíveis nos locais de trabalho e que podem afetar todos os trabalhadores. Identificámos, igualmente, através da literatura, fatores que podem corresponder a essas condições e circunstâncias e que podem estar na origem de riscos psicossociais. Sendo assim, e considerando que os fisioterapeutas não estão à margem da existência destes riscos, até pelo facto de exercerem uma profissão que inclui a permanente proximidade a pessoas, às suas necessidades e sofrimento, justifica-se a importância da avaliação dessas condições e circunstâncias.

Como expusemos no capítulo anterior, o estudo dos fatores psicossociais de risco pode ser feito através de instrumentos que avaliem condições de trabalho. Então, tendo na nossa posse um instrumento que tem como objetivo fazer essa avaliação parece-nos pertinente utilizá-lo para avaliar riscos psicossociais. Optámos, em congruência, por uma abordagem que nos permitisse utilizar o INSAT. Pretendemos assim, neste segundo estudo, responder às seguintes questões de investigação: Será possível através do INSAT avaliar riscos psicossociais, identificando grupos de fatores ou categorias? Que fatores psicossociais de risco podem ser determinados com esta ferramenta? Conseguindo identificar fatores, estarão os fisioterapeutas da nossa amostra em risco? Em caso afirmativo, em função de que fatores? Haverá algum fator que possa ser considerado como protetor e de não risco? Para responder a estas questões formulámos os seguintes objetivos:

- Fazer a validação fatorial do INSAT;
- Verificar quais os fatores que é possível obter e a que condições de trabalho dizem respeito;
- Analisar os fisioterapeutas da amostra em termos de riscos psicossociais, através dos fatores psicossociais resultantes dessa validação.

2. Configurações Metodológicas

Para dar cumprimento a estes objetivos, responder às questões formuladas e adotar a abordagem preconizada, tornava-se imprescindível perceber quais os eixos e itens do INSAT que poderiam ser utilizados. Por outro lado, e tendo em conta a necessidade de estabelecer quais os fatores psicossociais que iríamos pesquisar, determinar quais utilizaríamos como referencia. Decidimos, para este último ponto partir das seis dimensões defendidas por Gollac e Bodier (2011) e da descrição dos riscos associados a cada uma delas, ou seja, a intensidade e tempo de trabalho, as exigências emocionais, a autonomia, as relações sociais no trabalho, os conflitos de valores e a insegurança na situação de trabalho.

Na realização deste estudo, optámos por utilizar duas estratégias a fim de perceber qual o caminho mais adequado e o que nos traria resultados mais fidedignos. Uma das estratégias foi verificar no INSAT quais os eixos e itens que poderiam corresponder a estes fatores. Ou seja, partindo das seis dimensões acima descritas, procurámos os itens que no INSAT as pudessem retratar. Nesse sentido, para ir ao encontro do modelo teórico de fatores psicossociais de risco de Gollac e Bodier (2011), os itens do INSAT a serem utilizados seriam, essencialmente, os relativos ao eixo II (questões referentes às condições e características do trabalho). Deste eixo excluímos os itens que dizem respeito ao Ambiente Físico e aos Constrangimentos Físicos cujas questões não se adequam à avaliação que pretendemos fazer, em função do tipo de situações e circunstâncias que avaliam dizerem respeito fundamentalmente a questões de âmbito físico. Considerámos, então, os itens correspondentes aos Constrangimentos Organizacionais e Relacionais (Ritmo de Trabalho e Autonomia), Relações de Trabalho, Contacto com o Público, Características do Trabalho e Condições de Vida Fora do Trabalho. Estes correspondem em termos globais ao que os autores defendem para alguns dos fatores de risco que consideraram, pois aludem às condições de trabalho e suas características nos aspetos organizacionais e relacionais.

Desta forma para o fator *Intensidade e Tempo de Trabalho* identificámos catorze itens dos constrangimentos do ritmo de trabalho e um item das condições de vida fora do trabalho. Para o fator *Exigências Emocionais* identificámos cinco itens do contacto com o público e seis das características do trabalho. A *Autonomia* correspondeu a quatro itens da autonomia e iniciativa e a dois das características do trabalho. O fator *Relações*

Sociais no Trabalho ficou constituído por onze itens das relações de trabalho e dois das características do trabalho. O fator *Conflitos de Valores* ficou constituído por quatro itens e para a *Insegurança na Situação de Trabalho* só foi encontrado um item possível de ser associado. Estes últimos itens pertencem às características do trabalho. A descrição dos itens considerados para cada fator está explicitada no Anexo III.

A outra estratégia foi não fazer qualquer divisão de itens em fatores prévios, considerar todos os itens correspondentes aos Constrangimentos Organizacionais e Relacionais (Ritmo de Trabalho e Autonomia), Relações de Trabalho, Contacto com o Público, Características do Trabalho e Condições de Vida Fora do Trabalho (somente um neste último caso) como possíveis riscos psicossociais e verificar se poderiam ser associados em fatores similares aos teóricos, admitindo nesta circunstância que esses fatores poderiam, ou não, corresponder a uma só classificação teórica.

Os dados que utilizámos, num e noutro caso, foram os da amostra do primeiro estudo, recolhidos através do INSAT, na componente da resposta que diz respeito ao incómodo percebido em cada um dos itens.

O procedimento que planeámos utilizar foi o mesmo para as duas estratégias. Isto é, o recurso a uma análise fatorial para determinação de uma estrutura de fatores e a avaliação da validade dos itens em estudo através da correlação entre eles. Posteriormente, e se os resultados o permitissem, o recurso a uma análise da fiabilidade das soluções encontradas. Este procedimento é tão mais necessário quanto não temos uma estrutura prévia dos dados, específica para determinar riscos psicossociais no INSAT e, também, porque o instrumento, apesar do seu grau de desenvolvimento, maturação e mudanças sofridas pelas diferentes experiências de aplicação desde 2007, não foi sujeito anteriormente a qualquer análise das suas propriedades psicométricas²⁹. Por essa mesma razão realizámos numa primeira fase (e para as duas estratégias) uma análise fatorial exploratória (AFE). Para além da estrutura fatorial, com esta técnica

²⁹ A análise das características psicométricas de um instrumento tem como objetivo verificar a sua adequação à amostra e contribuir para o estudo da sua validade. As qualidades psicométricas comumente avaliadas são, a sensibilidade (se os itens permitem discriminar ou diferenciar os participantes, sublinhando as suas diferenças), a fiabilidade/consistência (se os itens medem de forma consistente o mesmo constructo-estabilidade ou homogeneidade) e a validade (se os itens medem o constructo que se pretende medir) (Clark & Watson, 1995; Kline, 1986; Schweigert, 1994).

podemos aferir se os resultados obtidos, usando o instrumento, corroboram princípios teóricos relativos ao constructo que pretendemos avaliar.

A análise fatorial exploratória é definida como sendo um conjunto de técnicas multivariadas que tem como objetivo descobrir e analisar a estrutura de um grupo de variáveis interrelacionadas de modo a construir uma escala de medida para fatores (intrínsecos) que de alguma forma controlam as variáveis originais (Brown, 2006; Marôco, 2011). Dito de outra forma, permite quantificar constructos que não podem ser observados diretamente. Ao analisar a estrutura das inter-relações de um determinado número de variáveis observadas, a AFE define o fator ou os fatores que melhor explica(m) a sua covariância (Hair et al., 2005).

As variáveis observadas *pertencem* a um mesmo fator quando, e se, elas partilham uma variância em comum (são influenciadas pelo mesmo constructo subjacente). Assim, um fator é uma variável latente que influencia mais de uma variável observada, representando, dessa forma, a covariância entre elas (Brown, 2006). A redução do número de variáveis é efetuada pelo agrupamento das que estão altamente correlacionadas para formar um fator, o qual é composto pela combinação linear de variáveis (Dillon & Goldstein, 1984). As cargas fatoriais, assim como os coeficientes de correlação, sofrem uma variação de -1 a 1, sendo que, quanto mais próximo de 1 maior a correlação existente entre o item e o fator (Pasquali, 2002).

3. Os Riscos Psicossociais e os Fatores Psicossociais de Risco com Base no INSAT

3.1. Análise fatorial exploratória e fiabilidade

Previamente à execução da AFE analisaram-se os dados para aferir algumas questões importantes para a utilização desta técnica. A AFE pressupõe que exista um número de respondentes superior a 100, o que é o caso. A tendência das respostas dadas incidiu nas opções incómodo, pouco incómodo e bastante incómodo³⁰ e em nenhum dos itens se verificou uma concentração de respostas superior a 50% numa das opções, o que nos remete para a existência de um bom nível de variabilidade entre as opções mais

³⁰ Correspondentes aos valores 3, 2 e 4 após a recodificação (a escala variava de 1-*muito incómodo* a 5-*nenhum incómodo*, e passou a ser de 1-*nenhum incómodo* a 5-*muito incómodo*).

escolhidas pelos respondentes. A média dos itens variou entre 1,19 (onde sou obrigado a aprender sempre coisas novas) e 4,53 (cujas condições abalam a minha dignidade enquanto ser humano) e o desvio-padrão entre 0,493 (onde sou obrigado a aprender sempre coisas novas) e 4,53 (assédio sexual). No item discriminação relacionada com uma deficiência física ou mental só um sujeito respondeu e ao item discriminação relacionada com a nacionalidade ou raça, ninguém respondeu. Identificou-se, ainda, a presença de itens com *missing values* muito elevados.

A análise fatorial correspondente à primeira estratégia delineada implicou submeter cada um dos fatores construídos a esta técnica (com exceção do último que somente tinha um item). Para todos os fatores (e após diferentes tentativas em que fomos excluindo alguns itens), com exceção das exigências emocionais, a qualidade das correlações entre variáveis apresentava valores de *KMO* (*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*)³¹ correspondentes a bom (intensidade e tempo de trabalho), razoável (exigências emocionais e autonomia) e a mau (conflito de valores e relações sociais no trabalho), mas o teste de esfericidade de Bartlett³² em nenhum dos casos foi significativo o que expressa a não adequação desta análise à amostra. Assim, esta estratégia tornou-se inviável de se concretizar.

Decidimos, então, desenvolver a estratégia alternativa para aferir da sua viabilidade, e neste caso, utilizando outra forma de organização dos dados. Como já referimos, nesta estratégia partimos do conjunto total de itens sem qualquer agrupamento prévio (56 itens) que foi submetido à análise fatorial exploratória.

A análise fatorial com os 56 itens foi impossível de realizar devido ao elevado número de *missing values* (apesar de os mesmos terem sido substituídos pela média dos

³¹ O *KMO* varia entre 0 e 1 e é uma medida da homogeneidade das variáveis. Permite aferir a qualidade das correlações entre variáveis e indica a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis, ou seja, que pode ser atribuída a um fator comum. Quanto mais próximo de 1 for o seu valor mais adequada é a amostra à aplicação da análise fatorial (Marôco, 2011). Valores de *KMO* superiores a 0,9 são considerados muito bons/excelentes, entre 0,8 e 0,9 bons, entre 0,7 e 0,8 médios, entre 0,6 e 0,7 medíocres/razoáveis; entre 0,5 e 0,6 maus e valores iguais ou inferiores a 0,5 inaceitáveis (Field, 2005; Pestana & Gageiro, 2005).

³² Este teste afere a adequação da técnica da análise fatorial à amostra em estudo através da avaliação da qualidade das correlações entre variáveis. Testa a hipótese da matriz das correlações ser a matriz de identidade, cuja determinante é igual a 1. Um teste significativo ($p < 0,05$) mostra que a matriz de correlações não é a matriz de identidade e portanto há relações entre as variáveis (Field, 2005; Marôco, 2011).

respetivos itens). De seguida, foram retirados os 20 itens com maior número de *missing values* (igual ou superior a 200), identificados através dos valores apresentados na tabela da estatística descritiva fornecida pela análise fatorial.

Os 36 itens restantes foram submetidos a uma nova análise cuja viabilidade foi aferida através dos valores fornecidos pelo teste de *KMO*, pelo teste de esfericidade de Bartlett e pela análise da matriz de anti-imagem³³. O valor de *KMO* foi de 0,79, que é considerado aceitável, mas o teste de Bartlett indicou uma matriz de correlação que não se distingue da matriz de identidade [$\chi^2 (630) = 25,180, p=1,000$], o que aponta para a não relação entre as variáveis, pelo que a análise com estes itens não tinha viabilidade. Assim sendo, fomos verificar, na tabela que reproduz a matriz de correlação, os itens que não se correlacionavam com nenhum outro, aqueles que tinham correlações acima de 0,9 ou cuja maioria das correlações com os outros itens não fosse significativa (Bryman & Cramer, 2003; Field, 2005; Marôco, 2011). Excluímos de acordo com esses critérios 14 itens.

Nova análise foi realizada com os restantes 22 itens. Os indicadores resultantes mostraram a sua viabilidade, pois obteve-se um valor de *KMO* de 0,82 o que remete para uma boa adequação da amostra à técnica estatística em causa e o teste de Bartlett indica que a matriz de correlação destas 22 variáveis se distingue da matriz de identidade, bem como a existência de correlações entre as variáveis, significativamente diferentes de zero [$\chi^2 (231) = 274,256, p=0,027$]. Paralelamente a análise da matriz de correlação anti-imagem não sugere a exclusão de variáveis, na medida em que os valores de *KMO* para variáveis individuais, na diagonal principal, variam entre 0,644 e 0,922.

A análise fatorial a que os dados foram submetidos foi realizada através do método de extração de componentes principais³⁴ com rotação ortogonal (*varimax*) e

³³ A matriz anti-imagem contém na sua diagonal principal as medidas de adequação amostral (MAS – *Measure of Sampling Adequacy*) para cada variável. Valores nessa diagonal inferiores a 0,5 indicam que a variável em causa não se ajusta à estrutura definida pelas outras variáveis, pelo que a sua eliminação da análise deve ser ponderada (Field, 2005; Marôco, 2011).

³⁴ O método das componentes principais é o método de estimação mais comumente utilizado pela análise fatorial. Permite transformar um conjunto de variáveis quantitativas iniciais, correlacionadas entre si, em subconjuntos, relativamente independentes que se designam por componentes principais. As componentes principais resultam de combinações lineares das variáveis iniciais e o seu cálculo efetua-se por ordem decrescente de importância, isto é, a primeira explica a máxima variância nos dados, a segunda a máxima variância não explicada pela primeira e assim sucessivamente (Marôco, 2011; Pestana & Gageiro, 2005).

normalização Kaiser. O resultado indica a retenção de cinco fatores³⁵ que explicam 52,3% da variância total. Contudo, a análise da variância das variáveis explicada pelos fatores extraídos (comunalidades) revelou a existência de valores abaixo de 0,4 (40%)³⁶. Face a este cenário procedemos a análises fatoriais retirando sucessivamente os itens com comunalidades mais baixas. Encontrou-se uma solução estatisticamente adequada com 18 itens. A solução ora emergente apontou, também, para a retenção de 5 fatores (número de fatores a reter de acordo com o critério de Kaiser, e com o teste *scree* de Cattell) que explicam 58,6% da variância total.

O valor de *KMO* desta solução é de 0,80 (boa adequação da amostra à técnica estatística utilizada) e o teste de Bartlett indica que a matriz de correlação das 18 variáveis se distingue da matriz de identidade [$\chi^2 (153) = 236,649, p < ,001$]. Os valores de *KMO* para variáveis individuais, na diagonal principal da matriz de correlação anti-imagem, variam entre 0,603 e 0,928 e todos os valores, fora desta diagonal, são baixos o que sugere a não exclusão de variáveis.

A saturação dos itens nos diferentes fatores e as correspondentes comunalidades apresentam valores adequados. Assim, o fator 1 integra sete itens, tem um valor próprio de 4,70 e explica 26,1% da variância total. O fator 2 é constituído por três itens, tem um valor próprio de 1,77 e explica 9,8% da variância total. O fator 3 integra quatro itens, o seu valor próprio é de 1,55 e explica 8,6% da variância total. O fator 4 e o fator 5 são constituídos por dois itens. O valor próprio do fator 4 é de 1,34, explicando 7,5% da variância total. O fator 5 explica 6,5% da variância e apresenta um valor próprio de 1,16.

³⁵ A retenção deste número de fatores era apontada quer pelo critério de Kaiser, quer pelo teste *scree* de Cattell. O Critério de Kaiser estabelece que se devem reter os fatores que expliquem mais informação (variância) do que a informação (variância) estandardizada de uma variável original, que é 1. O valor 1 é assim o limiar acima do qual os valores próprios correspondem a fatores relevantes. Através do teste de Cattell a decisão sobre o número de fatores a extrair deve ser baseada na representação gráfica dos valores próprios. No gráfico (*screeplot*) devem reter-se os fatores até aquele em que se observa a inflexão da curva ou o ponto em que faz um “cotovelo”, após o qual esta se torna praticamente numa reta, próxima da horizontal (Marôco, 2011).

³⁶ A variância total de dada variável tem dois componentes na comparação com as demais variáveis: a variância comum, partilhada com outras variáveis medidas, e a variância específica que é única para essa variável. Comunalidade é, então, a proporção de variância comum presente numa variável. Comunalidades inferiores a 0,4 são consideradas baixas (Field, 2005).

Como se pode verificar na Tabela 36, a maioria dos itens satura no fator correspondente acima de 0,5 sendo que o valor das comunalidades é satisfatório (acima de 0,4).

Tabela 36: INSAT-Riscos Psicossociais no Trabalho: Saturações Fatoriais (S) e Comunalidades (h²)

Item	S					h ²
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	
Ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo	,725					,599
Ser frequentemente interrompido	,651					,537
Ter que me apressar	,753					,632
Ter que resolver situações ou problemas imprevistos sem ajuda	,635					,459
Ter que "saltar" ou encurtar uma refeição ou nem realizar pausa por causa do trabalho	,580					,451
Frequente a necessidade de ajuda dos colegas (trabalho em equipa), apesar de nem sempre existir	,451					,413
Com momentos de hipersolicitação	,614					,425
Suportar as exigências, queixas ou reclamações do público		,797				,753
Confrontar-me com situações de tensão nas relações com o público		,832				,784
Estar exposto ao risco de agressão verbal do público		,779				,678
Contacto direto com o público			,598			,470
Onde estou sempre na presença de outros			,771			,620
Onde sou obrigado a aprender sempre coisas novas			,811			,689
Muito complexo			,479			,414
Que de forma geral está pouco organizado do ponto de vista ergonómico				,798		,704
Onde faltam equipamentos/instrumentos adequados				,824		,691
Que de forma geral, é pouco reconhecido pelas chefias					,787	,652
No qual, de forma geral, me sinto explorado					,727	,568

Encontrada a estrutura fatorial anteriormente descrita procedemos à análise da sua fiabilidade. A fiabilidade pode ser avaliada através da análise da consistência interna. Entre os diferentes métodos que nos fornecem estimativas do grau de consistência de uma medida salienta-se o índice de Cronbach sobre o qual assenta a confiança da maioria dos investigadores. Esta avalia a consistência com que um determinado conjunto de itens de medida estima um determinado constructo ou dimensão latente (Kline, 1986; Schweigert, 1994). Assim, o *alpha* de Cronbach é uma proposta de estimativa de consistência interna a partir das variâncias dos itens e dos totais do teste por sujeito. Avalia a fiabilidade, e representa um coeficiente de correlação

ao quadrado que mede a homogeneidade das perguntas correlacionando as médias de todas as respostas aos itens, com o resultado global para estimar a consistência, variando entre 0 e 1 (Marôco & Garcia-Marques, 2006). De um modo geral, um instrumento ou teste é classificado como tendo fiabilidade apropriada quando o α é pelo menos 0.70 (Nunally, 1978), embora existam autores que sugerem como aceitáveis valores superiores a 0,60 (Marôco & Garcia-Marques, 2006; Peterson, 1994).

A elevada consistência indica que os itens que compõem as diferentes dimensões de uma medida estão fortemente correlacionados, apesar das dimensões em si, estabelecerem uma relação inferior àquela que é observada entre os itens que as compõem. De qualquer modo, é preciso saber que o valor de alfa é afetado não apenas pela correlação entre as respostas obtidas, mas também pelo número de questões feitas e por redundância. Questionários muito longos aumentam o valor de alfa, sem que isso signifique aumento de confiabilidade. Valores muito altos de alfa também podem estar a indicar redundância, isto é, a existência de questões praticamente iguais, verbalizadas de forma diferente (Marôco & Garcia-Marques, 2006).

Os valores do *alpha* e as correlações entre cada um dos itens e o fator onde se inserem estão expostos na Tabela 37.

Tabela 37: INSAT-Riscos Psicossociais no Trabalho: Valores do Alpha de Cronbach e Correlações Item/Fator

Fatores	Correlação Item/Fator	Alpha total sem o item	Alpha
Fator 1_ Intensidade, Ritmo e Sobrecarga de Trabalho			,826
1. Ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo	,537	,576	
2. Ser frequentemente interrompido	,663	,841	
3. Ter que me apressar	,630	,550	
4. Ter que resolver situações ou problemas imprevistos sem ajuda	,452	,604	
5. Ter que "saltar" ou encurtar uma refeição ou nem realizar pausa por causa do trabalho	,697	,524	
6. Frequente a necessidade de ajuda dos colegas (trabalho em equipa), apesar de nem sempre existir	,518	,575	
7. Com momentos de hipersolicitação	,679	,518	
Fator 2_ Exigências Emocionais			,876
8. Suportar as exigências, queixas ou reclamações do público	,768	,822	
9. Confrontar-me com situações de tensão nas relações com o público	,853	,742	
10. Estar exposto ao risco de agressão verbal do público	,678	,907	
Fator 3_ Exigências Cognitivas e Dificuldade da Tarefa			,715
11. Contacto direto com o público	,437	,691	
12. Onde estou sempre na presença de outros	,544	,629	
13. Onde sou obrigado a aprender sempre coisas novas	,675	,577	
14. Muito complexo	,427	,721	
Fator 4_ Organização e Características do Local de Trabalho			,737
15. Que de forma geral está pouco organizado do ponto de vista ergonómico	,584	---	
16. Onde faltam equipamentos/instrumentos adequados	,584	---	
Fator 5_ Relações Sociais e Interesse pelo Trabalhador			,658
17. Que de forma geral, é pouco reconhecido pelas chefias	,492	---	
18. No qual, de forma geral, me sinto explorado	,492	---	

Pela análise da Tabela 37 é possível constatar que os fatores retidos apresentam bons níveis de consistência interna (acima de 0,70), com exceção do 5 que, no entanto apresenta valores aceitáveis. Os valores de *alpha* podiam ser alterados, nesta solução, para um valor mais elevado nos fatores 1 e 2 se, respetivamente, fossem retirados os itens: *ser frequentemente interrompido* e *estar exposto ao risco de agressão verbal do público*. A decisão de os manter deveu-se às diferenças de valor não serem importantes e à adequação destes itens aos fatores onde estão incluídos e aos outros itens que os compõem. Ou seja, optámos aqui em detrimento de um valor estatístico mais favorável pela adequação em termos de conteúdo e de significado face ao objetivo da nossa análise

As correlações entre os itens e os respectivos fatores são, maioritariamente, moderadas existindo duas correlações elevadas³⁷.

No sentido de identificar estes fatores e poder dar-lhes uma designação procedemos a uma análise do conteúdo dos itens que integram cada um deles. Essa análise permite constatar que o 1 integra um conjunto de proposições que podem ser associadas a exigências de ritmo de trabalho e sobrecarga (fazer várias coisas ao mesmo tempo; apressar; "saltar" ou encurtar uma refeição ou nem realizar pausa por causa do trabalho e hipersolicitação), a responsabilidade acrescida (resolver situações ou problemas imprevistos sem ajuda; necessidade de ajuda dos colegas apesar de nem sempre existir) e a interrupções não planeadas da atividade (frequentemente interrompido). Ou seja, este fator encontra paralelismo com o fator intensidade e tempo de trabalho de Gollac e Bodier (que é descrito como englobando, entre outros, a intensidade e tempo de trabalho inclui, por um lado, a sujeição a constrangimentos de ritmo; a polivalência; a responsabilidade e a interrupção de atividade) e com o fator carga de trabalho do questionário F-Psico (nomeadamente na componente pressão de tempo que é avaliada a partir dos tempos designados para as tarefas, a velocidade que a execução do trabalho requer e a necessidade de acelerar o ritmo de trabalho em determinados momentos). Assim, decidimos designar o *Fator 1* como *Intensidade, Ritmo e Sobrecarga de Trabalho*.

O fator 2, por seu lado, agrupa questões relativas a exigências das relações com o público (suportar exigências, queixas ou reclamações e confronto com situações de tensão) e a violência externa (exposição ao risco de agressão verbal do público). Este fator tem correspondência com o fator exigências emocionais de Gollac e Bodier (o fator exigências emocionais inclui, entre outros, a relação com o público, o contacto com o sofrimento e a violência externa) e com o fator exigências psicológicas do questionário F-Psico, na componente exigências emocionais (estas exigências produzem-se nas situações em que o desempenho da tarefa comporta um esforço que afeta as emoções que o trabalhador pode sentir, esse esforço destina-se a reprimir os sentimentos e emoções e a manter a serenidade para responder às exigências do trabalho, por

³⁷ De acordo com Bryman e Cramer (2003), considera-se muito baixa uma correlação inferior a 0,19; baixa entre 0,20 e 0,39; moderada entre 0,40 e 0,69; entre 0,70 e 0,89 elevada e muito elevada acima de 0,90. Field (2005) refere como inaceitáveis, numa análise de fiabilidade, valores abaixo de 0,30.

exemplo, no caso de relação com pacientes ou clientes). Designámos o Fator 2 como *Exigências Emocionais*.

No fator 3 estão presentes o trabalho em permanente exposição a terceiros (contacto direto com o público e sempre na presença de outros) e questões de complexidade e exigências de aprendizagem do trabalho (obrigado a aprender sempre coisas novas, trabalho muito complexo). Encontramos estas questões, em parte, no fator autonomia de Gollac e Bodier (na referência à utilização e aumento de competências, nomeadamente cognitivas e culturais) e no F-Psico na componente exigências cognitivas do fator exigências psicológicas (grau de mobilização e esforço intelectual para o desempenho, como processamento de informação, conhecimentos prévios, memorização, de raciocínio e busca de soluções) e na componente dificuldade da tarefa do fator carga de trabalho (a dificuldade que é suposto que o trabalhador tenha no desempenho das diferentes tarefas). Desta forma o Fator 3 ficou designado como *Exigências Cognitivas e Dificuldade da Tarefa*.

Ao fator 4 correspondem situações organizacionais e conjunturais do local de trabalho (de forma geral pouco organizado do ponto de vista ergonómico e onde faltam equipamentos/instrumentos adequados). A correspondência com os fatores defendidos por outros autores, não é direta. Apenas no fator intensidade e tempo de trabalho, Gollac e Bodier falam de insuficiência de meios. Assim, ao Fator 4 designámo-lo por *Organização e Características do Local de Trabalho*.

No fator 5 estão questões relativas ao reconhecimento do trabalho e à remuneração (de forma geral, é pouco reconhecido pelas chefias, no qual, de forma geral, me sinto explorado). Estas questões são expressas no fator relações sociais no trabalho (onde Gollac e Bodier falam das relações com a hierarquia e do reconhecimento do trabalho) e nos fatores variedade e conteúdo e interesse pelo trabalhador do questionário F-Psico (onde se menciona, respetivamente, a sensação de que o trabalho tem significado e utilidade por si mesmo para o trabalhador no conjunto da empresa e para a sociedade em geral e a existência de um equilíbrio entre o que o trabalhador dá e a compensação que por tal obtém). Decidimos, então, denominar o Fator 5 como *Relações Sociais e Interesse pelo Trabalhador*.

Na Tabela 37 os fatores já estão identificados desta forma e os itens correspondentes a cada um dos fatores foram numerados sequencialmente. Este

conjunto de fatores corresponde à organização dos riscos psicossociais que o INSAT permite avaliar, na nossa amostra, e a esse conjunto denominámos, INSAT-Riscos Psicossociais no Trabalho.

3.2. Análise da estrutura fatorial

Com o objetivo de confirmar a validação da estrutura fatorial da medida de avaliação obtida, que pelo estudo de validade já efetuado apresenta qualidades psicométricas adequadas, testou-se o modelo resultante relativamente à sua dimensionalidade recorrendo à análise fatorial confirmatória (AFC). Esta técnica está contemplada dentro dos modelos de equações estruturais e procura confirmar a adequação aos dados da estrutura fatorial de uma determinada medida, ou seja, determinar se um modelo teórico hipotético é consistente com os dados recolhidos. A consistência ou qualidade do ajustamento desse modelo é avaliada através de critérios globais, relacionados com a adequação global do modelo e por critérios específicos, que dizem respeito à análise dos parâmetros estimados (Kline, 2005; Marôco, 2010).

No nosso estudo a dimensão da amostra garante as condições necessárias à condução da AFC³⁸, pois, embora o tamanho da amostra para a realização desta técnica esteja dependente da complexidade do modelo, do método de estimação usado e das características de distribuição das variáveis observadas, usualmente um número de sujeitos superior a 200 é considerado adequado (Kline, 2005).

Para o modelo foi especificada uma estrutura fatorial formada por seis fatores, cinco de primeira ordem, correlacionados (Intensidade, Ritmo e Sobrecarga de Trabalho; Exigências Emocionais; Exigências Cognitivas e Dificuldade da Tarefa; Organização e Características do Local de Trabalho e Relações Sociais e Interesse pelo Trabalhador) que se entendem como sendo cinco tipos de fatores psicossociais de risco e um fator geral de segunda ordem. Assim, assumimos que os cinco fatores de primeira ordem são diferentes dimensões de um mesmo fator latente: Riscos Psicossociais no Trabalho.

³⁸ A AFC foi realizada apesar de ter sido realizada a análise fatorial exploratória porque o inquérito não foi sujeito a qualquer análise fatorial prévia. Para uma maior correção deveria ter sido feita a AFC em metade da amostra e na outra metade a AFE, mas o número de respondentes da amostra não o permitiu.

Este modelo foi sujeito ao método da máxima verosimilhança para a estimativa dos parâmetros³⁹. Os cinco fatores obtidos foram distinguidos como variáveis latentes e as correlações entre eles foram especificadas para serem estimadas livremente. Para assegurarmos a identificação estatística do modelo de medida, as variâncias dos fatores foram fixadas em 1,00.

A avaliação da qualidade do ajustamento (*goodness of fit*) do modelo não é uma temática consensual, sendo que os vários autores referem-se a diferentes valores de *cutoff* para os níveis de qualidade de ajustamento⁴⁰. Por outro lado, os valores de referência apresentados na literatura referem-se a modelos com ajustamento excelente, o que não significa que valores ligeiramente abaixo devam ser excluídos, devendo ser considerada a combinação de valores e não a exclusão por um dos indicadores estar abaixo do excelente. Ou seja, os índices de ajustamento global sozinhos não podem representar tudo o que há para conhecer acerca de um modelo para julgar a adequação do seu ajustamento aos dados (Marsh, Hau & Wen, 2004; Pilati & Abbad, 2005).

Para o teste de ajuste do modelo proposto foram analisados os seguintes índices: Qui-quadrado (χ^2) e Qui-quadrado relativo (rácio χ^2/gl); *CFI* (*Comparative Fit Index*); *TLI* (*Tucker-Lewis Index*); *RMSEA* (*Root Mean Square Error of Aproximation*) e *NFI* (*Normed Fit Index*). Estes, juntamente com o *GFI* (*Goodness-of-fit Index*),⁴¹ são os índices mais utilizados na literatura (Byrne, 2001; Pilati & Abbad, 2005). Foi com esta leitura que analisamos os dados obtidos.

Na Tabela 38 os resultados mostram que os modelos 1 e 2 apresentam índices de ajustamento razoáveis. O valor do Qui-quadrado é elevado e os seus níveis de significância não são considerados desejados, pois $p < ,001$, embora de acordo com

³⁹ Utilizámos para esta análise o programa IBM SPSS AMOS 22.

⁴⁰ Gonçalves (2011) refere que para Bollen (1990) são aceitáveis valores de *RMSEA* superiores a 0,08; *GFI*, *NFI*, e *CFI* superiores a 0,90. Para Hu e Bentler (1999) os valores reveladores de bom ajustamento são, *RMSEA* próximo de 0,06 e *CFI*, *GFI* e *TLI* próximos de 0,95. Para Marôco (2010) os valores de referência: χ^2 e *p-value* quanto menor melhor; para o *CFI*, *GFI* e *TLI* valores superiores a 0,8 traduzem um ajustamento mau, valores entre 0,8 e 0,9 ajustamento sofrível; entre 0,9 e 0,95 ajustamento muito bom; valores superiores a 0,95 ajustamento muito bom; valores de *RMSEA* superiores a 0,10 significam ajustamento inaceitável; entre 0,05 e 0,10 ajustamento bom e menores ou iguais a 0,05 ajustamento muito bom.

⁴¹ O *GFI* (*Goodness-of-fit Index*) não foi analisado pois a existência de *missings* nos dados não permite que o programa o calcule.

Marôco, 2010, este índice apresenta uma elevada sensibilidade ao tamanho da amostra. O Qui-quadrado relativo apresenta um valor de 1,5 (valor inferior a 5 ou a 2, que de acordo com os diferentes autores, são os valores mínimos aceitáveis). O *RMSEA* apresenta um valor de 0,04 (ajustamento muito bom). Os valores de *CFI* e *TLI* são superiores a 0,9 e o de *NFI* fica abaixo desse valor, mas acima de 0,8. O valor de Hoelter mostra valores significativos e superiores a 200⁴².

Tabela 38: Índices de Ajustamento Obtidos na Análise Fatorial Confirmatória do INSAT-Riscos Psicossociais no Trabalho

	χ^2	<i>gl</i>	χ^2/gl	<i>CFI</i>	<i>NFI</i>	<i>TLI</i>	<i>RMSEA</i>	IC (90%)
Modelo 1	185,697*	125	1,486	0,941	0,841	0,919	0,04	0,03-0,05**
Modelo 2	192,996*	130	1,485	0,939	0,839	0,919	0,04	0,03-0,05**

Nota. * $p < 0,001$; ** $p > 0,05$

Assim, e atendendo à globalidade dos índices a solução fatorial constituída por cinco fatores é aceitável, bem como a solução constituída por um fator geral de segunda ordem remetendo para que os cinco fatores anteriores sejam diferentes dimensões de um mesmo fator latente.

No seguimento apresentam-se, na Figura 7, os coeficientes estandardizados estimados para os modelos fatoriais construídos. A maioria dos itens apresenta valores fatoriais (*loadings*) moderados (superiores a 0,50) e significativos ($p < 0,001$) no fator para o qual foram especificados. Os itens com saturações inferiores a 0,50 são, no fator 3, o 11 (contacto direto com o público) e o 14 (muito complexo). Os cinco fatores correlacionam-se de uma forma positiva e significativa, com exceção dos fatores 3 e 5 em que a correlação não é significativa. As correlações mais elevadas existem entre o fator um e o dois (0,67), entre o fator 1 e o cinco (0,61) e entre o dois e o cinco (0,61).

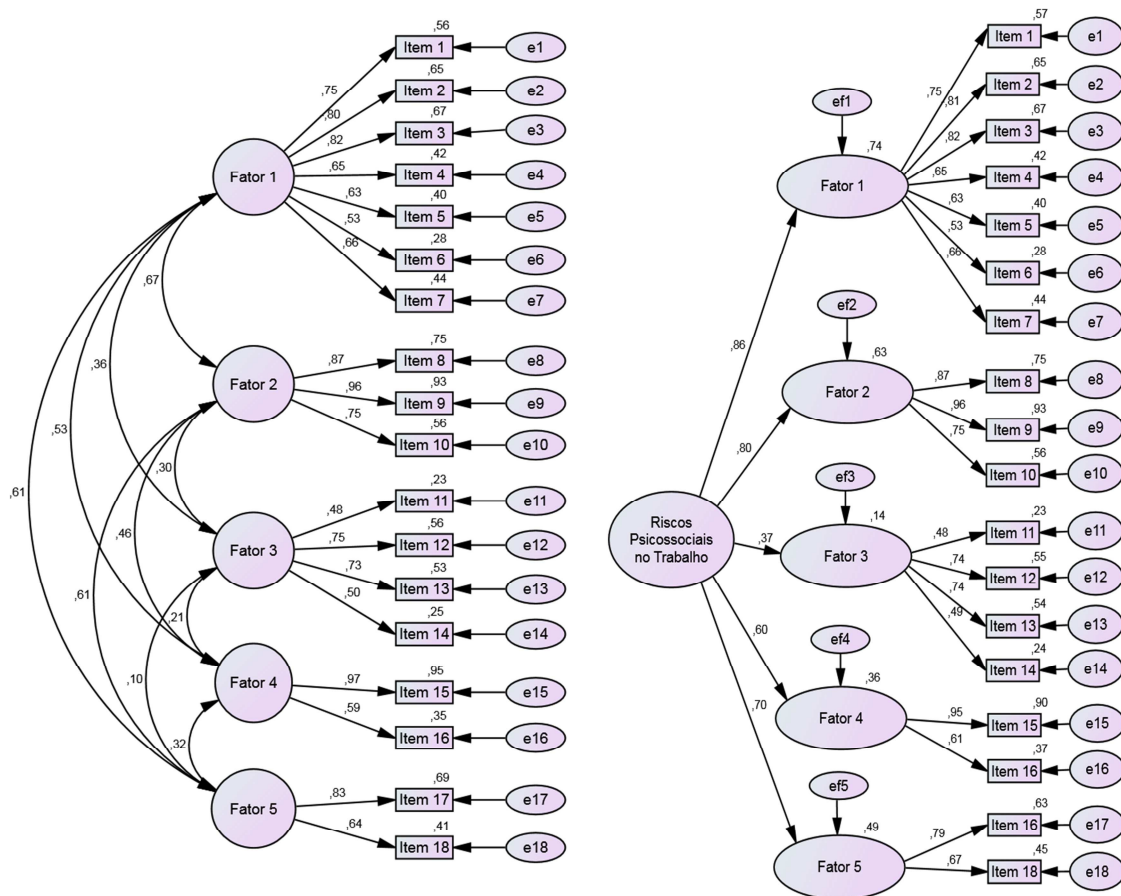
Para os riscos psicossociais no trabalho, na nossa amostra, contribuem de forma elevada o fator 1, o 2 e o 5, de forma moderada o 4 e de forma baixa o 3. Ou seja, as

⁴² O valor de Hoelter (ou N crítico de Hoelter) fornece uma estimativa da dimensão da amostra necessária para se obter o ajustamento. Deve ser igual ou superior a 200 e significativo (Marôco, 2010).

exigências cognitivas são menos bem explicadas por estes riscos do que as outras dimensões, cuja explicação é elevada ou moderada.

Modelo 1: Cinco fatores correlacionados

Modelo 2: Um fator geral de segunda ordem com base no Modelo 1



Nota. Todas as correlações são significativas a $p < 0,001$ ou $p < 0,05$, com exceção da correlação entre F3 e F5.

Figura 7: Análise Fatorial Confirmatória do INSAT-Riscos Psicossociais no Trabalho

No seguimento do que expusemos e discutimos demos cumprimento aos dois primeiros objetivos a que nos tínhamos proposto. Isto é, procedemos à validação fatorial do INSAT e determinámos os fatores psicossociais de risco a partir deste instrumento. Logo, para avaliar a existência de riscos psicossociais no trabalho, na amostra de

fisioterapeutas que temos vindo a estudar, podemos socorrer-nos do modelo que validámos cujos resultados explicam esses mesmos riscos.

A partir dos itens que constituem os cinco fatores que criámos (1. *Intensidade, Ritmo e Sobrecarga de Trabalho*; 2. *Exigências Emocionais*; 3. *Exigências Cognitivas e Dificuldade da Tarefa*; 4. *Organização e Características do Local de Trabalho* e 5. *Relações Sociais e Interesse pelo Trabalhador*), podemos perceber que os mesmos dizem respeito a condições de trabalho relacionadas com intensidade do mesmo, com exigências que este implica, com características dos locais onde se pratica e com relacionamentos sociais do trabalhador.

Os riscos psicossociais são, então, avaliados a partir de uma estrutura fatorial composta por dezoito itens, distribuídos pelos fatores da seguinte forma: no fator 1, sete itens, sendo que no INSAT, originalmente, cinco estão incluídos na componente constrangimentos do ritmo de trabalho, um na componente relações de trabalho e outro na componente características do trabalho; no fator 2, três itens, que na sua origem correspondiam à componente contacto com o público; no fator 3, quatro itens, correspondendo um à componente contacto com o público e os outros três à componente características do trabalho; no fator 4, dois itens pertencentes à componente características do trabalho e no fator 5 dois itens, também incluídos nesta última componente.

Para dar resposta ao terceiro objetivo, vamos no ponto seguinte analisar os resultados dos fisioterapeutas da nossa amostra relativamente a esses fatores.

4. Os Riscos Psicossociais dos Fisioterapeutas da Amostra

Com o terceiro objetivo que delineámos para este estudo pretendíamos avaliar os fisioterapeutas da amostra em termos de riscos, através dos fatores psicossociais resultantes da validação do INSAT. Realizada a validação e na posse de um conjunto de itens desse instrumento, que avaliam e explicam os riscos psicossociais nos fisioterapeutas que estudamos, apresentamos na Tabela 39 os resultados para esses itens agrupados nos fatores que identificámos e que constituem o INSAT-Riscos Psicossociais no Trabalho.

Tabela 39: Riscos Psicossociais dos Fisioterapeutas da Amostra Total

Fatores	Exposição n (%)	Incómodo n (%)
Fator 1_ Intensidade, Ritmo e Sobrecarga de Trabalho		
1. Ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo	183 (73,5)	109 (43,8)
2. Ser frequentemente interrompido	141 (56,6)	88 (35,3)
3. Ter que me apressar	168 (67,5)	138 (55,4)
4. Ter que resolver situações ou problemas imprevistos sem ajuda	152 (61,0)	80 (32,1)
5. Ter que "saltar" ou encurtar uma refeição ou nem realizar pausa por causa do trabalho	138 (55,4)	109 (43,8)
6. Frequente a necessidade de ajuda dos colegas (trabalho em equipa), apesar de nem sempre existir	149 (59,8)	55 (22,1)
7. Com momentos de hipersolicitação	187 (75,1)	119 (47,8)
Fator 2_ Exigências Emocionais		
8. Suportar as exigências, queixas ou reclamações do público	213 (85,5)	105 (42,2)
9. Confrontar-me com situações de tensão nas relações com o público	186 (74,7)	117 (47,0)
10. Estar exposto ao risco de agressão verbal do público	161 (64,7)	112 (45,0)
Fator 3_ Exigências Cognitivas e Dificuldade da Tarefa		
11. Contacto direto com o público	244 (98,0)	11 (4,4)
12. Onde estou sempre na presença de outros	222 (89,6)	12 (4,8)
13. Onde sou obrigado a aprender sempre coisas novas	211 (84,7)	4 (1,6)
14. Muito complexo	101 (40,6)	18 (7,2)
Fator 4_ Organização e Características do Local de Trabalho		
15. Que de forma geral está pouco organizado do ponto de vista ergonómico	118 (47,4)	102 (41,0)
16. Onde faltam equipamentos/instrumentos adequados	139 (55,8)	123 (49,4)
Fator 5_ Relações Sociais e Interesse pelo Trabalhador		
17. Que de forma geral, é pouco reconhecido pelas chefias	126 (50,6)	121 (48,6)
18. No qual, de forma geral, me sinto explorado	115 (46,2)	111 (44,6)

Analisando os resultados expostos, verificamos que em todos os fatores, os itens que os constituem são situações onde a exposição dos fisioterapeutas é elevada. Ou seja, com exceção das questões da pouca organização ergonómica e do sentimento de exploração no trabalho (que mesmo assim apresentam valores próximos dos 50%), em todas as situações mais de metade dos fisioterapeutas reconhece a sua presença no que diz respeito ao trabalho que realizam. Os maiores valores de exposição são para as situações relacionadas com as exigências relativamente ao contacto com as pessoas (público) e com a intensidade, ritmo e carga de trabalho. Não obstante, a observação do incómodo percecionado, admite uma leitura diferente que possibilita aprofundar a análise.

As situações nas quais se revela uma maior exposição, não são necessariamente aquelas que os fisioterapeutas apontam como causando mais incómodo. Dos três fatores onde os valores de exposição são maiores, um deles, o das Exigências Cognitivas e Dificuldade da Tarefa apresenta para todos os itens percentagens de incómodo muito baixas.

Nos outros quatro fatores o incómodo é referido por mais de 40% da amostra com exceção das circunstâncias de ser frequente a necessidade de ajuda dos colegas, apesar de nem sempre existir, ter que resolver situações ou problemas imprevistos sem ajuda e ser frequentemente interrompido. Pelo contrário a questão que incomoda mais fisioterapeutas é o terem de se apressar para realizarem o seu trabalho.

Assim sendo, os fatores psicossociais que mais contribuem para riscos nos fisioterapeutas são: Relações Sociais e Interesse pelo Trabalhador; Organização e Características do Local de Trabalho; Exigências Emocionais e Intensidade, Ritmo e Sobrecarga de Trabalho. As situações de potencial risco psicossocial, mais evidentes, são em cada um deles, respetivamente, a falta de reconhecimento do trabalho pelas chefias, a falta de equipamentos ou instrumentos para trabalhar, o confronto com tensões nas relações com os utentes ou familiares, e a necessidade de trabalhar de forma apressada, bem como a existência de hipersolicitações.

Pelo contrário, o fator Exigências Cognitivas e Dificuldade da Tarefa parece ser não um fator de risco, mas sim um fator de alguma proteção para a grande maioria dos fisioterapeutas. Esta é uma realidade que já mencionámos, ou seja, o facto dos fatores psicossociais poderem ser na sua essência, não somente, uma fonte potencial de risco. Isto é, podendo ser fatores de risco podem constituir-se como fatores de proteção, pois a interação do trabalho com as pessoas pode ter resultados positivos se os indivíduos tiverem oportunidades para desenvolver as suas capacidades (Bilbao & Cuixart, 2012; Gollac & Bodier, 2011).

É exatamente esta circunstância que nos parece que está a acontecer nos nossos fisioterapeutas. Face a um trabalho exigente do ponto de vista da sua intensidade, com falhas na organização e equipamentos para o realizar, que não é reconhecido pelas hierarquias, onde a relação entre o que se dá e o que se obtém é pouco justa e que exige do trabalhador a sua mobilização física, mas igualmente a emocional, aquilo que, aparentemente, ele exige cognitivamente e o que o torna mais difícil acaba por ser positivo. Noutros termos estar sempre rodeado de pessoas, contactar com elas e com a sua diversidade pode ser uma forma de relativizar o que, emocional e fisicamente, o trabalho comporta. Por outro lado, a necessidade constante de aprender e a complexidade do trabalho podem significar a não monotonia do mesmo e o estímulo para não rotinizar a sua atividade.

A comparação destes resultados com outros estudos não é possível de fazer, pois não só há muito pouca investigação nos fisioterapeutas relativamente a esta temática, como a que existe utilizou metodologias e instrumentos completamente diferentes. De qualquer forma, num estudo de 2010 realizado com fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais recentemente graduados, a trabalhar no setor público, os resultados mostram a existência de um excessivo comprometimento (esforço excessivo e forte desejo de aprovação) para com o trabalho, mas poucos estavam expostos a stresse no trabalho ou a desequilíbrio esforço-recompensa. No entanto mais de um quarto dos fisioterapeutas apresentava insatisfação com o seu trabalho, muito à custa de baixas recompensas e baixo controle sobre o mesmo (Enberg, Nordin & Öhman, 2010).

De forma idêntica, já Campo, Weiser e Koenig (2009) tinham concluído que os fisioterapeutas tinham uma visão positiva do seu ambiente de trabalho, com níveis moderados de exigências e altos de controlo, embora os que tinham altos níveis de exigências e baixos de controlo estivessem em risco acrescido de rotatividade e dor. Com o propósito de analisar em profissionais de saúde os efeitos da sobrecarga laboral e da autoeficácia sobre o burnout, concluiu-se que a prevenção deste síndrome implica que se evite essa sobrecarga e se aumente as perceções de autoeficácia (Gil-Monte & García-Juesas, 2008).

Para compreender o ambiente de trabalho no ponto de vista dos trabalhadores da saúde, Rios (2008) fez uma pesquisa de fatores psicossociais do trabalho (que refere serem aspetos pertencentes à organização do trabalho e às relações interpessoais). Concluiu pela elevada insatisfação em relação ao papel dos superiores, ao apoio, à clareza e ao reconhecimento e pelo custo emocional que os trabalhadores revelam. Como pontos fortes nomeia as relações sociais, os métodos/tecnologias adequados e o envolvimento e o sentimento sobre o valor do trabalho. Dos pontos fracos aponta as questões relativas à organização, participação e flexibilidade. Embora abordando algumas questões que estão a montante de possíveis riscos os estudos que exemplificámos centram-se, também, nas consequências destes riscos ou na sua relação com a saúde. Este último ponto é interessante de verificar para a nossa amostra, ou seja, a relação entre a existência de determinados riscos psicossociais e alterações na perceção da saúde ou na presença de problemas da mesma.

Essa relação pode ser obtida através dos resultados do primeiro estudo, onde verificamos que situações relativas a condições e características de trabalho poderiam ser preditivas. Da análise dos resultados a partir desse estudo, verificamos que os fisioterapeutas estarão mais protegidos de desenvolver problemas de saúde como as dores de costas ou os músculo-esqueléticos, se não forem expostos a um trabalho monótono ou pouco criativo. Assim, a existência de um fator protetor que já determinamos como sendo as Exigências Cognitivas, tem razão de ser, pois contribuirá para uma menor monotonia e criatividade. Por outro lado, a pouca satisfação com o trabalho (que verificamos existir nos fisioterapeutas) é preditora de dores de cabeça. Ou seja, a influência em termos de risco do fator Relações Sociais e Interesse pelo Trabalhador.

No que diz respeito à percepção de a saúde estar afetada pelo trabalho, algumas situações que lhe estão associadas são o ter de fazer várias coisas ao mesmo tempo e a agressão verbal por parte do público. Isto é, situações que estão incluídas nos fatores psicossociais Intensidade, Ritmo e Sobrecarga de Trabalho e Exigências Emocionais.

A realização, por parte dos fisioterapeutas, de um trabalho monótono, onde se sintam explorados e com o qual estão pouco satisfeitos estão, também, relacionadas com a probabilidade de perceber a saúde como estando afetada pelo trabalho. Mais uma vez a relação quer com o fator protetor, quer com o fator Relações Sociais e Interesse pelo Trabalhador.

Resultados idênticos, no que diz respeito à saúde são reportados por trabalhadores que experienciam discriminação, violência verbal, humilhação, violência física e assédio (Eurofound, 2010). Resultados desse inquérito mostram, também, que o equilíbrio entre a vida no trabalho e a vida fora do trabalho tem um efeito protetor na saúde. Na realidade, este equilíbrio parece acontecer nos fisioterapeutas, pois a grande maioria afirma conciliar as duas vertentes e o incómodo provocado pela forma como conseguem essa conciliação é baixo.

Não tendo aparecido como fator de risco nos nossos resultados, a insegurança no trabalho e a ausência de perspectivas de carreira, no inquérito sobre condições de trabalho de 2010, parecem associar-se de forma moderada com efeitos negativos em termos de saúde. Não tendo dados que nos possam elucidar acerca destas matérias nos nossos fisioterapeutas, sabemos no entanto que há uma percentagem razoável que não

tem contrato efetivo. Da mesma forma, o salário e considerar que se é bem pago aparece, também, associado a menores problemas de saúde (ora, no caso dos fisioterapeutas, estes afirmam sentirem-se explorados) e a inovação no local de trabalho apresenta uma associação, embora fraca, com resultados de saúde mais positivos (mas, no nosso primeiro estudo, um dos aspetos referidos pelos fisioterapeutas é a má organização ergonómica do local de trabalho e a falta de instrumentos/equipamentos). Por fim, e ainda no quinto inquérito sobre as condições de trabalho, resulta que ter uma boa chefia tem um papel protetor, embora fraco, assim como a possibilidade de ter formação e treino (uma questão que verificámos, também, ser positiva para os nossos trabalhadores).

5. Síntese Conclusiva

Ainda que ao conceito de riscos psicossociais estejam associadas imprecisões e dúvidas, existem em todas as organizações, características e condições de trabalho que têm uma menor visibilidade e que podem estar na origem de problemas para os trabalhadores. De facto, encontramos na literatura fatores que podem corresponder a essas condições e formas de as avaliar. Estando a estudar um grupo profissional que na sua atividade de trabalho estará sujeito a riscos de origem psicossocial, procedemos à avaliação desses riscos através do INSAT, enquanto instrumento que avalia, também, condições de trabalho. A validação fatorial de um dos eixos deste instrumento revelou um modelo constituído por cinco fatores psicossociais, que apresentou propriedades psicométricas adequadas e que explica, para a amostra em estudo, os riscos a que está sujeita.

Os fatores psicossociais, Relações Sociais e Interesse pelo Trabalhador; Organização e Características do Local de Trabalho; Exigências Emocionais e Intensidade, Ritmo e Sobrecarga de Trabalho constituem, então, fonte de risco para os fisioterapeutas. O fator Exigências Cognitivas parece ser um fator protetor para estes trabalhadores.

**CAPÍTULO VIII. AO ENCONTRO DOS FISIOTERAPEUTAS:
FATORES PSICOSSOCIAIS DE RISCO EM DOIS CASOS DE
ESTUDO (ESTUDO EMPÍRICO 3)**

1. Introdução

No primeiro capítulo desta dissertação, ao contextualizar a abordagem onde nos enquadrámos, assumimos que o trabalho é analisado como uma atividade, conduzindo, assim, à distinção clara entre os conceitos de trabalho prescrito (a tarefa) e de trabalho real (a atividade). Como, então, dissemos, nesta abordagem, a passagem da tarefa à atividade, é feita pelo trabalhador através da construção subjetiva de representações sobre o trabalho, sobre o seu contexto e, igualmente, sobre si e sobre o coletivo onde se insere, resultando na redefinição do objetivo e da tarefa prescrita e na sua necessária atualização de acordo com um novo sistema de referências (Leplat, 1997).

Nesta perspetiva destaca-se, então, o recurso à análise da atividade como forma de conhecimento e ferramenta de intervenção face ao trabalho. A importância deste recurso é, entre outras, a assunção de uma orientação, no nosso ponto de vista, mais abrangente que outros tipos de abordagens, nomeadamente a que foi por nós utilizada nos estudos já descritos. Contudo, não podemos deixar de novamente evidenciar a conjugação e a complementaridade das diferentes perspetivas. Os estudos apresentados em capítulos anteriores permitiram-nos obter uma visão, mais genérica no primeiro, mais específica no segundo, sobre as questões que do ponto de vista do trabalho e da saúde caracterizam os fisioterapeutas. Contudo é uma visão alicerçada nas respostas a um instrumento de avaliação por questionário⁴³, que permitindo aceder a um leque alargado de sujeitos, proceder a análises estatísticas e estabelecer relações causais entre variáveis, abrindo caminho para uma generalização dos resultados, pode ser limitativo pela produção de um conhecimento catalogado e descontextualizado (Denzin & Lincoln, 2000). Por outras palavras, a obtenção de um conjunto de resultados que traduzem um real de alguma forma descontextualizado de uma singularidade espaço-temporal. Foi na procura desta contextualização que realizámos um terceiro estudo indo ao encontro da realidade dos fisioterapeutas, que apesar de não constituir uma genuína análise da atividade, procura ser fiel a alguns dos seus pressupostos de base.

Fizemo-lo em dois casos concretos (dois contextos de trabalho de fisioterapeutas) através da observação da atividade destes trabalhadores e da sua

⁴³ Não podemos, no entanto, deixar de realçar que as autoras do INSAT aconselham o seu uso de forma articulada com uma análise do trabalho.

perceção sobre a mesma, através de um relato de viva voz obtido a partir de entrevistas individuais. Os casos em estudo correspondem a dois locais de prestação de cuidados de fisioterapia, um do setor público e outro do setor privado.

Neste capítulo iremos apresentar estes dois casos de estudo, apresentando as questões que nortearam a pesquisa, tecendo algumas considerações metodológicas sobre o que foi feito e posteriormente procurando dar visibilidade a uma atividade real do trabalho dos fisioterapeutas.

2. Questões de Investigação

Este estudo teve na sua génese um conjunto de questões a que se procurou dar resposta: como descrevem os fisioterapeutas a sua atividade? Como se posicionam face a um conjunto de aspetos relativos à organização dessa atividade, às relações que estabelecem com os utentes, colegas e chefias? Que valores, emoções e defesas mobilizam? Quais as suas inseguranças e âncoras?

Isto é, com o estudo desenvolvido pretendíamos, em termos de objetivos, sobretudo, ir mais longe e perceber realmente como os fisioterapeutas vivem a sua atividade de trabalho, mas, também, conhecer o posicionamento dos fisioterapeutas sobre eventuais fatores psicossociais de risco.

3. A Opção Metodológica em Jogo

As metodologias qualitativas são, de acordo com Denzin e Lincoln (2000) uma atividade situada que coloca o observador no mundo, consistindo num conjunto de práticas interpretativas que tornam esse mundo legível. Envolve uma abordagem interpretativa, que permite estudar os fenómenos no seu contexto natural, tentando compreendê-los, interpretá-los, em termos dos significados que as pessoas lhes dão. Contudo, estas abordagens qualitativas, como a entrevista, consomem mais recursos, nomeadamente temporais, resultando no acesso a um número relativamente restrito de participantes e são mais propícias à subjetividade. Mas a possibilidade de estabelecer um diálogo com os sujeitos poderá permitir aceder, de uma forma mais próxima, às suas perceções, aspirações, interesses e representações e ao sentido que atribui ao seu contexto.

A opção pela utilização de uma metodologia qualitativa, sendo voluntária, é, também, quase que uma “exigência” que muitos autores preconizam para o estudo das questões ligadas ao trabalho e especificamente ao estudo dos riscos psicossociais. Na revisão sistemática de que damos conta no capítulo IV, a sugestão da utilização, em estudos acerca destes riscos, de metodologias qualitativas, sejam entrevistas, observação ou outras e a necessidade de complementar os dados recolhidos com material que não seja decorrente de escalas ou questionários é amiúde mencionada. Cohidon (2009), a esse propósito refere que quantificar problemas e identificar situações de trabalho de maior risco é importante, mas clarificações numa perspetiva mais qualitativa poderão permitir considerar soluções, tanto a nível individual como coletivo.

Desta forma, o estudo desta temática não só parece beneficiar de uma conciliação metodológica, como já tivemos oportunidade de afirmar, mas, principalmente, da utilização de uma metodologia qualitativa. A construção do conhecimento, no quadro da tradição da psicologia do trabalho e da ergonomia da atividade, em que nos sustentamos, decorre a partir de uma forte ancoragem no terreno e de uma estreita articulação com as características da situação em análise e dos seus protagonistas (Cunha, 2011). De facto, a relação do indivíduo com determinada atividade produtiva nunca é passiva e inscreve-se sempre num tecido de relações sociais. Ora, a análise da atividade concreta do operador e do seu trabalho real (o que é efetivamente realizado apesar de condições nem sempre favoráveis) desafia o investigador a procurar a objetividade sem deixar de ouvir quem trabalha (Ombredane & Faverge, 1955). Dar a palavra a quem trabalha e observar o que é efetivamente realizado é, no caso, privilegiar uma abordagem “que sustenta um olhar atento ao que se passa em contexto real, e aos seus imponderáveis” (Cunha, 2011, p.56). Assim, coloca-se no cerne da análise a atividade de trabalho e os seus determinantes.

4. Os Instrumentos de Recolha de Dados

No seguimento da opção metodológica que fizemos utilizámos como instrumentos para a recolha de informação a observação e a entrevista individual. Na combinação destas duas técnicas considerámos importante e como forma de

conhecimento prévio do trabalho dos fisioterapeutas, dedicar algum tempo a observar a sua atividade.

Observar é um processo que inclui a atenção voluntária, orientado por um objetivo e dirigido para um objeto, de forma a recolher informações. Em investigação, é uma forma de recolher informação sobre processos, eventos e temas. A observação naturalista é uma forma de observação sistematizada, realizada em meio natural com vista ao estudo de indivíduos e grupos nos seus contextos, pois é nesses contextos que os indivíduos e grupos realmente funcionam (Evertson & Green, 1986).

Por via da observação podemos chegar a dois tipos de informação, por um lado uma informação mais objetiva que consiste na descrição de elementos concretos, isto é, elementos que poderão ser corroborados por outros observadores (aquilo que se percebe com os sentidos). Por outro lado, algo mais subjetivo que consiste na inferência, ou seja nas interpretações pessoais, do observador, formuladas a partir de comportamentos observados, isto é, conclusões que se deduzem das observações e que são pistas explicativas desses comportamentos (Estrela, 1994).

Através de uma entrevista procura-se compreender de que forma as pessoas atribuem sentido às suas vidas e constitui uma boa técnica para apreender como os membros de uma dada categoria social mantêm, transformam e desafiam uma ou várias entidades (Mendes, 2003). Segundo Bogdan e Biklen (2010), uma entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo.

A entrevista favorece o estudo de realidades sociais, cognitivas e simbólicas que ultrapassam, atravessam ou cortam as ancoragens locais (Mendes, 2003). Tem como principais vantagens, segundo Quivy e Campenhoudt (2008), o grau de profundidade que se consegue obter dos elementos em análise e a flexibilidade e a fraca diretividade do dispositivo que permite recolher os testemunhos e as interpretações dos interlocutores. Por outro lado, essa flexibilidade também é considerada uma desvantagem, pois pode intimidar todos os que não conseguirem trabalhar sem diretivas técnicas precisas. Outras desvantagens para o uso das entrevistas são o facto de as informações recolhidas não se apresentarem prontas para efetuar análises particulares, assim como, e a propósito da sua flexibilidade, a circunstância de se poder acreditar

numa completa espontaneidade do entrevistado e numa total neutralidade do investigador. Todavia e como refere Mendes (2003): “a posição do entrevistador como um estranho benigno poderá induzir confissões e desabafos impossíveis de conseguir num contexto quotidiano de trabalho ou de vida” (p.10). Assim, a entrevista permite considerar o discurso dos trabalhadores, pois embora envolva o seguimento de um guião e, por tal, uma padronização, exige atenção aos interesses e perspetivas dos entrevistados.

5. Os Procedimentos Adotados

Os procedimentos que adotámos para a utilização destes instrumentos metodológicos tiveram como ponto de partida a noção de que não seria fácil chegar à atividade de trabalho do fisioterapeuta, pois as dinâmicas organizacionais e os imperativos de atender pessoas não se conformam com esperas de profissionais, ou elementos estranhos aos seus contextos. Contudo, identificámos dois locais, de prestação de cuidados de fisioterapia, que acederam à realização do estudo e permitiram o acesso aos fisioterapeutas. Por questões éticas e como combinado, nem os locais, nem quaisquer dos seus profissionais ou responsáveis serão aqui identificados.

A organização temporal e o tipo de ações que desenvolvemos, junto desses locais, estão resumidos na Figura 8. Os primeiros contactos aconteceram com os responsáveis máximos das duas instituições, ainda em 2013, inicialmente via telefone e depois presencialmente. Esses contactos, que se prolongaram para 2014 permitiram explicitar os objetivos do nosso trabalho e acertar alguns pormenores para a realização do mesmo. Posteriormente, contactámos formalmente os responsáveis diretos dos fisioterapeutas e com eles combinámos a melhor forma de pôr em prática o que pretendíamos fazer (na Figura 8, estes contatos correspondem à barra rosa). O espaço temporal em que estes contatos foram efetuados prolongou-se em função de duas ordens de razões. Por um lado, pela necessidade de marcação (e reagendamento, por vezes) dos momentos presenciais e por outro (particularmente com as chefias diretas) pelo conjunto de pormenores que tiveram que ser ajustados para a realização das observações e das entrevistas.

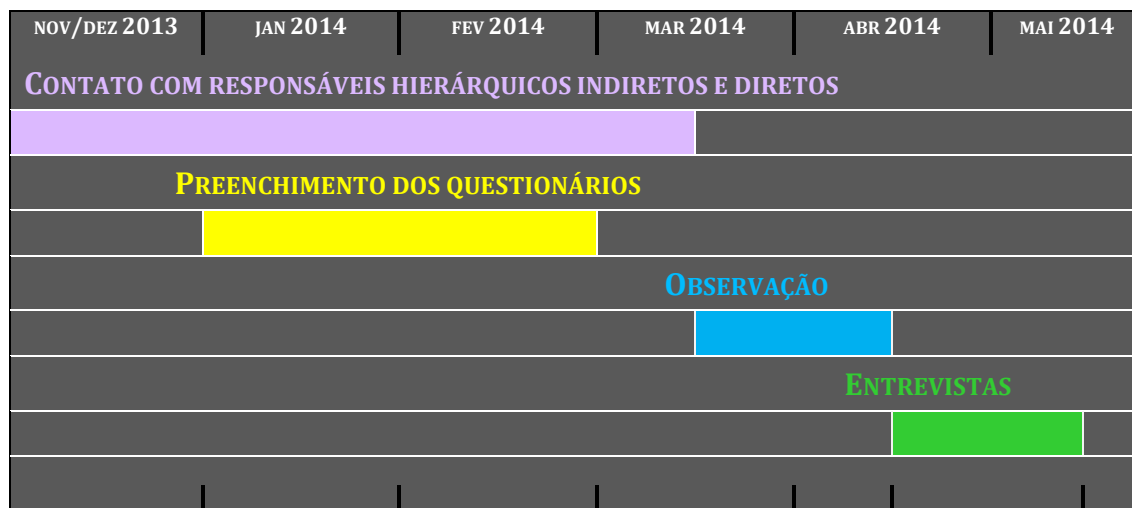


Figura 8: Cronologia das Atividades Desenvolvidas para a Recolha de Dados

Já com a ajuda das chefias diretas dos dois locais, foi solicitado a todos os fisioterapeutas que aí trabalhavam o preenchimento, voluntário, do INSAT (na figura este período de tempo corresponde à barra amarela). O questionário foi preenchido e devolvido por catorze fisioterapeutas do Local A e por cinco do Local B⁴⁴.

Os momentos de observação (que correspondem na Figura 8 à barra azul) foram combinados com as chefias diretas dos fisioterapeutas. Num e noutro local a estratégia utilizada foi a mesma, numa primeira fase uma observação geral, mais espontânea e sem ser dirigida a um elemento concreto. Observámos os espaços onde a atividade se processa, bem como comportamentos, situações e procedimentos que a mesma implica. Numa segunda fase uma observação mais sistemática, focada na atividade de um só fisioterapeuta. Num caso e noutro tentámos colocar-nos em locais que permitindo a visualização e acompanhamento das atividades, tornassem, ao mesmo tempo, a nossa presença o mais diluída e discreta possível. A observação sistemática da atividade decorreu durante uma hora em cada um dos locais. A observação mais espontânea foi distribuída por períodos de observação de duas a três horas/dia num total de 14 horas.

As entrevistas individuais foram realizadas em horário e contexto de trabalho a dezasseis fisioterapeutas (cinco no setor privado e onze no setor público) que acederam responder às nossas questões (barra verde na Figura 8). Efetuaram-se de forma reservada (em gabinetes que nessas horas não tinham ocupação) para garantir o sigilo

⁴⁴ Os dados destes questionários foram incluídos na amostra que esteve na base dos dois estudos apresentados nos capítulos anteriores.

do que era dito, tendo-se procedido, com o consentimento de cada entrevistado, à gravação das mesmas. Como condição para a sua concretização foi-nos pedido que acontecessem em horas de menor afluxo de utentes e em que colegas pudessem prestar apoio aos doentes do fisioterapeuta que estava a ser entrevistado. Especialmente num dos locais foi solicitado a maior brevidade possível no tempo de entrevista e em ambos os locais ficou garantido que as mesmas se interromperiam se houvesse necessidade da presença do fisioterapeuta no seu local de trabalho. O tempo de duração foi, assim, controlado, tendo tido, cada uma, em média, a duração de 40 minutos, o que representa aproximadamente 11 horas de registo.

As entrevistas foram realizadas a partir de um guião (Anexo VII) que serviu de base para abordar a temática com todos os entrevistados permitindo alguma padronização, mas não esquecendo, no entanto, a flexibilidade necessária para ir de encontro aos interesses e expectativas dos entrevistados, ou como refere Mendes (2003): “é preciso deixar-se surpreender, ser guiado e seguir o entrevistado nos seus percursos e justificações discursivas” (p.13). As questões de base abordavam, entre outros, a experiência dos fisioterapeutas e a satisfação com a sua profissão e questões específicas acerca de fatores psicossociais e possíveis riscos a eles associados, a partir, essencialmente, dos indicadores associados aos fatores psicossociais de risco de Gollac e Bodier (2011).

6. As Técnicas de Análise Privilegiadas

Na impossibilidade de gravar a atividade num suporte digital (atendendo às questões de privacidade dos doentes e delicadeza das situações em observação), a sistematização das observações foi feita após o seu *términus* a partir das anotações que fomos fazendo ao longo do tempo de observação e complementadas com alguns dados que memorizámos.

As inferências a partir das observações mais sistematizadas (a atividade de dois fisioterapeutas) foram, posteriormente, efetuadas recorrendo ao *software Actogram Kronos*. Este é um programa que permite o tratamento de observações cronológicas, ou seja, registos automáticos de data e hora associados a um evento e categorizado em variáveis (por exemplo, deslocamentos, mudanças de posturas, interrupções da atividade, mudança de tarefa). A análise dos registos é feita a partir dos dados

observados através de vídeo ou a partir da sua descrição escrita numa tabela personalizada. O *Actogram* permite, ainda, obter gráficos da variável que foi observada, bem como estatísticas referentes às durações e frequências dessa mesma variável (Kerguelen, 2013). Utilizámos para a nossa análise a descrição dos registos feitos, aos dois fisioterapeutas, que registámos numa tabela. A atividade por eles posta em prática durante mais ou menos uma hora foi analisada obtendo-se, então, estatísticas sobre a duração de determinados estados, transições e simultaneidade de atividades.

As variáveis definidas e em função das quais se realizou a filtragem dos períodos de observação foram para o Local A: acompanhamento de doentes (tratamento, observar, conversar e dar indicações à distância); acompanhamento de trabalhadores (supervisionar estagiários, coordenar trabalho de auxiliares) e outras tarefas (ir buscar materiais dentro e fora do local). Para o Local B, definiram-se as variáveis: acompanhamento de doentes (tratamento, observar, conversar e dar indicações à distância); acompanhamento de trabalhadores (supervisionar estagiários, coordenar trabalho de auxiliares); outras tarefas (ir buscar materiais dentro do local; ausência do local) e solicitações (da secretária, dos estagiários, das auxiliares).

Relativamente às entrevistas, procedeu-se à análise de conteúdo do material recolhido. Entende-se por análise de conteúdo o conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos (Bardin, 1996). O processo de análise de conteúdo que adotámos seguiu as etapas propostas por este autor: uma pré-análise, a exploração do material e o tratamento e interpretação dos resultados. Antes da análise, o conteúdo de todas as entrevistas foi transcrito na íntegra, mantendo a linguagem original, bem como, os silêncios, as hesitações e as inflexões.

Após a transcrição, iniciou-se a fase de pré-análise do material recolhido, através de uma leitura flutuante, deste material, em papel, com vista a identificar uma organização inicial do mesmo. A exploração deste material, o seu tratamento e a interpretação dos resultados foram realizados com recurso ao *software* NVivo10⁴⁵, para

⁴⁵ O NVivo foi desenvolvido pela QSR International para organizar, analisar e compartilhar dados, independentemente do método usado e possibilita o arquivo e organização dos dados por categorias, permitindo a sua consulta, filtragem e questionamento.

o qual importámos todo o material que foi arquivado num projeto. Identificámos os entrevistados através de uma sigla e um número sequencial, assim, os fisioterapeutas do local público serão identificados com a sigla [LA] seguida de um número (*de 1 a 11*) e os do local privado com a sigla [LB] seguida de um número (*de 1 a 5*).

A exploração do material iniciou-se com a codificação dos dados e a construção de categorias. Codificámos todas as entrevistas como fontes e estabilizámos a estrutura do sistema de categorias. No seguimento iniciámos a fase de tratamento e interpretação dos resultados. A consulta aos dados foi feita sobretudo através da utilização da matriz de codificação (no Anexo VIII disponibiliza-se a identificação do sistema integral de categorias). Iniciámos a categorização pela criação de dois grandes grupos ou categorias de primeira ordem. A primeira: *O Trabalho* (código I), onde procurámos, essencialmente, abordar temáticas que nos permitissem ter uma visão genérica acerca da atividade dos fisioterapeutas e a segunda categoria: *Fatores de Risco* (código II), através da qual tentámos contextualizar os fatores psicossociais de risco, bem como, algumas situações ou condições de trabalho que se constituíssem como perturbadoras. A partir da análise dos dados emergiram para cada uma dessas categorias seis categorias de segunda ordem. Na Figura 9 estão representadas as categorias de primeira e segunda ordem.

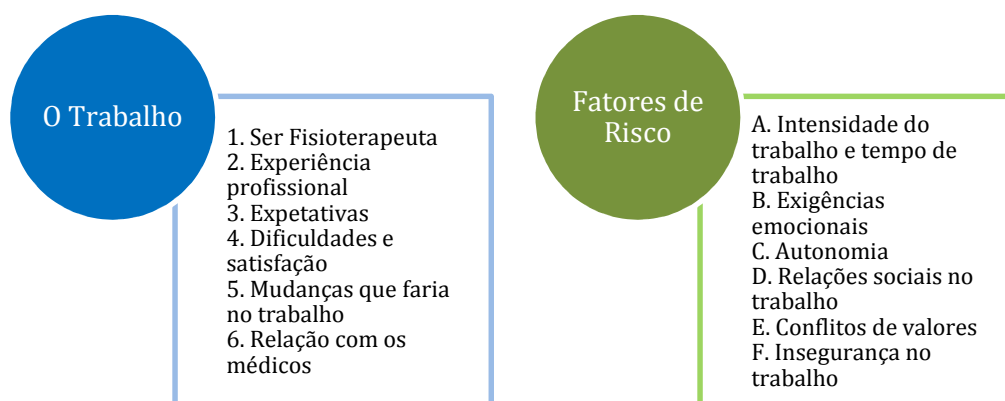


Figura 9: Identificação da Categorias de Primeira e Segunda Ordem

Na Figura 10, o gráfico mostra o número de referências para as categorias de segunda ordem da primeira categoria de primeira ordem (*O Trabalho*). Este número é

maior para as categorias: “1. Ser fisioterapeuta” e “4. Dificuldades e satisfação”, com respectivamente, 43 e 42 referências. Algumas das seis categorias de segunda ordem deram, ainda, origem a categorias de terceira ordem.

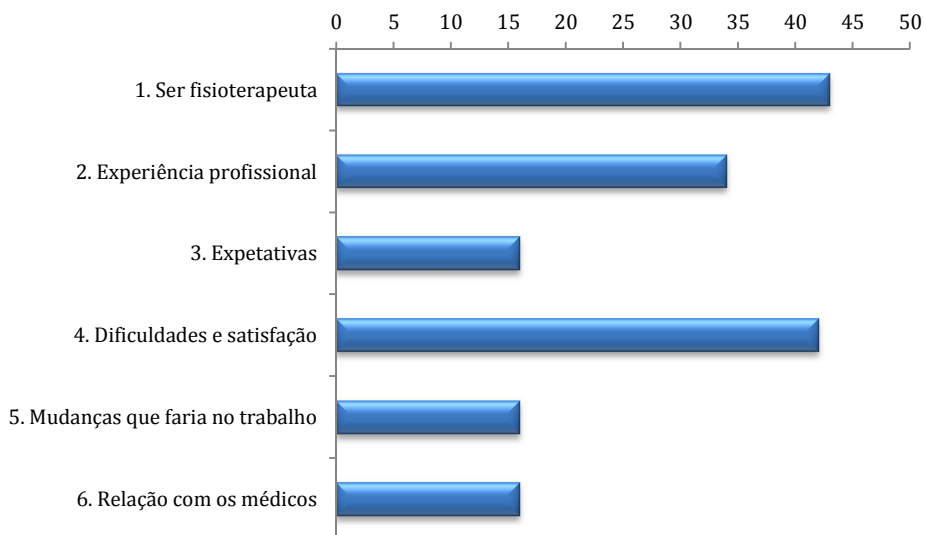


Figura 10: Número de Referências nas Categorias de Segunda Ordem da Categoria o Trabalho

O gráfico que constitui a Figura 11 mostra as categorias de segunda ordem da segunda categoria de primeira ordem (Fatores de Risco). As categorias com maior número de referências são a categoria B. Exigências Emocionais (237) e a categoria e a categoria C. Autonomia (200).

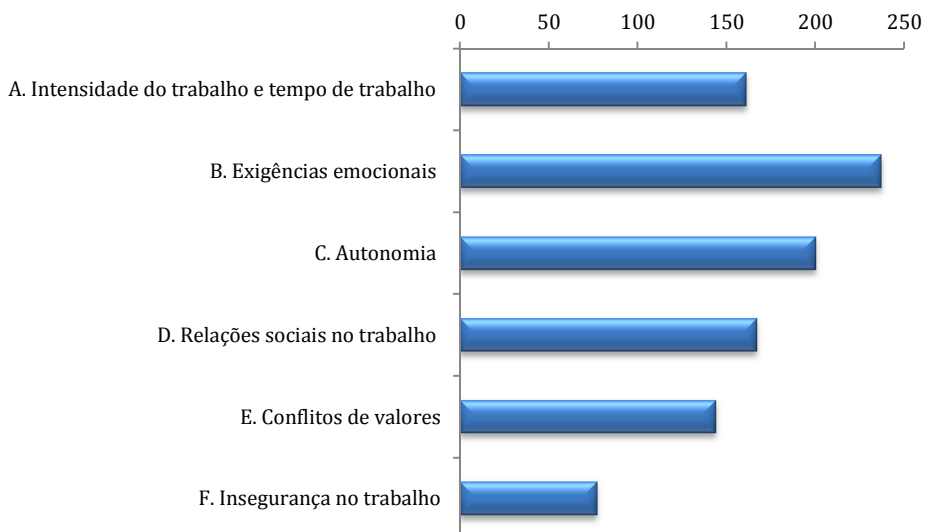


Figura 11: Número de Referências nas Categorias de Segunda Ordem da Categoria Fatores de Risco

Nas categorias de terceira ordem o maior número de referências é constatado para as categorias: “comportamentos/conduitas inconvenientes relativamente ao próprio” (86), “relacionamento com os doentes e comportamentos inconvenientes por parte destes ou familiares” (75), “autonomia na realização das tarefas/poder de decisão” (70), “reconhecimento do trabalho (66) e dar más notícias” (60) (Anexo VIII).

7. Os Locais Estudados e os Fisioterapeutas que neles Trabalham

No Local A (o local público) trabalham dezoito fisioterapeutas distribuídos por diferentes setores, mas a maioria trabalha num mesmo espaço que é amplo, sem divisórias a não ser as que delimitam gabinetes de trabalho administrativo ou salas para tratamentos específicos. Não se praticam horários noturno ou por turnos, embora se façam, durante o dia, três horários diferentes de 8 horas, diferenciados entre si por uma hora. Estes horários são fixos e cada fisioterapeuta faz sempre o mesmo horário. O horário semanal contempla, ainda, os sábados, mas neste dia trabalha somente um fisioterapeuta, rotativamente, folgando a um dia de semana, por norma pré-definido.

Os doentes a quem são prestados cuidados apresentam condições físicas caracterizadas por diferentes graus de independência, ainda que, maioritariamente, tenham funcionalidade reduzida. A maior parte tem tratamentos diários, todos os dias da semana e alguns passam muitas horas neste espaço fazendo diversos tipos de atividades, umas que dependem totalmente do fisioterapeuta, outras somente com a supervisão ou pequena ajuda deste e outras que são feitas sem necessidade de qualquer ajuda. São de faixas etárias muito variadas, desde jovens até idosos.

O Local B (privado) tem um espaço sede e dois departamentos em dois locais diferentes, onde trabalham oito fisioterapeutas. Estes não rodam entre os locais e cada um deles faz um horário diferente (há, no entanto, horas onde está a trabalhar mais do que um fisioterapeuta). Os horários de trabalho são diurnos e incluem sábados e feriados.

Os doentes que recorrem a este local têm, maioritariamente, condições físicas que implicam pouca dependência, podendo fazer tratamentos diários ou em alguns dias da semana.

Como anteriormente referimos os dados relativos aos inquéritos preenchidos pelos fisioterapeutas dos locais A e B foram incluídos na amostra total de fisioterapeutas. Ao destacarmos estes fisioterapeutas do global da amostra podemos proceder à descrição de algumas das suas características. Preencheram o INSAT dezanove fisioterapeutas (Tabela 40). Catorze trabalham no local público e cinco no privado. Em ambos os locais a maioria dos fisioterapeutas são do sexo feminino e têm entre 30 e 34 anos. No setor público, metade são solteiros e têm, em média, 10 anos de antiguidade como fisioterapeutas, e seis a trabalhar neste local. No local privado, a maioria são solteiros e, em média, trabalham como fisioterapeutas (e neste local) há oito anos. Comparativamente os mais velhos e que são fisioterapeutas há mais tempo trabalham no local público e os que trabalham no privado estão nesse mesmo local há mais anos.

No local público a maioria é trabalhador por conta de outrem e tem um contrato efetivo (3 são trabalhadores a recibo verde), no privado todos trabalham por conta de outrem, com contrato efetivo, à exceção de um a recibo verde. Em ambos os locais o horário é a tempo inteiro, diurno, maioritariamente fixo. No local privado dois fisioterapeutas têm horário de trabalho irregular e um tem isenção de horário de trabalho. Trabalham aos fins de semana, nove fisioterapeutas do público e três do privado.

Tabela 40: Caracterização dos Fisioterapeutas dos dois casos de estudo: Dados Demográficos e Profissionais

	Local A			Local B		
	n	%	M (DP)	n	%	M (DP)
Sexo						
Masculino	5	35,7		2	40,0	
Feminino	9	64,3		3	60,0	
Idade (em anos)			32,79 (5,66)			30,80 (4,44)
25-29	4	28,6		1	20,0	
30-34	7	50,0		3	60,0	
35-39	1	7,1		1	20,0	
>40	2	14,2		0	0	
Estado Civil						
Solteiro	7	50,0		3	60,0	
Casado/União de Facto	6	42,9		2	40,0	
Divorciado	0	0		0	0	
Antiguidade na profissão			9,50 (5,36)			8,20 (5,07)
Até 1 ano	3	21,4		1	20,0	
2 a 5 anos	7	50,0		2	40,0	
6 a 10 anos	1	7,1		2	40,0	
11 a 15 anos	3	21,4		0	0	
16 a 20 anos	0	0		0	0	
Antiguidade no local de trabalho atual			6,36 (3,29)			8,20 (5,07)
Até 1 ano	1	7,1		1	20,0	
2 a 5 anos	6	42,9		2	20,0	
6 a 10 anos	5	35,7		2	20,0	
11 a 15 anos	2	14,3		0	0	
16 a 20 anos	0	0		0	0	

Os resultados que obtivemos, relativos às respostas ao INSAT por parte dos 19 fisioterapeutas, dos dois casos de estudo, e que foram destacados da base de dados original foram descritos a partir das mesmas componentes que estabelecemos para a amostra total (as tabelas com a descrição dos resultados estão no Anexo IV). A esses resultados faremos referência neste estudo sempre que se justificar.

8. No Terreno com os Fisioterapeutas: Observando a Atividade e Ouvindo o seu Discurso

O primeiro contacto com a atividade destes trabalhadores, em ambos os locais, decorreu através da observação espontânea dos espaços onde a mesma se processa, e dos comportamentos, situações e procedimentos que a mesma implica.

Um espaço amplo, com luz natural reduzida, a artificial sempre presente, e um ruído intenso, produzido por pessoas, que falam em simultâneo, foi o cenário com que nos deparamos no **Local A**, o local público. Um primeiro olhar, mostra-nos, uma

parafernália de equipamentos, materiais e muitas pessoas. Tapetes rolantes, equipamentos de marcha, colchões elevados em suportes, e outros colocados no chão, marquesas e cadeiras de rodas preenchiam aquele espaço. Procurámos “descobrir” quem eram as pessoas e onde estavam os fisioterapeutas. Dois tratavam de questões burocráticas, vendo papéis e pastas e cinco estavam junto de doentes, procedendo a tratamentos. A sua identificação é facilitada pela indumentária específica que utilizam, de cor azul-escuro e branco. Também, por via da sua apresentação identificámos médicos e estagiários de fisioterapia, mas a maioria das pessoas presentes era doentes, que se distribuíam pelos diversos equipamentos, nos colchões, mas, também, nas cadeiras de rodas ou outras cadeiras. Aparentavam idades muito variadas, desde jovens a idosos. Percebemos, mais tarde, que não chegam a este espaço todos ao mesmo tempo, mas a sua presença é mantida durante um período de tempo considerável. Percebemos, ainda, que as razões para o ruído estavam, precisamente, no número de pessoas que presenciávamos e nas interações que estabeleciam.

Doentes eram tratados por fisioterapeutas, nas marquesas ou colchões, que se mantêm em silêncio ou interação, apenas, com o seu fisioterapeuta, em voz baixa, mas aqueles que estão a realizar exercícios sozinhos ou nas cadeiras de rodas, interagem uns com os outros, muitas vezes em tom de brincadeira, falando alto, e com os fisioterapeutas, a quem dirigem perguntas ou solicitações. Também, a voz dos fisioterapeutas se ouve em alguns momentos, mais alta quando pedem, aos doentes que tratam, a realização de determinados movimentos ou posturas, ou quando se dirigem a outros doentes que se encontram longe deles. Corresponderá este cenário a um momento esporádico de alguma desordem, de um imprevisto? A resposta é não.

A circunstância de os doentes chegarem, sozinhos ou com ajuda de auxiliares (que estão, também, presentes naquele local durante a maior parte do tempo) de forma desfasada, não faz com que o número de doentes corresponda, num determinado espaço temporal, ao número de fisioterapeutas que está presente. Isto é, ao mesmo tempo, cada fisioterapeuta tem mais do que um doente e utiliza as pausas, para descanso ou exercícios livres, de um deles, para se dedicar a outro. Em paralelo, dão indicações aos que possuem maior autonomia, indicando-lhes material ou equipamentos disponíveis para realizarem exercícios ou atividades. A estes vão dando indicações à distância e questionam-nos relativamente à forma como se sentem ou ao que estão a fazer. Algumas

vezes pedem às auxiliares que tragam materiais ou ajudem determinados doentes, mas muitas outras são eles próprios que se ausentam do lugar onde estão para proceder a essas atividades. É frequente, também, terem de deixar o doente com quem estão no momento para se dirigirem, fisicamente a outro. Quando não estão junto de um doente solicitam a atenção, para ele, de um colega que esteja mais perto.

As posturas que adotam quando tratam os doentes, nos colchões ou marquesas, são, maioritariamente, de joelhos ou sentados em cima dos calcanhares. Estão, fisicamente, muito próximos deles, muitas vezes com pouco espaço relativamente ao colega que trabalha ao seu lado e na maioria do tempo suportam os doentes com os seus membros ou executam movimentos que envolvem força física. Falam com os doentes, nalguns casos baixo e pertinho deles, para os acalmarem, ou com voz alta (para estimular movimento ou posturas). Chamam, se necessário, a atenção de colegas que estão momentaneamente mais longe, para um doente que chega, que chama ou que parece precisar de algo.

Transitar para o **Local B** (privado), não mostrou um cenário muito diferente. Um espaço físico, também ele amplo, no caso com boa luz natural e, da mesma forma, equipado com uma variedade de equipamentos, instrumentos e materiais distribuídos por toda a área. Os fisioterapeutas, dois, realizavam tratamentos, cada um a seu doente, e outros doentes desenvolviam atividades, ou permaneciam sentados ou deitados, com diferentes equipamentos. A sua atividade implica que se desloquem entre este espaço amplo e gabinetes mais reservados onde procedem a outros tipos de intervenções, tendo algumas vezes necessidade de consultarem ou registarem informação no computador. Tal como no local público há algum ruído, embora menos intenso, pois, também, estão muitas pessoas dentro deste espaço e a interação acontece de forma idêntica ao que atrás referimos. Acresce o barulho dos temporizadores de certos tipos de equipamento. A atividade que põem em prática, envolve, para além da atenção que prestam ao doente que no momento estão a tratar, supervisionar outros doentes, dar indicações ou corrigir exercícios ou posturas. Rodam entre doentes em função de pausas para descanso ou exercícios livres, dão apoio, e são solicitados por estagiários e auxiliares. As suas posturas são, essencialmente, em pé, ajoelhados ou sentados em cima dos calcanhares, próximos dos doentes, executando movimentos que implicam repetição e/ou força física. Os doentes, maioritariamente, entram no ginásio sozinhos, alguns com auxiliares

de locomoção ou com pequenas ajudas de auxiliares ou família. De forma idêntica ao local público, quando um doente chega nem sempre há disponibilidade imediata do seu fisioterapeuta, mas este faz questão de o acolher e se for possível é-lhe aconselhada uma atividade para a qual a presença física do fisioterapeuta não é necessária.

Estas primeiras observações permitem, desde logo, salientar alguns aspetos da atividade dos fisioterapeutas. Tomámos consciência de uma atividade onde o ritmo de trabalho é elevado, caracterizada por uma multiplicidade de tarefas, pela necessidade de dar resposta a diversas situações em simultâneo e na qual as pausas não acontecem com frequência. Uma atividade exigente do ponto de vista físico, onde os equipamentos ou a ajuda nem sempre estão disponíveis, mas, igualmente, do ponto de vista das constantes solicitações, queixas e dúvidas, as quais têm, necessariamente, de ser atendidas. Ainda, uma atividade onde os fisioterapeutas estão permanentemente na presença de outras pessoas, doentes, familiares, colegas e outros profissionais. Por outro lado, uma atividade que torna visível a boa disposição, que demonstra persistência, capacidade de improvisar e ultrapassar falhas ou situações menos prováveis. Passemos, então, a analisar estes aspetos de uma forma mais aprofundada.

8.1. Ritmo de trabalho, múltiplas tarefas e simultaneidades

No que diz respeito ao ritmo de trabalho, o conteúdo das verbalizações dos fisioterapeutas indica-nos que o consideram elevado, mas variável em função dos dias e até dentro do próprio dia:

"Tá sempre a variar. Tanto posso estar com falta de doentes e aqui uma hora à espera, como depois chegam todos ao mesmo tempo e tenho que dar conta, é difícil" [LA3];
"Sinto muitas dificuldades, falta de mais mãos" [LA2];
"Tem dias, eu acho que particularmente aqui é pesado" [LA8];
"Porque, embora, lá está, embora poderá ser um ritmo de trabalho um bocadinho exagerado, mas sentimos falta depois quando ele não existe" [LB2];
"Muito elevado" [LB3];
"Tem dias que me tenho que apressar. Tem outros, que é tranquilo, que se faz tudo muito bem [LB4];
"Há utentes que precisam de mais atenção e eu nem sempre numa hora consigo tratar onze pessoas" [LB5].

Os registos da atividade de dois fisioterapeutas em particular, traduzidos na sua representação gráfica, ilustram bem estas verbalizações. Atendamos à representação da atividade do fisioterapeuta do Local A na Figura 8⁴⁶.

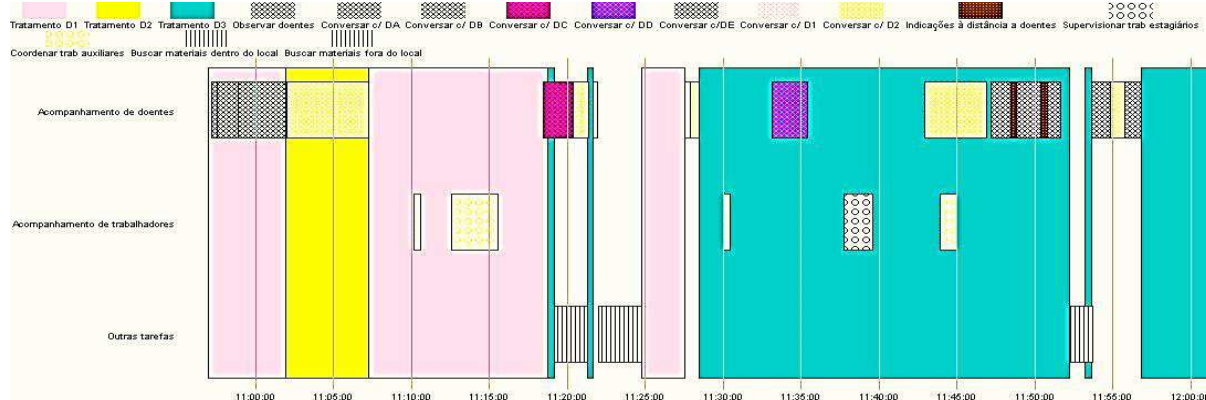


Figura 12: Registo da Atividade de um Fisioterapeuta no Local A

A esta representação gráfica da atividade correspondem, ainda, estatísticas de duração temporal total, média, mínima e máxima, bem como a mediana e o desvio padrão⁴⁷.

A atividade registada mostra que a maior parte do tempo do fisioterapeuta é, de facto, passada a acompanhar os doentes, quer fazendo tratamentos quer dando indicações ou, simplesmente, falando com eles. Até aqui, tudo parece descrever a tarefa que é suposto que o fisioterapeuta cumpra. Contudo, quando analisamos os tratamentos que estão a ser realizados percebemos que os mesmos não são dirigidos a um só doente de cada vez e que um doente (D3) ocupa o fisioterapeuta mais tempo que os outros, embora de forma descontinuada. No esquema, as barras rosa claro, amarelo e azul, traduzem, respetivamente, tempo passado a tratar os doentes D1, D2 e D3. Durante os períodos de tempo em que estes doentes estão a ser tratados, podemos verificar as solicitações e as múltiplas tarefas. Por exemplo, enquanto trata o doente D1, o

⁴⁶ Como já referimos, as variáveis definidas e em função das quais se realizou a filtragem dos períodos de observação foram para o Local A: acompanhamento de doentes (tratamento, observar, conversar e dar indicações à distância); acompanhamento de trabalhadores (supervisionar estagiários, coordenar trabalho de auxiliares) e outras tarefas (ir buscar materiais dentro e fora do local)

⁴⁷ Os dados correspondentes a estas estatísticas estão descritos no Anexo V.

fisioterapeuta observa outros doentes e dialoga com o doente DB e depois com o DA. Interrompe o tratamento e passa a tratar o D2, mas mantém o contacto verbal com o D1. Quando retorna ao D1, retoma o tratamento, mas simultaneamente necessita de supervisionar o trabalho de auxiliares. Durante o tratamento ao D3 (barra azul), dialoga com três doentes, supervisiona ou orienta trabalho de estagiários e auxiliares, observa o que fazem outros doentes, dá indicações à distância e vai buscar materiais. Ou seja, no espaço de tempo correspondente a meia hora ocorrem oito simultaneidades.

O padrão da atividade registada para o fisioterapeuta do Local B (local privado) não é muito diferente, pois, da mesma forma o tratamento de doentes corresponde à maior percentagem de tempo (Figura 9)⁴⁸.

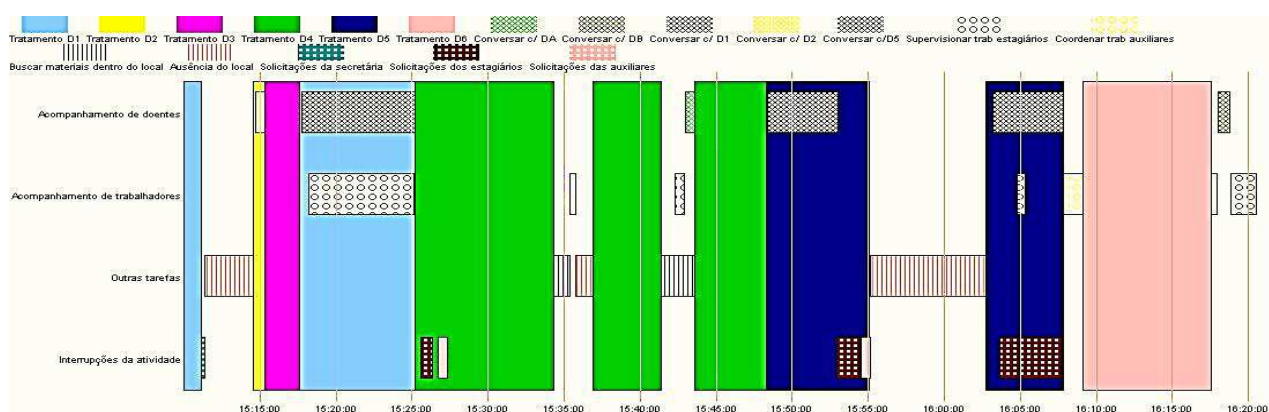


Figura 13: Registo da Atividade de um Fisioterapeuta no Local B

Os dados mostram⁴⁹ que durante o tratamento dos doentes, ocorrem outras atividades em que este fisioterapeuta está envolvido, seja de acompanhamento de outros doentes seja de atenção a estagiários ou auxiliares. Na atividade do fisioterapeuta do Local B, podemos constatar que enquanto realiza tratamento ao doente D5 (representado nas barras azul escuro), dialoga com esse doente, é solicitado por auxiliares e estagiários, supervisiona o trabalho deles, interrompe, ausenta-se do local e retorna para continuar o tratamento.

⁴⁸ Para o Local B, definiram-se as variáveis: acompanhamento de doentes (tratamento, observar, conversar e dar indicações à distância); acompanhamento de trabalhadores (supervisionar estagiários, coordenar trabalho de auxiliares); outras tarefas (ir buscar materiais dentro do local; ausência do local) e solicitações (da secretária, dos estagiários, das auxiliares). Os dados correspondentes às estatísticas estão descritos no Anexo VI.

⁴⁹ Os dados correspondentes às simultaneidades e respetivas estatísticas estão descritos no Anexo VI.

Posto isto, surge a questão relativa à forma como os fisioterapeutas percebem estes aspetos da sua atividade e como os confrontam. Por outras palavras, interessa-nos perceber estes aspetos a partir da perspetiva de quem os vivencia. Iniciemos pelos objetivos que têm que atingir. Estes não são definidos pelos próprios fisioterapeutas, nomeadamente, os que dizem respeito ao número de doentes que tratam, por dia, e aos respetivos tempos de tratamento. A forma como o seu trabalho está organizado permite o seu contributo para os objetivos relativos à recuperação dos doentes (muitas vezes definidos em equipa onde a sua opinião é considerada), mas por outro lado, ao não permitir a sua decisão em termos de número de doentes ou de tratamentos implica algum desalento e frustração. Esta decorre, sobretudo, das dificuldades de concretizar o que acham dever fazer. Por exemplo, no que diz respeito ao tempo que têm para tratar cada utente, duas fisioterapeutas do local público verbalizam o seguinte:

“Se eu tenho dias em que até consigo trabalhar bem com aquele utente, a maior parte dos dias eu não consigo estar o tempo que eu gostaria de estar com ele para poder efetivamente explorar, tudo o que tenho a explorar, e então...” [LA1];
“Mas fico muito aborrecida e chateada comigo mesma se tenho muitos utentes e se não consigo, porque eu não, não sei, eu vejo que há colegas que são assim, mas eu não consigo estar ali a encher chouriços, como se costuma dizer. E ou bem, faço as coisas e faço bem, ou então mais vale não fazer. Do meu ponto de vista. E, às vezes, sinto-me que é tar ali a mexer um bocadinho que é para o utente não se queixar que não fez. Porque, às vezes, são tantos que é impossível uma pessoa fazer um bom trabalho com todos” [LA10].

Na realidade, embora a definição do que é preciso fazer seja partilhada e isso seja positivo, colocar em prática o que pensam que é melhor para os doentes pode tornar-se complexo e não ser feito da melhor forma, pois a intensidade de trabalho, no caso o número de doentes é elevado em relação ao tempo que têm. Dito de outra forma, emerge aqui um constrangimento relativo ao tratamento e recuperação dos doentes, que é relativo ao pouco tempo que têm para tratar cada um deles, porquanto o número de pessoas em tratamento é elevado. O ritmo de trabalho elevado e a necessidade de determinadas tarefas terem de ser feitas em simultaneidade pode, igualmente ser deduzida da sua perceção. A confirmação surge por via do que consideram ser mais problemático na profissão que exercem:

“É o número de doentes” [LA4];
“Pressão do número de doentes que temos a trabalhar ao mesmo tempo” [LA6];
“É muita gente ao mesmo tempo, é muito barulho, é muita confusão” [LA9].

Na perspectiva dos fisioterapeutas do local privado, há similitudes e diferenças. Um número elevado de utentes é igualmente afirmado, assim como a participação na definição de objetivos para o seu trabalho diário. Mas, aqui esses objetivos estão, também, dependentes da procura por parte dos doentes. Ou seja, atender mais ou menos doentes depende, ainda, do maior ou menor afluxo de pedidos:

“Às vezes, o número de doentes não depende só daquilo que é imposto pelas chefias, mas depende também da procura que a clínica tem relativamente...da procura das pessoas (...)” [LB4];

“São basicamente definidos pelo fluxo de utentes que nós temos, portanto, tentamos sempre responder às exigências, não é?” [LB3];

“Claro, que há alturas em que o número de utentes baixa drasticamente, há outras alturas em que sobe drasticamente (...)” [LB5].

Também, neste local os fisioterapeutas percecionam o ritmo de trabalho e a carga que ele implica como um dos aspetos mais difíceis ou mais problemáticas do seu trabalho: “*é a carga de trabalho que nós temos, ah..., ou seja, pedem-nos para tratar as pessoas com qualidade e com raciocínio clínico e com total autonomia, mas depois não nos dão tempo suficiente para podermos aplicar os nossos conhecimentos e fazer as coisas sistemáticas e bem feitas*” [LB2].

Uma contradição parece surgir relativamente aos objetivos do trabalho. Por um lado a definição (o que fazer, os tratamentos a realizar, a que resultados tentar chegar e de que forma) que não parece ser problemática (participam nela), por outro a sua concretização que está dependente de uma dinâmica na qual não têm poder de decisão. Ou seja, do ritmo, da intensidade da sua atividade, marcada pela imposição de tratar demasiados doentes, da presença simultânea destes, e da necessidade de dar resposta a outras solicitações. De facto, enquanto realizam um tratamento as interações com outros doentes acontecem, por exemplo, no Local A, quando estes entram no espaço e questionam: “*para onde vou?*”. Outros doentes reclamam porque estão parados e querem fazer algo. A determinada altura, uma fisioterapeuta dirige-se a outra, referindo-se a uma doente que está sentada numa cadeira de rodas, dizendo: “*ó (...) esta senhora quer falar contigo, diz que quer fazer alguma coisa*”. Alguns “provocam” os terapeutas, em tom de brincadeira, porque querem ir embora e não os deixam, porque ainda não terminaram o tratamento. A necessidade de atender, e dar atenção a muitos doentes, percebe-se nas palavras de um fisioterapeuta que diz: “*estamos mais ou menos orientados*”, quando outro pergunta: “*posso ir almoçar?*”.

No Local B, as circunstâncias são idênticas. Tal como dissemos, anteriormente, a propósito da observação sistemática de um fisioterapeuta, mesmo quando estão a proceder a tratamentos com um doente acompanham outros dando indicações ou questionando, orientam os estagiários e auxiliares e respondem a solicitações burocráticas ou de resolução de problemas (por exemplo, ensinar um estagiário como funciona um equipamento ou dizer o que pretende que execute num determinado doente). Para além disso, as solicitações passam, ainda, por ajudar a vestir, a calçar e até a improvisar material quando o mesmo não existe (dois fisioterapeutas discutiam a forma de adaptarem um aparelho de ajuda para marcha, para um doente, a partir de material que tinham de outras situações). A acrescer, os relatos dos fisioterapeutas sobre os atrasos de alguns doentes relativamente aos horários em que deveriam ser tratados, as interrupções nos tratamentos porque os doentes estão cansados, mal dispostos ou precisam de ir à casa de banho. Claramente, sobrevém uma atividade real que dificilmente uma tarefa prescrita conseguiria contemplar; o reconhecimento de que a atividade não é uma mera resposta a normas e objetivos prescritos (Lacomblez & Teiger, 2007) e a constatação de que essa atividade são as respostas do trabalhador às características da tarefa, aos constrangimentos determinados exteriormente, mas, também em simultâneo a possibilidade de os transformar (Santos, 2004, Schwartz, 2011). Essa transformação, ou pelo menos, a tentativa de lidar com esses constrangimentos, emergiu, da mesma forma, dos discursos dos fisioterapeutas, patentes nas estratégias que mobilizam para lidar com o facto de não terem tempo para tratar todos os doentes da forma que consideram mais adequada:

“Durante a semana eu posso, neste dia não tenho tempo, ponho aquelas pessoas a fazer uma atividade mais funcional e vou bater mais nesta pessoa, preciso de mais tempo para esta pessoa, eu posso fazer isso” [LA3];

“O que eu tenho de fazer é se de alguma forma hoje trabalhei mais com A porque até estava mais disponível, e não trabalhei tanto com B, tento, no dia seguinte, trocar, inverter e trabalhar mais com B e não trabalhar tanto com A” [LA10].

Os aspetos relativos ao ritmo de trabalho e às múltiplas solicitações tiveram, também, expressão nos resultados, relativos ao INSAT (estes resultados estão discriminados no anexo IV), do conjunto de fisioterapeutas destes dois locais. No que concerne ao ritmo de trabalho os fisioterapeutas do Local B, afirmam estar mais expostos à dependência de pedidos de clientes, a normas ou prazos rígidos, a terem de se apressar, a resolver problemas imprevistos, a “saltar” ou encurtar uma refeição ou

nem realizar pausa e a ultrapassar o horário normal. No Local A, estão mais expostos a fazer várias coisas ao mesmo tempo, a frequentes interrupções e a terem de se apressar. O incómodo referido é, genericamente, maior para os fisioterapeutas do local público, exceto nas questões das frequentes interrupções e de ultrapassar o horário normal.

Da mesma forma, os resultados que obtivemos através do INSAT-Riscos Psicossociais no Trabalho⁵⁰, relativamente aos fisioterapeutas dos dois locais estudados, mostram as suas perceções acerca de algumas destas questões. Os constrangimentos que temos vindo a referir, relativos ao ritmo de trabalho, às múltiplas tarefas e às simultaneidades, podem ser enquadrados no fator Intensidade, Ritmo e Sobrecarga de Trabalho. Na Tabela 41 estão expostos os resultados para esse fator.

Tabela 41: Fatores Psicossociais de Risco dos Fisioterapeutas dos dois Casos de Estudo: Intensidade, Ritmo e Sobrecarga de Trabalho

Fatores	Exposição		Incómodo	
	Local A	Local B	Local A	Local B
	%	%	%	%
Fator 1_ Intensidade, Ritmo e Sobrecarga de Trabalho				
1. Ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo	100	100	85,7	80,0
2. Ser frequentemente interrompido	100	80	28,6	100
3. Ter que me apressar	92,9	100	100	80,0
4. Ter que resolver situações ou problemas imprevistos sem ajuda	71,4	100	90,0	60,0
5. Ter que "saltar" ou encurtar uma refeição ou nem realizar pausa por causa do trabalho	85,7	100	91,7	60,0
6. Frequente a necessidade de ajuda dos colegas (trabalho em equipa), apesar de nem sempre existir	85,7	60,0	61,5	66,7
7. Com momentos de hipersolicitação	100	100	85,7	100

De facto, o que apontámos até agora, nomeadamente, a definição e cumprimento de objetivos aponta para o conteúdo deste fator, pois se por um lado, aquilo que é definido como objetivo parece ser adequado, por outro a concretização do mesmo ou a necessidade de, por diferentes razões, ter de atender o maior número de doentes possível faz com que o trabalho seja intenso e sobrecarregue os fisioterapeutas.

Como se pode verificar, na Tabela 41, os fisioterapeutas assinalam elevada exposição a circunstâncias como: terem de fazer várias coisas ao mesmo tempo, terem

⁵⁰ É pertinente lembrar que a estrutura fatorial a que chegámos para avaliar riscos psicossociais é constituída pelos seguintes fatores: Intensidade, Ritmo e Sobrecarga de Trabalho; Exigências Emocionais; Exigências Cognitivas e Dificuldade da Tarefa; Organização e Características do Local de Trabalho e Relações Sociais e Interesse pelo Trabalhador.

de se apressar e a momentos de hipersolicitação. O incômodo que essa exposição lhes provoca, é, igualmente, elevado nos dois locais. Embora as situações aqui questionadas não sejam direcionadas para o número de doentes, traduzem, ainda assim, uma realidade de sobrecarga e intensidade de trabalho elevadas.

Ainda, no que diz respeito à análise da atividade dos fisioterapeutas do ponto de vista do seu ritmo interessa perceber como gerem o horário que praticam (que corresponde a oito horas diárias) relativamente ao cumprimento de horas de entrada e saída e às pausas que fazem no decurso do mesmo. Começamos pelo cumprimento das horas. Alguns fisioterapeutas afirmam ficar a trabalhar depois da hora a que deveriam sair, quer no setor público quer no privado:

“Ah! Já não seria a primeira vez. Aliás, eu ... ocorre com alguma frequência” [LA8];
“Entrar, entro sempre à hora, sair nunca tenho horas de saída (risos)” [LA1];
“Sim, sim, sim. Isso é quase regra geral, [horas a mais]” [LB2].

Porém, no setor público, grande parte dos fisioterapeutas diz não fazer horas a mais do que o seu horário, uns por decisão deliberada:

“Programo sempre para isso. Porque eu não acho, eu sou sincero, não acho isso correto, acho que a pessoa deve ser pontual, e a sua assiduidade é tanto à entrada como à saída, eu defendo ao máximo...” [LA3];
“Eu tenho, por norma, nunca fazer isso. É um princípio. Eu acho que o trabalho está programado para aquilo e tem que ser cumprido naquele tempo, se não é, é porque ou há trabalho a mais, ou porque nós não estamos a ser eficientes” [LA7].

Outros, afirmam que não saem depois da hora por já terem feito isso e considerarem, agora, não o dever fazer e até por “exigência” dos próprios colegas:

“É mais vezes do que sair a horas. Eu agora tenho-me obrigado a sair mais a horas, tenho a minha filhota...” [LA2];
“Não, não, não fico, não fico. Já fiquei, já fiquei alguns anos muito fora da hora do meu trabalho, mas neste momento recuso-me a isso” [LA6];
“Não, não. Antigamente, quando comecei a trabalhar essencialmente, tinha muito essa pretensão, de isto tem de ficar feito, eu vou ficar até mais tarde. Agora não, também tenho outros prazos a cumprir e realmente não dá, não dá para isso. Mas, também, comecei a ser chamada a atenção por parte dos meus colegas a dizer “não faças isso” e pronto, e foi aí que eu comecei a fazer isso” [LA10].

Apesar desta decisão, consideram que se ficassem mais tempo poderiam conseguir fazer mais daquilo a que se tinham proposto:

"Necessidade há, mas eu não fico (...) porque se decidisse sair apenas depois do trabalho estar todo feito saía bastante depois do horário" [LA9];
"Não preciso fazer horas, por vezes sei que o meu trabalho não ficou totalmente completo ..." [LA5].

No local privado, por outro lado, as justificações dadas para trabalhar depois da hora têm, ainda, uma outra razão, isto é, não deixar as pessoas por tratar, mesmo que se considere que isso é problemático para a vida privada:

"A minha esposa chateia-me um bocado em relação a isso, e não posso fazer muitos planos para além do meu trabalho que muitas vezes saem furados, mas eu costumo-lhe dizer, eu não trabalho com papéis trabalho com pessoas, e se as pessoas vão à minha procura eu não posso chegar às x horas e dizer: "meus amigos, agora voltem amanhã", não. Tenho, tenho trabalho para fazer e tenho que o fazer e, muitas vezes, é o que acontece" [LB2].

Esta diferença de perspetiva entre o local público e privado percebe-se se tivermos em conta que neste último, muitos doentes pagam, direta ou indiretamente, os seus tratamentos. A necessidade de não se perderem "clientes", que por via de atrasos ou de não puderem fazer tratamento em determinados dias ou horas, podem recorrer a outros locais, justificará, também o que foi verbalizado. As exigências de um local privado, que depende da procura dos doentes, requererão, assim, esta disponibilidade por parte dos fisioterapeutas. No local público, as questões relativas à procura por parte de "clientes" estão garantidas pela gratuidade dos serviços prestados.

Aludimos, ainda, a propósito dos horários, às pausas que fazem no decurso do mesmo. O ritmo de trabalho intenso não permite muitas oportunidades para uma pausa. Por exemplo, no Local A, a maioria dos fisioterapeutas só se ausentou, do local, para ir almoçar, ou tratar de questões relativas ao seu trabalho, acontecendo o mesmo no local B, onde os fisioterapeutas estiveram permanentemente ocupados.

Porém, percebemos que podem gerir o seu trabalho e interromper, momentaneamente, a sua atividade sem que sintam que têm de se justificar a alguém que não sejam os doentes. É relativamente a estes que as pausas ou interrupções são condicionadas:

"Sim, posso fazer uma [pausa] quando eu quiser, depende de quantos utentes é que tenho, muitas vezes não, não faço pausas (risos), mas tenho que ir à casa de banho, tenho de fazer qualquer coisa, pois aí tem de ser..." [LA1];

"Muitas das vezes, também comprometo a minha hora de almoço embora, nunca deixo de almoçar por causa disso, o almoço é rápido, mas comprometo muitas vezes a hora de almoço para tratar as pessoas" [LB2];

"Se o trabalho estiver tranquilo e estiver minimamente calmo eu, eu posso sair daqui e ir ali buscar qualquer coisa para comer, e ninguém me diz absolutamente nada. Claro, que se eu tiver muitas pessoas aqui dentro, eu não o vou fazer, porque não vou deixar, as pessoas todas à espera assim enquanto vou ali tomar um cafezinho, e já volto" [LB4].

Tornam-se claras, também, algumas dificuldades na gestão destes momentos e até a sua inibição para não perderem tempo, para não deixarem as pessoas à espera ou para puderem utilizar equipamentos ou espaços:

"Geralmente eu consigo fazer uma pausa a meio da tarde, naqueles cinco dez minutinhos eu consigo ... comemos num instantinho, mas não, não é fácil, seria preciso ter ali quinze minutinhos sozinha e não, não tenho" [LB5];

"Eu raramente lancho, eu raramente paro. Portanto, parar só para almoçar. Mas nós não temos, assim, intervalos, definidos, não dá hipótese. Não consigo parar com pessoas na sala de espera, à minha espera. Portanto, não, o trabalho não o permite" [LB3];

"Com alguma programação posso, posso interromper. Pausa não posso, não dá, não dá, às vezes, nem tempo para comer tenho" [LB2];

"Às vezes, chega aquele ponto em que eu já preciso de comer ou caio para o chão. (riso) há dias que sim, que são mais complicados. E chego a esse ponto. Ou mesmo para ir à casa de banho, por exemplo, fico para aí duas horas até ir à casa de banho" [LA8];

"Conseguimos porque nos conseguimos orientar bem, por exemplo, nós há hora de almoço, não sei se já reparou, só quando vêm uns é que vão os outros e agora no pequeno-almoço é a mesma coisa" [LA3].

Esta dificuldade na gestão de tempo de trabalho foi, igualmente, constatada por nós, na realização das entrevistas. Apesar de terem sido marcadas com os próprios, para horas em que se previa menos trabalho, e sempre para início ou final do horário, em muitos casos, implicou esperas e remarcações e quase sempre a necessidade de um colega assumir parte do trabalho ou pelo menos a vigilância e orientação dos doentes.

Sendo difícil a realização de pausas, em ambos os locais, mas havendo aparentes diferenças, quando se trata de ficar para além da hora de saída, entre os fisioterapeutas que aí trabalham (parece ser mais comum que tal aconteça no privado), surge a questão de levar trabalho para realizar em casa. No local público, os fisioterapeutas referem não ter essa necessidade a não ser fazer pesquisas sobre determinadas situações clínicas, ou avaliar trabalhos dos estagiários:

"Não, eu faço questão de não levar, impus-me muito cedo isso" [LA3],
"Trabalhos dos estagiários, ler fichas de avaliação, relatórios" [LA2];
"Levamos sempre um bocadinho, não é? Porque há casos que nos exigem ir pesquisar isto ou ir pesquisar aquilo e ver, isso é normal" [LA7].

No privado parece ser um pouco diferente:

"Tenho duas pastas de trabalho em casa que não trouxe hoje, portanto, tenho muito trabalho sempre pendente". [LB3];
"Às vezes, às vezes acontece" [LB4];
"Às vezes, eu, eu prefiro ficar aqui mais tempo para fazê-las do que depois levá-las para casa" [LB5].

Esta diferença estará relacionada, eventualmente, com uma maior necessidade de, no privado, proceder a trabalho administrativo, na medida em que os serviços prestados não estão inseridos numa estrutura que tenha recursos genéricos suficientes para esse trabalho. Para além disso estará, também, contemplado, neste trabalho, tal como no local público, registos acerca dos doentes e questões relacionadas com pesquisa e estagiários.

As implicações que a sua atividade tem, nomeadamente, por via da intensidade que lhe está associada, dos horários que praticam e da necessidade de levar trabalho para casa podem ser relacionadas, ainda, com as dificuldades que a conciliação entre a vida de trabalho e a vida fora do trabalho levanta. Estas dificuldades prendem-se essencialmente com o impedimento de acompanhar filhos, de ter pouco tempo para a família ou não ter tempo para outras atividades de índole pessoal. Alguns fisioterapeutas dizem recorrer à ajuda de pais e/ou sogros:

"Há dificuldades, eu gostaria de os acompanhar mais [aos filhos], como levá-los à escola, ir buscá-los. Ir às reuniões com a diretora de turma, ou com a professora" [LA11];
"Mas a mim pesa-me não ter muita disponibilidade para a família" [LB3]
"É complicado uma pessoa chegar, chegar para ir buscar o garoto à escola, chegar a casa às seis, seis não sei quê, não dá para fazer nada (...) daqui a bocado estamos a deitar sentamo-nos no sofá ou se não adormecemos com eles, pensamos: o que é isto? Eu hoje levantei-me trabalhei e..." [LA3];
"Interfere e até mesmo para questões pessoais, eu sinto que chego a casa, se for fazer desporto, chego à hora do jantar, janto, tomo banho, vou para a cama. Pronto, é isto que me acontece" [LA10];
"Eu chego a casa e não tenho cabeça para muito [risos] mais. É chegar a casa, fazer o jantar e pouco mais" [LA7].

A conciliação entre a vida de trabalho e a vida fora do trabalho parece ser feita, sobretudo à custa de sacrificar o tempo com a família e o tempo de lazer. Aparentemente, assim acontece para os fisioterapeutas dos dois locais, independentemente de serem homens ou mulheres, solteiros ou casados, com ou sem filhos.

Porém, há situações onde a interferência do trabalho vai um pouco mais longe. Implica, da mesma forma, menor disponibilidade, não por questões de falta de tempo ou somente cansaço físico, mas porque altera o estado emocional, esgota, ainda que temporariamente a capacidade de dar e atender os outros, a família:

“É muito difícil, eu quando saio aqui do serviço saio completamente esgotada fisicamente e psicologicamente muito cansada, e daí que eu chego a casa eu sinto, e é uma grande revolta para mim que mexe comigo, que não vou tranquila nem com a devida paciência para os meus filhos para nada e cansada para fazer o que ainda tenho que fazer em casa como, mesmo, como paciência para estar a conversar, se for preciso, vou muito irritada e, às vezes, sinto mesmo que provoca destabilização familiar em casa devido ao excesso, no fundo, de trabalho” [LA6].

8.2. As exigências físicas e as exigências emocionais no contexto da atividade

Ao trabalho com um ritmo elevado e à sobrecarga que este provoca não são indiferentes as exigências físicas que a atividade de trabalho dos fisioterapeutas comporta. Desde logo uma atividade onde é, quase constante, o andar de um lado para o outro, o suportar peso, os movimentos repetitivos e o exercício de força. Demonstrando isso mesmo, um comentário de uma fisioterapeuta para um doente que quer ser levantado para uma cadeira a partir da posição de deitado: *“o problema é as nossas costas”* (a solução passou por pedir ajuda a um colega e o doente foi elevado pelos dois). As exigências em termos físicos são, igualmente visíveis nas posturas que têm de adotar para trabalhar e no ruído constante resultante do número de pessoas que estão no mesmo espaço. Também, através do INSAT verificámos que os fisioterapeutas destes dois locais referem estar expostos a condições relativas ao ambiente e constrangimentos físicos, com maior predominância para os do Local A. Estes constrangimentos estão, precisamente, relacionados com as questões posturais e com o esforço físico ou movimentos repetitivos.

Estas exigências físicas são decorrentes do que é a essência da sua intervenção (a recuperação física de doentes que apresentam em maior ou menor grau limitações nesse

domínio), mas estão, em parte, relacionadas com a organização do seu trabalho e dos locais onde o mesmo acontece. Advém, nomeadamente, de algumas circunstâncias onde a sua possibilidade de organizar e controlar não existe. As verbalizações relativas ao que mudariam nos seus locais de trabalho foram no sentido das questões organizacionais:

 “A organização essencialmente (...) acho que muitas lacunas e muitas faltas que existem, no meu trabalho, existem por falta de organização” [LA10];
 “Eu penso que é a organização” [LA3]
 “A organização. Acho que dava para fazer muita coisa. É assim, os doentes vêm (...) se não tivessem sempre à nossa volta, se não tivessem sempre a olhar para nós à espera que a gente lhe dê qualquer coisa para fazer, se calhar as coisas rendiam de outra forma. Até podíamos ter este número de doentes, só que não tínhamos de estar sistematicamente a parar o que estamos a fazer para ir a outros” [LA4].

A componente organizacional e as características do local de trabalho constituíram um dos fatores que resultou do INSAT-Riscos Psicossociais no Trabalho (Tabela 42). A perceção dos fisioterapeutas é de que estão expostos a falhas na organização em termos ergonómicos, mas também, a falhas na existência de equipamentos ou instrumentos adequados à sua atividade. Tal parece acontecer mais no local público que no privado, embora o incómodo referido pelos que se consideram expostos, num e noutra local, seja idêntico e elevado.

Tabela 42: Fatores Psicossociais de Risco dos Fisioterapeutas dos dois Casos de Estudo: Organização e Características do Local de Trabalho

Fatores	Exposição		Incómodo	
	Local A	Local B	Local A	Local B
	%	%	%	%
Fator 4_ Organização e Características do Local de Trabalho				
15. Que de forma geral está pouco organizado do ponto de vista ergonómico	64,3	40,0	90,0	100
16. Onde faltam equipamentos/instrumentos adequados	71,4	20,0	100	100

A escassez ou insuficiência de equipamentos, tanto maior quanto o número de doentes para cada fisioterapeuta é elevado, deduz-se, também, através do que verbalizam. Ao abordar a possibilidade de fazer pausas, uma fisioterapeuta do local público, menciona: “se tiver uma pausa fico com o resto da manhã completamente desorganizada, porque, entretanto, como fiz uma pausa, já tenho o [determinado equipamento] ocupado e tá ocupado até ao final da manhã, já não consigo voltar a deitar a doente e depois destabiliza-me completamente o dia de trabalho” [LA2]. Para

corroborar esta escassez a constatação visível, em determinados momentos, de doentes que esperam, deitados ou sentados, por materiais ou equipamentos que estão a ser utilizados por outros, bem como, a procura, por parte de fisioterapeutas, de locais para os deitar ou sentar. Ainda, na proximidade física, entre doentes e entre diferentes fisioterapeutas, por terem de aproveitar o espaço ao máximo e o improvisado de alguns materiais. Por outro lado, a disposição espacial dos equipamentos, a necessidade de colocar colchões lado a lado, influenciam deslocamentos e posturas adotadas, que ajudam a perceber as queixas relativas à má organização ergonómica e a exigência física que esta atividade concreta comporta.

Paralelamente às exigências físicas, as inúmeras solicitações a que os fisioterapeutas estão sujeitos, configuradas no número elevado de doentes, simultaneamente, para cada um deles, os seus pedidos e “reclamações”, a preocupação com aqueles que não estão a ser atendidos no momento, “olhar” pelo doente do colega que está mais longe, questionar os que estão sozinhos para saberem se está tudo bem, as indicações à distância para outros e as respostas e indicações a auxiliares e estagiários, traduzem outro tipo de exigências que apelam à capacidade, por parte do fisioterapeuta, de a todas dar resposta, muitas vezes em simultâneo. Já analisámos, anteriormente algumas simultaneidades observadas, ainda assim é importante perceber o seu significado em dois sentidos. Por um lado, na perspetiva dos objetivos relativos ao tratamento dos doentes, por outro de que forma constituem constrangimentos para a atividade do fisioterapeuta. Atendamos em primeiro lugar ao seu significado relativamente ao objetivo de tratar os doentes.

Verificar o conjunto de solicitações a que fisioterapeuta está sujeito e a sua simultaneidade, pode levar a pensar que o tratamento é negligenciado ou colocado em segundo plano. Ora, tal não acontece, pois os fisioterapeutas encontram estratégias para “se desdobrarem” e atenderem aos múltiplos pedidos. Isto é, aproveitam momentos de descanso dos doentes que estão a tratar, ou ocasiões em que estes procedem à realização de determinados movimentos ou posturas para o fazerem. Mesmo quando têm que sair de perto dos doentes, usam o tempo de ausência para que o doente repouse, ou pratique determinado exercício.

Aproveitam o que estão a fazer para dar indicações aos estagiários e em muitas situações nem precisam de parar o tratamento, pois conseguem ao mesmo tempo saber

o que outros doentes têm de fazer, conseguem através de um olhar perceber se precisam de ser corrigidos ou pararem. Parecem possuir aquilo que Ochanine⁵¹ denomina “*representação operatória mental*” que lhes permite estar atentos e seguir vários percursos ao mesmo tempo, dando particular atenção a uma situação, sem ignorar ou esquecer outras que os rodeiam. Não obstante, e passando para o segundo significado a que fizemos referência, estas solicitações e a sua simultaneidade, parecem constituir constrangimentos, que aumentam o nível de exigência na atividade dos fisioterapeutas. Já não do ponto de vista físico, mas do ponto de vista cognitivo e emocional. Atendamos a algumas verbalizações a que podemos assistir durante a atividade, nomeadamente, no local público, em que uma fisioterapeuta, em voz alta, tentando sobrepor-se ao ruído que se fazia sentir, perguntava: “*onde está o Sr^o (...), não sei dele, alguém o viu?*”. Outra comentava a esse propósito: “*às vezes olhamos e no meio de tanta gente temos de perceber onde estão os nossos doentes*”. No mesmo sentido, alguns fisioterapeutas verbalizaram queixas face à sobrecarga física, mas muito mais sobre aspetos ligados à parte emocional, nomeadamente, terem de lidar com o sofrimento, necessitarem de disfarçar a sua própria angústia e até sofrimento. Referem que muitas vezes servem como confidentes dos doentes, das suas angústias, dos seus problemas e dos das suas famílias. Revelaram ter dificuldades para lidar com estas situações, especificamente, o que dizer, como responder. Estas exigências não são totalmente visíveis, não se percebem somente com um olhar despreparado, porém existem.

⁵¹ Na “teoria da atividade” implementada desde os anos 50 na psicologia soviética a ideia principal era “o princípio da unidade da consciência e da atividade” e “as suas ligações recíprocas e interdependência. O desenrolar da atividade comporta três tipos de ações: A orientação, a execução e a avaliação. A orientação tem como objetivo construir um reflexo da realidade para a conhecer e agir sobre ela: o sujeito elabora um modelo mental dinâmico da situação. Aquele que age não reflete durante a ação um objeto em toda a complexidade das suas propriedades, das suas atribuições, ele atualiza o seu adquirido informacional com base nas únicas informações que são pertinentes, que correspondem ao objetivo de uma dada ação (sobretudo para um operador sujeito a constrangimentos de tempo). Este reflexo que corresponde à imagem na ação, Ochanine designou por imagem operativa. Ao contrário das imagens cognitivas que são o reflexo integral dos objetos em toda a diversidade das suas propriedades acessíveis, as imagens operativas são estruturas informacionais especializadas que se formam no decurso desta ou daquela ação dirigida sobre os objetos. Trata-se, portanto, de um processo de tomada e tratamento de informações na e para a ação. A imagem operativa desempenha, portanto, um papel essencial na regulação mental da atividade. A execução, comporta a tomada de decisão e a execução da ação dirigida para atingir o objetivo. A avaliação ou controlo da ação, corresponde a uma apreciação do seu resultado, o que permite, eventualmente, retornar sobre a orientação e modificar a imagem da situação (Ochanine, 1978; Ochanine & Koslov, 1981, citados por Weill-Fassina, 2013).

Analisemos, nesta fase, o que através do INSAT-Riscos Psicossociais no Trabalho os fisioterapeutas destes dois locais responderam, porquanto dois dos fatores psicossociais de risco a que chegámos são precisamente relacionados com exigências emocionais e cognitivas.

Na Tabela 43, podemos verificar que para os dois fatores, os valores de exposição são elevados, isto é, as condições que os constituem são comuns na atividade dos fisioterapeutas. Porém, quando analisamos os valores de incómodo que essa exposição desencadeia, aparecem valores distintos. Ou seja, se para as situações de exigências emocionais, o incómodo é relatado no mínimo por metade dos fisioterapeutas, para as cognitivas os valores são menores e estão longe desse patamar. No primeiro fator estamos a falar de situações que dizem respeito a queixas, reclamações, tensão ou agressão; no segundo à presença e contacto constante com pessoas, à aprendizagem de coisas novas e à complexidade do trabalho.

Tabela 43: Fatores Psicossociais de Risco dos Fisioterapeutas dos dois Casos de Estudo: Exigências Emocionais e Exigências Cognitivas e Dificuldades da Tarefa

Fatores	Exposição		Incómodo	
	Local A %	Local B %	Local A %	Local B %
Fator 2_ Exigências Emocionais				
8. Suportar as exigências, queixas ou reclamações do público	92,9	100	76,9	80,0
9. Confrontar-me com situações de tensão nas relações com o público	100	80,0	78,6	50,0
10. Estar exposto ao risco de agressão verbal do público	78,6	80,0	100	75,0
Fator 3_ Exigências Cognitivas e Dificuldade da Tarefa				
11. Contacto direto com o público	100	100	7,1	20,0
12. Onde estou sempre na presença de outros	92,9	100	23,1	0
13. Onde sou obrigado a aprender sempre coisas novas	78,6	100	8,3	0
14. Muito complexo	78,6	100	36,4	40,0

Afigura-se-nos, então, que as solicitações que dependem da relação com os doentes, no domínio terapêutico, e aquilo que desse domínio resulta, isto é, as queixas, os receios, a tensão, o percurso e resultados dos tratamentos são bem mais preocupantes do que as solicitações que apelam a questões no domínio cognitivo. Uma verbalização curta traduz o que acabámos de referir: “A pressão, a pressão que os doentes exercem, às vezes, sobre nós” [LA5].

Para tentar encontrar os fundamentos para justificar a existência de exigências emocionais vamos percorrer algumas questões relativas às relações com os doentes. Em primeiro lugar, embora, o relacionamento com os doentes seja referido como sendo próximo e muito bom, tal não invalida que tenham consciência da existência de alguns conflitos e, por vezes, alguma distância relacional: *“há pessoas com quem nós temos mais afinidade e outras que temos menos, não é?”* [LA9]. Atribuem às relações menos próximas razões no âmbito das características de algumas pessoas: *“há pessoas que são mais afáveis outras menos. Há pessoas que são mais tolerantes, outras menos”* [LA7] e aos conflitos, a maior parte das vezes, frustrações, dos doentes, desencadeadas pela recuperação não ser tão rápida como eles desejariam ou por terem de esperar para serem tratados:

“Creio que é mais, realmente, essa frustração quando as coisas não estão a correr de acordo com as expectativas deles” [LA8];

“Porque eles projetam muito em nós, depois, algumas frustrações” [LA3]:

“Por vezes, quando damos conta estamos a tratar um utente e temos mais quatro ou cinco ou seis a perguntar o que é que fazem, que já estão há muito tempo parados, e tudo isto leva a uma frustração” [LA9];

“A questão de maior tensão que existe sempre é o período de espera” [LB2].

Referem contudo, conseguir resolver esses conflitos com relativa facilidade, também, por via da experiência e pela utilização de estratégias que evitam entrar em choque com os doentes: *“eu em tudo tento entrar, um bocadinho, na brincadeira e brincar com as situações”* [LB5]. Um relacionamento cordial, amável, nalguns casos ternurento e brincalhão, foi verificado, por exemplo no local público, através das palavras dirigidas a um doente pela sua fisioterapeuta, quando ele dizia estar cansado: *“o (...) é um malandro, é o mais novo, mas o mais cansado”*; *“agora estás de castigo e não saís daí”*. Parece, assim, que apesar de alguns atritos não é esta vertente relacional que mais estará em causa nas exigências emocionais desta atividade.

Tentámos aferir se as exigências nesta componente poderiam resultar de comportamentos menos convenientes por parte dos doentes, nomeadamente o que Gollac e Bodier (2011) apelidam de violência externa, isto é, situações de ameaças ou violência verbal ou física, propriamente dita, por parte dos doentes ou seus familiares. Constatámos, através do INSAT, que a violência verbal é uma das situações que os fisioterapeutas consideram existir e que lhes provoca incómodo.

Contudo, também no que às situações de violência, nas suas diversas formas, diz respeito, não parece que estas sejam o cerne de uma perturbação que não consigam

resolver com relativa facilidade. Referem a existência destas situações, mais relacionadas com violência verbal e formas de assédio, como algo esporádico e relativizam-nas:

“Verbal, física nunca tive nenhuma” [LA10];

“Violência física não, mas teve perto...foi preciso ter uma boa postura e tentar, lá está, eu penso nessas situações mesmo que eu tenha toda a razão do mundo se eu puser a razão do lado de lá e tentar compreender o lado de lá, nunca chegamos a esses extremos” [LB2];

“Já me aconteceu com um ou dois utentes, se calhar determinada relação...eles querem um bocadinho mais do que seria a relação, até mesmo de amizade. Mas isso é muito raro, mas já me aconteceu, principalmente com uma pessoa. Foi a única pessoa a quem eu já me arrependi de ter dado o meu número de telemóvel, porque realmente ao telemóvel foi bastante desagradável e depois deixei-lhe de atender sequer o telefone” [LA1];

“Que me tenham feito a mim já tive e já tivemos algum, algum tipo de assédio sexual, que se pode chamar sexual. Por mais de jovens, com....Mas, pronto, nós estamos preparados para essas coisas” [LA5];

“Mas, por vezes, tentam intimidar já me senti mais intimidada, do que agora, mas isso tem a ver com o facto de ainda ser jovem e, por vezes, eles confundirem as coisas, lá está, há que saber separar as águas” [LA8].

Estas verbalizações foram feitas por três fisioterapeutas do sexo feminino e dois do sexo masculino, o que revela que as questões de género relativamente à violência, no caso, não parecem ser muito diferenciadoras. Provavelmente, e como se vê, pelo último relato a idade poderá estar relacionada com mais tentativas de intimidação ou de algum assédio, embora os relatos acima descritos sejam de fisioterapeutas com idades muito diferentes.

Ao afirmarem, que se sentem preparados para lidar com as situações de violência e até assédio por parte dos doentes, utilizam inclusive justificações para estes tipos de condutas, como sejam, *“eu considero aquilo uma descarga deles, porque eles, por vezes, descarregam em nós, porque vêm cheios com outras coisas e eu desvalorizo” [LA2].*

As questões da violência, também, não parecem ter para estes fisioterapeutas, uma expressão como o que as suas respostas, através do questionário, deixavam antever⁵², nem serão elas que estarão na base das exigências mais complexas em termos emocionais.

⁵² A explicação para estas respostas e a diferença relativamente ao que verbalizam, pode ter origem, na projeção que é feita com base na realidade que vivem e conhecem e na forma como isso (a violência), a acontecer poderia ser perturbadora.

Resta-nos, então, analisar os aspetos relativos ao percurso e resultados do tratamento para encontrar “a pressão” que é sentida e as exigências emocionais que reconhecem. Não há dúvida que os resultados em termos de recuperação dos doentes têm, para os fisioterapeutas, outros contornos e um diferente impacto. Encaram as situações de não recuperação de diferentes formas, mas evidenciam-se duas posturas relevantes. Alguns referem sentimentos de frustração e tristeza:

“É uma frustração muito grande. É uma frustração muito grande” [LB2];
“Custa, custa bastante. Principalmente quando estamos com eles. Se calhar quando eu vou lá para fora, pronto, acabo por pensar menos, ser menos pesado, por assim dizer. Agora aqui é complicado, é bastante complicado” [LA1].

Assumem sentimentos de amizade, carinho e preocupação para com os doentes, também, por via do tempo que passam com eles, o que complexifica as situações:

“(...) Tivemos uma certa discussão [com um médico] que dizia... ah, os doentes não são vossos amigos. Tão? Mas eu não tou cinco minutos com ele numa consulta, como os senhores doutores, não é? Eu passo sete oito horas por dia com estas pessoas durante um ano. Claro que estas afinidades aproximam, os sentimentos misturam-se um bocado, é difícil. Oh! Claro quando não há evolução é uma tristeza, tanto para nós, principalmente, por eles, é frustrante, é frustrante, uma pessoa estar dedicado a uma pessoa e ela não melhorar” [LA5].

E, assinalam dificuldades na gestão das expectativas dos doentes relativamente à recuperação:

“Penso que é a situação mais difícil de lidar, é eu ter de dizer a alguém que não dá para melhorar mais do que estará quando a expectativa da pessoa é ficar a cem por cento, mas muitas vezes não é possível” [LB1];
“O principal problema é corresponder às expectativas dos utentes diariamente. As expectativas são cada vez mais altas, mais exigentes e é difícil corresponder com as expectativas” [LB3].

Todavia, outros fisioterapeutas, demonstram uma postura de aceitação, de que isso faz parte da sua atividade, postura que, em alguns casos, foi sendo conseguida com a experiência profissional, e que os faz ter uma visão mais “neutra” da não recuperação dos doentes:

"Aprendi a lidar com isso. Eu, quando comecei a trabalhar, levava os problemas todos para casa e chorava pelos utentes. Agora já não acontece" [LA10];

"Não me incomoda. Se eu estiver seguro de que fiz o máximo para que essa pessoa recuperasse, e já trabalho há alguns anos, e tenho a perfeita noção que não há milagres. Há pessoas que independentemente do nosso esforço que não vão recuperar" [LA9];

"Encaro profissionalmente, não pessoalmente, ou pessoalmente o menos possível, porque é difícil, acho, separar, muitas vezes, esses sentimentos, mas, ao longo do tempo... Vejo as coisas de uma perspetiva positiva, ou seja, não há nada a fazer, há que readaptá-la à condição que tem, física" [LA11].

Uma e outra postura existem independentemente do género, mas as reações mais neutras ou de maior aceitação são mais relatadas pelos fisioterapeutas do local público. Por outro lado, as reações mais emotivas, ou que deixam uma maior sensação dos problemas que esta situação pode causar são relatadas por fisioterapeutas do sexo feminino. Uma fisioterapeuta do local privado associa a dificuldade de lidar com o facto de os doentes não recuperarem à necessidade de recorrer à vida privada para assimilar as suas "frustrações": "E muitas das vezes os problemas, esses problemas não se resolvem, mas encaixamos estas ideias, em casa durante a noite" [LB5].

Ainda a propósito das exigências emocionais, e da relação em termos de tratamento e acompanhamento dos doentes, podemos referenciar duas outras circunstâncias: terem de dar informações negativas aos doentes e a possibilidade de cometerem erros que possam prejudicar os doentes ou a eles próprios. A forma como gerem a informação negativa, ou seja, como assumem perante os doentes que estes não vão recuperar ou que podem existir problemas graves, traduz, grande parte das vezes, dificuldade:

"É horrível" [LA10];

"Para mim é das coisas mais desconfortáveis" [LA1];

"Não é fácil. É muito stressante, é muito angustiante, porque nós pensamos..., não é fácil sequer olhar para eles, quanto mais trabalhar com eles" [LA2].

Apesar de ser difícil, os fisioterapeutas defendem que os doentes têm direito a saber a verdade e alguns, nestas situações, utilizam estratégias defensivas, como não falar em termos definitivos ou diretos:

"Não é fácil, a nossa conversa, a minha que eu opto é sempre por tentar explicar que neste momento, e é verdade, uma pessoa não pode mentir, sei lá se..." [LA9];

"Nunca lhe digo diretamente. Não, não se pode dizer diretamente, mas dizemos sempre que é muito difícil a recuperação que pronto, que é difícil" [LB3].

Para outros a estratégia é não dar essa informação e remeter para os médicos:

"Eu normalmente remeto para o médico" [LA4];

"Essa responsabilidade também não deve recair sobre nós, essa responsabilidade deve ser do médico" [LA8].

Também, neste aspeto parece que uma maior experiência ou uma postura dita "realista, científica" são facilitadoras:

"Mexee, sim, por vezes, mexee. A maior parte das vezes no dia-a-dia acho que não pensamos nisso, estamos automatizados. E ainda bem, por um lado, porque se não andávamos sempre aí a chorar. Mas é, é muito, eu acho que é complicado. Mas não pronto, já fui aprendendo a lidar com isso. Se é que isso se pode dizer" [LA3];

"Para mim é fácil. É a realidade. Não há nada a fazer. À luz da ciência, etc. Não é derivado do nosso trabalho que aquilo ficou assim" [LA11].

Relativamente à possibilidade de ocorrência de erros, assumem preocupação e a sua existência (por exemplo deixar que os doentes caiam). Mencionam os erros, essencialmente, de duas formas. Por um lado defendem-se com a inevitabilidade da sua existência ou pela rotina do dia-a-dia:

"Nós somos seres humanos, é isso que eu costumo dizer, toda a gente comete erros..." [LA2],

"Isso pode acontecer a todos nós. E especialmente quando nós entramos na rotina é quando facilitamos mais. Mas eu acho que os erros aqui surgem quando nós facilitamos" [LA1].

Por outro lado, atribuem a sua existência, ou a possibilidade de ocorrência, mais uma vez, ao ritmo ou sobrecarga de trabalho, às muitas solicitações ou à falta de acesso a informação sobre os doentes:

"Penso, com o ritmo que tenho diariamente sei que isso pode acontecer várias vezes" [LA5];

"Repare, quando temos um excesso de trabalho e quando, e quando é difícil, por vezes, estar concentrado num, numa só atividade, é natural que haja bastantes erros" [LA9];

"Não, acho que não são propriamente erros do ponto de vista que nós consideramos, acho que nós trabalhamos, muitas vezes, às cegas, ou mais às cegas do que deveríamos" [LB1].

Dos constrangimentos que de alguma maneira poderão afetar os fisioterapeutas, podemos dizer que os relativos às exigências emocionais parecem desempenhar um importante papel e não somente através das condições que o questionário aponta. De

facto, parecem ser as temáticas referentes à componente terapêutica que solicitam de forma mais negativa os fisioterapeutas.

Estes aspetos prendem-se, ainda, com a impossibilidade de os fisioterapeutas tomarem decisões (a que já aludimos no ponto anterior) em determinados aspetos do seu trabalho. A referência às mudanças que introduziriam na sua atividade se lhes fosse possível foi no sentido da falta de liberdade naquilo que fazem e à sua autonomia:

“Eu acho que primeiro gostava que nós tivéssemos mais ... nós temos alguma liberdade naquilo que nós fazemos com eles [doentes], mas continuo a dizer, podíamos ser mais ativos, por exemplo, também, nas altas” [LA1];

“Acho que tentava mudar tudo o que se prende com a nossa autonomia profissional, como profissionais” [LA11].

No que diz respeito ao enquadramento dos aspetos cognitivos, enquanto características da atividade que podem influenciar o fisioterapeuta, já verificámos (na Tabela 43) que no questionário o fator Exigências Cognitivas e Dificuldade da Tarefa, não aparece, quando avaliado quantitativamente, como sendo de risco, isto é, as situações que comporta, não parecem incomodar a grande maioria dos fisioterapeutas. O contacto permanente com o público e estar sempre na presença de outras pessoas no local de trabalho é algo inerente à maioria dos fisioterapeutas. Ou seja, a sua atividade pressupõe esse contacto, pelo que é normal que as respostas, em termos de exposição, a essas situações apresentem valores elevados (retomaremos este aspeto no ponto seguinte).

Valores altos de exposição a características de complexidade e necessidade de aprendizagem relativas ao trabalho que executam, também, foram encontrados. Em nenhum momento, no decurso deste trabalho, nos apercebemos de qualquer problema que se possa associar à presença de tais situações. Pelo contrário a presença e o relacionamento com os doentes é fonte de satisfação profissional, e como mais à frente veremos, trabalharem com outros colegas em permanência é fonte de apoio. A complexidade do trabalho, entendida como dificuldade em executá-lo, ou não ter recursos pessoais ou conhecimento suficiente para o realizar, não foi referida, embora possam existir alguns receios e uma maior insegurança por parte de fisioterapeutas mais novos ou a trabalharem há menos tempo. As dificuldades encontradas pelos fisioterapeutas não se prendem com a sua tarefa, com o que é suposto que façam, nem com o conhecimento que têm de mobilizar para o fazer, mas sim com as condições para

o executar. Isto é, as dificuldades, ou a eventual complexidade do trabalho, derivam das condições da sua atividade concreta, das circunstâncias e constrangimentos que nessa atividade, nesse real do dia-a-dia, lhes colocam entraves. Mas, mesmo nesta atividade concreta, as exigências que implicam aspetos mais cognitivos (como a existência de uma “representação operatória mental”) parecem funcionar mais como algo positivo do que negativo, pois permite-lhes responder a diferentes solicitações sem perderem o objetivo ou o foco do tratamento ao doente. Da mesma forma, sendo um trabalho com pessoas, com base em técnicas e pressupostos, que em muitos casos, vão evoluindo em função de investigação, a necessidade de aprendizagem fará parte da sua atividade e dessa aprendizagem, também, depende a possibilidade de mais e melhor ajudar os doentes. A propósito da necessidade de aprender coisas novas as verbalizações dos fisioterapeutas foram no sentido da sua necessidade para o desenvolvimento e atualização das suas competências:

“Acho que permite, para além de desenvolvermos todos os conhecimentos que nós aprendemos, permite-nos, às vezes, dar asas à imaginação e pensar “se eu consigo fazer isto será que eu da outra forma também iria conseguir”. Não há uma rotina, cada utente é um utente e cada lesão é uma lesão” [LA2];

“Esta é uma área [a fisioterapia] em que é obrigatório quase fazer uma formação constante e eu gosto muito dessa parte, gosto muito (...) e então, nesse aspeto, a minha profissão obriga-me a haver sempre um crescimento profissional. A nível pessoal, também, porque é assim, eu lido com vinte a trinta pessoas por dia, quer queira, quer não eu tenho de lidar com muitas situações diferentes por dia e isso obriga a crescer a nível pessoal” [LB1];

“Esse é o meu objetivo todos os dias é desenvolver as minhas competências o melhor possível, o que acontece, muitas das vezes, é o preço que isso, que isso tem (...) acabamos por não ter um grande orçamento para apostar mais em formação, mas, pelo menos, uma vez por ano, eu tento tirar algo que queira” [LB2];

“Eu tento não estagnar, portanto, eu própria tento explorar e fazer formação, de forma a estar sempre atualizada” [LA6].

Confirma-se, assim, que estas não são, ao contrário das físicas e das emocionais, fatores que constituam riscos psicossociais, para estes profissionais.

8.3. A presença constante de outras pessoas no decurso da atividade

Salienta-se na atividade dos fisioterapeutas que a mesma decorre em circunstâncias onde a presença de outros é permanente. Rodeando os fisioterapeutas estão, para além dos doentes, os seus colegas, estagiários, outros profissionais e, por vezes, também, familiares dos doentes. Necessariamente, com eles vão ser estabelecidas

relações que vale a pena analisar na perspectiva de possíveis constrangimentos da sua atividade. O relacionamento, mais frequente, para além daquele que é estabelecido com os doentes e a que já fizemos referência, é com os colegas fisioterapeutas. A existência de relações entre os fisioterapeutas que partilham o mesmo espaço, presume-se desde logo, por essa mesma razão, mas principalmente quando a atividade que põem em prática implica que partilhem esforços, que se posicionem fisicamente lado a lado, que solicitem ajuda e se prestem a cooperar. Esta temática surgiu associada a um fator psicossocial de risco avaliado pelo questionário. A ela estão, também, ligadas queixas e incómodo por parte dos fisioterapeutas dos dois locais que estudámos. Atendendo à Tabela 44, a exposição a este fator é mais elevada para o local público, embora o incómodo dos que se consideram expostos seja idêntico para os dois locais.

Tabela 44: Fatores Psicossociais de Risco dos Fisioterapeutas dos dois Casos de Estudo: Relações Sociais e Interesse pelo Trabalhador

Fatores	Exposição		Incómodo	
	Local A %	Local B %	Local A %	Local B %
Fator 5_ Relações Sociais e Interesse pelo Trabalhador				
17. Que de forma geral, é pouco reconhecido pelas chefias	85,7	40,0	100	100
18. No qual, de forma geral, me sinto explorado	84,6	60,0	90,9	100

As relações sociais no trabalho, no caso, o relacionamento com colegas e chefias, o apoio que recebem deles e a existência de comportamentos menos adequados nessas relações (como a violência interna, ou seja, as situações que podem constituir diferentes tipos de violência, assédio ou intimidação por parte deles) foram expressas pelos fisioterapeutas. O relacionamento com os colegas é referido, na generalidade dos casos, como sendo bom: “é boa, eu gosto da minha relação com os colegas. Acho que é a melhor coisa que existe aqui. Sinceramente acho que é a nossa equipa” [LB4]; “diria que tenho uma relação bastante cordial, sim” [LA10]. Dos colegas consideram que recebem apoio e afirmam sentir a sua disponibilidade:

 “Apoio sim, sinto isso” [LA11];
 “O apoio não é tão direto, diariamente, mas se eu tiver algum problema posso” [LB5];
 “Sim, tanto profissional, como pessoal. Mesmo que se passe uma coisa mais a nível pessoal, com determinado utente posso desabafar, eles aconselham, tenho a maior dos à-vontades para chegar a qualquer um conforme o que for e dizer: tenho dúvidas nisto, o que é que achas?” [LA10].

A colaboração entre colegas é, ainda, facilitadora de alguns momentos, no decurso da atividade: *“Quando tá, já tá, tudo assim bem definido, falo com um colega, olha põe um olho nos meus pacientes que eu vou tomar um cafezinho rápido, venho já”* [LA5];. Apesar de reconhecerem que pode haver alguns atritos, consideram-nos normais: *“eu até acho que é boa. Ou seja, eu já deixei de ter a utopia de que existem locais de profissionais que seja tudo muito bom, muito bom, muito bom. É impossível”* [LA1] e que o relacionamento é melhor com uns do que com outros: *“sim, sim, sim. Melhor com uns do que com outros, claro”* [LA3]. Estas exposições remetem-nos para o coletivo, que Yves Clot tanto salienta quando se refere à atividade. Santos (2006) a propósito da apresentação do quadro teórico-metodológico do trabalho desenvolvido por aquele autor refere, de acordo com o mesmo, que não se pode tratar da questão da atividade de trabalho sem colocar a questão do lugar que os outros ocupam na atividade profissional, pois toda a atividade profissional é considerada uma coatividade, uma “contra-atividade” no sentido em que é sempre uma resposta à atividade dos outros. Mas, tal não configura a existência de uma oposição, a atividade de cada um é que se define, se organiza na atividade dos outros, com a atividade dos outros, apoiando-se ou aproximando-se da atividade dos outros. Ou seja, a atividade resulta do que os outros fazem, mas, por outro lado, e de forma simultânea, esta mesma atividade vai agir sobre as atividades dos outros. A importância das relações de trabalho é pautada, também, pela possibilidade de diálogo, de intercâmbio, isto é, o coletivo de trabalho enquanto espaço onde os saberes coletivos se expressem. O coletivo de trabalho supõe que o indivíduo desenvolva a sua atividade não negando o seu saber-fazer, o seu modo de fazer, e reconhecendo e valorizando o saber fazer do outro com quem coordena, aprende e desenvolve o seu fazer. Supõe o reconhecimento do conhecimento de quem faz, portanto, considera quem faz também como detentor de conhecimento (Clot, 2006).

No que diz respeito às relações com as chefias os relatos mostram diferenças, as relações são vistas como sendo menos próximas e são diferenciadas em função de, no plano hierárquico, serem chefias diretas ou indiretas:

“Com a administração nós nem sequer temos, ... com esta nem sequer temos contato nenhum” [LA1];

“Não é tão boa como com as colegas (risos). Claro que às chefias mais altas também tem a ver com o contacto que nós temos com as pessoas, não é? Eu quase nunca os vejo, claro que a relação...” [LA10];

“Não é das melhores, portanto, também não, não” [LA6];

“Também. Mais ou menos” [LB4].

O apoio por parte das chefias, também, não é visto de forma idêntica ao que reconhecem por parte dos colegas, e comparam-no, especialmente quando se referem às chefias indiretas:

"Das mais altas, nenhum (riso) [LA10];

"As outras chefias mais acima não são de todo próximas ou acessíveis. Já foram, neste momento não são" [LA9];

"Não, não, não, não sinto isso. Nem confiar, e então confiar muito menos, e apoio também não, são pessoas muito autoritárias, não são pessoas, lá está, como eu lhe disse, em que eu, por exemplo, possa confiar um determinado assunto pessoal que me esteja a preocupar bastante, não posso, não, não, não tenho, não tenho" [LA6];

"Com os chefes é mais difícil, com os colegas é mais fácil" [LA2].

Em relação à chefia direta a opinião é diferente: *"a tarefa da chefe não deve ser fácil e tem mais coisas, também, para fazer e, às vezes, não tá logo disponível para nos ajudar, não é? Mas ajuda sempre que possível" [LA5].*

Quando questionados através do INSAT, os fisioterapeutas apontam algumas situações de exposição a comportamentos hostis por parte de colegas e chefias. Assim, os do Local B consideram-se mais expostos a assédio sexual e a discriminação por idade, que são as situações que mais os incomodam juntamente com as relativas à agressão verbal. No Local A exposição é maior para a desconsideração da sua opinião e possibilidade de expressão, bem como para as agressões. No entanto, o que exprimem não reflete exatamente este cenário.

De facto, tendo um relacionamento favorável com os colegas e existindo suporte por parte deles, a inexistência de comportamentos inconvenientes como violência, assédio ou intimidação por parte dos colegas é confirmada por aquilo que referem. Desta forma, consideram não ser vítimas de nenhum tipo de violência, por parte de colegas, existindo apenas alguns comportamentos esporádicos, que classificam como menos corretos: *"desrespeito pelo trabalho do colega, por vezes" [LA9]; "um colega de trabalho, chamar a atenção de alguma coisa dentro do ginásio à frente de toda a gente" [LB2],* que são facilmente resolvidos com diálogo. Com as chefias, e apesar de relações menos próximas ou menos colaborantes, a situação não é muito diferente, havendo no entanto referências à existência de alguma intimidação, por parte delas: *"já, com a chefia. Bastante" [LA6]; "por parte de chefias (riso) tantas situações. Comentários como: "porque sou eu que decido" e "é assim que eu quero", "pronto, tá dito". Perante isto não se pode dizer nada" [LA10].*

Houve, ainda, referência a alguma intimidação sobre fisioterapeutas, mas para os que têm contratos a prazo, no local público. As referências ao tipo de relações, ao apoio e aos comportamentos menos corretos são feitas de forma idêntica por fisioterapeutas do sexo masculino e feminino, quer do local público quer do privado, com exceção para as relações com as chefias que parecem ser melhores no local privado. Abordaremos este aspeto mais à frente, a propósito da autonomia.

Assim, parece que os seus relatos não coincidem exatamente com o que assinalaram nas questões formuladas no questionário, nem mesmo no que traduzem relativamente às chefias. Provavelmente, esta diferença reside no facto de através do questionário não poderem exprimir livremente o que acontece face a essas relações e aos comportamentos hostis e assinalarem as respostas que de alguma forma se assemelham ao que consideram existir, ou ao que pensam se espera deles (a desejabilidade social que atravessa, a maioria das respostas a questionários). Eventualmente, embora não tenhamos tido essa percepção, podem ter-se sentido pouco à vontade para revelar “ao vivo” situações que podem ser consideradas embaraçosas.

Na Tabela 44, as relações sociais e o interesse pelo trabalhador aparecem como fator psicossocial de risco com um cariz, essencialmente, associado ao reconhecimento do trabalho e ao sentimento de nele serem explorados. Os fisioterapeutas dos dois locais referem-se ao reconhecimento do trabalho que fazem, afirmando que ele existe, principalmente, por parte dos colegas e doentes. Mas, se no primeiro caso a quase unanimidade é patente, no que diz respeito ao reconhecimento por parte dos doentes há opiniões diferentes. Isto é, consideram que genericamente o seu trabalho é reconhecido por eles:

“Eu considero que sim, principalmente pelos utentes” [LA2];
“Pela maior parte, dos doentes, acho que sim. Acho que, aliás, são quem nos reconhece mais” [LA3];
“Eu penso que é reconhecido pelos meus utentes” [LB2].

Mas, julgam que algumas vezes são vítimas de injustiça, não só porque o reconhecimento existe, somente, quando as coisas correm bem (“sim, e, também, os familiares dos utentes, muitos são muito agradecidos e eu acho que as pessoas na saúde são extremamente agradecidas, quando veem que aquilo está a correr bem, fazem de tudo para agradar a pessoa que a ajudou, mas, quando alguma coisa corre mal, vem tudo para

cima de nós” [LA10]), mas, também, porque os créditos do seu trabalho são divididos com outros profissionais. Uma expressão que mais do que um fisioterapeuta nos referiu ilustra o que acabámos de dizer: “olhe eu tinha uma colega minha que dizia uma coisa muito certa, que era assim: se alguma coisa corre mal é graças a nós, se alguma coisa corre bem é graças a Deus”.

Quanto ao reconhecimento por parte das chefias, alguns fisioterapeutas consideram que ele existe, principalmente por parte da chefia mais próxima: “*não sei. Eu só tenho contacto direto com a minha. Portanto, não sei como é que é pelas outras. Espero que sim, mas...*” [LA10], embora surjam relatos mais vagos ou de negação desse reconhecimento: “*pelas chefias acho que não*” [LA4]; “*por parte das chefias, não. Principalmente*” [LA9]. Parece confirmar-se que o reconhecimento do trabalho é mais problemático quando se trata das chefias até porque sendo afirmada alguma falta de reconhecimento por parte dos doentes, percebe-se que esta é melhor entendida (brincando inclusive com isso) do que quando o mesmo acontece por parte de quem tem responsabilidades de gestão.

O reconhecimento no trabalho tem sido apontado por autores como Dejours, enquanto elemento nuclear nos processos de construção identitária e prazer no trabalho. Para Dejours (1993) o reconhecimento é um processo de retribuição simbólica que assenta em julgamentos sobre o “fazer” das pessoas. A psicodinâmica do trabalho tem chamado a atenção para a conexão entre a falta de reconhecimento e as situações de sofrimento, de doença e até de despersonalização. De outro modo, tem mostrado a importância do reconhecimento nos processos de construção de significados, pois este medeia a relação do indivíduo com o outro no contexto de trabalho, inscrevendo-o numa história coletiva e em circuitos de utilidade, valor e qualidade. Ainda que, o reconhecimento dependa da realização de julgamentos, os quais recaem sobre a qualidade do trabalho realizado, sobre o que se faz e não sobre a pessoa, ser reconhecido pela qualidade do trabalho pode inscrever-se ao nível do trabalhador em termos de ganhos de identidade. Assim, a falta de reconhecimento por parte de um interlocutor importante nas relações de trabalho (as chefias), e mesmo o sentimento de que esse reconhecimento é por vezes negligenciável por parte dos doentes podem ser vistos como aspetos problemáticos da atividade dos fisioterapeutas e, no mínimo, não contribuirão para o estabelecimento de boas relações sociais.

Relativamente a consideram que são explorados no trabalho, as verbalizações dos fisioterapeutas permitem aprofundar a análise relativa a este ponto. Parece confirmar-se o desconforto no que diz respeito às recompensas monetárias pelo seu trabalho porquanto, os fisioterapeutas consideram que a sua remuneração é baixa relativamente à responsabilidade que têm e quando comparada com outros profissionais. Associam, ainda, a esta questão as carreiras, ou seja, a impossibilidade de serem promovidos (no setor público) ou de não terem uma carreira (no setor privado). Vejamos o que dizem a este propósito:

"Eu olho para o meu ordenado e ao fim de dez anos de serviço praticamente estou na mesma" [LA1];

"Eu ganho menos de metade de uma mulher a dias. Portanto, para a responsabilidade que tenho e para o que faço, se calhar era preferível estar a lavar escadas" [LA2];

"Acho que somos mal pagos. Pronto, é mesmo assim" [LA3];

"Acho que, com a responsabilidade que nós temos, acho que devia ser mais remunerado, mais bem remunerado" [LA5];

"Cá está não nos reconhecem tanto trabalho, em temos monetários também não nos reconhecem" [LA5];

"É realmente quase trabalhar por amor à camisola" [LA8];

"Eu acho que temos péssimo ordenado como fisioterapeutas, aliás, os próprios doentes ficam um bocado admirados, enfim, surpresos quando nós dizemos quanto é que é o nosso ordenado base, pensam que nós ganhamos muito mais, para aquilo que nós fazemos" [LA6];

"O vencimento é o mesmo de há doze anos atrás" [LB2].

Aludimos, anteriormente, a problemas relacionados com a gestão de tempo e com a autodeterminação de procedimentos, a propósito das exigências emocionais, referindo que as mesmas estavam, igualmente, associadas à autonomia. Ora, a autonomia é uma questão atinente à relação com outros profissionais, mais precisamente com os médicos.

A noção de regulação é central à abordagem centrada na atividade e foi preconizada por Faverge em 1966, enquanto determinante para a compreensão e explicação das situações de trabalho. Para o autor, o trabalhador acaba sempre por proceder a uma regulação individual e coletiva da sua atividade, através de certos mecanismos que são regulações da própria produção e da sua cadência, tendo em vista evitar ou ultrapassar determinados desequilíbrios observados ao longo dos diversos ciclos de trabalho (Faverge, 1992). Sendo, a regulação, importante, igualmente na passagem da tarefa prescrita à atividade real entronca no desempenho dos nossos fisioterapeutas, na medida em que a sua autonomia (nomeadamente no local público) está condicionada (na gestão de tempo e de procedimentos) de alguma forma às

decisões de terceiros (no caso o médico). Isto é, quer a decisão do número de doentes em tratamento, quer o tempo que dedicam a cada um, mas, também, a cessação ou continuidade da intervenção não são decididos pelo fisioterapeuta.

As principais razões de queixa, no que à autonomia dizem respeito, estão relacionadas, de facto, com o número de doentes e o tempo para o seu tratamento que afirmam não serem por eles decididos, nem a sua opinião tida em conta. A prescrição de tratamentos e número de sessões dos mesmos, realizada pelos médicos, constitui, por vezes, um entrave em termos de autonomia, pois parece ser pouco adequada à avaliação continuada que os fisioterapeutas fazem na sua atividade:

"Eu consigo ter um paciente que em x sessões está perfeitamente tratado, mas para outro paciente essas x sessões podem ser completamente insuficientes, apesar de terem a mesma patologia, ou seja saber que independentemente da situação e do paciente eu vou ter o mesmo número de sessões (...) não somos nós que tomamos a decisão que quando o paciente para, ou termina ou avança novamente com o tratamento" [LB1].

Contudo, assumem que, em muitos casos, através, do diálogo, conseguem manifestar e fazer valer a sua opinião argumentando, ou provando, que aquilo que pensam ser mais útil para os doentes não é o que está prescrito:

"Teoricamente não, mas de uma certa forma sim. Porque, é aquilo que eu tava a dizer, na teoria o médico prescreve, mas se eu chegar ao pé do médico e me justificar e disser olhe isto, isto, isto, isto tá a dar resultado..." [LA2];
"É decidido pelo médico, a não ser que, eu olhe para a prescrição e que haja alguma coisa que eu não concorde de todo, se eu vir que está ali alguma coisa errada, uma coisa que passou ao lado ao médico, eu digo-lhe, "olhe, não pode fazer isto por isto e por isto". Aí é tranquilo. Às vezes, quando eu acho que está incompleto ou precisa mais disto ou mais aquilo também falo com eles para sugerir fazer mais isto ou mais aquilo" [LA7].

Assim, mais do que a autonomia para alterar o que é prescrito, o que incomoda os fisioterapeutas parece ser a impossibilidade de chamar a si a gestão de tempo com os doentes ou a decisão da sua permanência em tratamento. A solução que encontram, como atrás referimos, é alternar mais e menos tempo de tratamento entre doentes. Podendo dizer que esta é uma forma de regulação da atividade, não é, no entanto, uma forma que seja neutra do ponto de vista da perturbação que lhes provoca ter de o fazer.

Ainda respeitante à prescrição, um dado interessante é o que se passa no local privado. Embora ela, também, exista e no caso de determinados doentes, por via do tipo de encaminhamento que têm, ela tenha que ser atendida de forma mais rigorosa, em

muitos casos parece que funciona, mais do que no local público, como uma indicação e pode ser mais facilmente alterada e discutida com o prescritor. Os relatos dos fisioterapeutas demonstram isso mesmo:

"É assim, há médicos que ainda fazem a prescrição, nós temos um que ainda faz, que ainda escreve nas nossas folhas o que fazer, mas nunca senti que era obrigada a fazer um tratamento sem alteração. Acho que a única vez que eu senti isso, foi numa paciente externa, em que houve sim uma comunicação do médico externo, em que o que ele queria era aquilo e mais nada, mas acho que foi a única vez em que eu me senti realmente obrigada a fazer um plano de tratamento específico, de resto, mais ou menos, dá sempre para ir alterando: de uma forma mais conveniente para o paciente" [LB1];

"Na autorização, eu não quero saber o que eu tenho que fazer eu só quero saber que ela [a pessoa] pode fazer. E, podendo fazer fisioterapia, perante aquilo que ela apresenta e perante os objetivos que eu tenho, então aí, eu faço o próprio plano e tentamos alcançar esse objetivo. Se ela tem autorização para fazer fisioterapia, ótimo" [LB2].

Possivelmente, neste local, uma maior liberdade de comportamentos no planejamento dos tratamentos pode configurar maior capacidade de regulação e de alguma forma, os problemas de tempos e número de doentes colocar-se apenas por razões que têm a ver com a procura dos cuidados e a necessidade de lhe dar uma resposta célere.

A supervisão do fisioterapeuta, que trabalha no setor público ou no setor privado convencionado, por parte de um médico pode influenciar as relações no local de trabalho. Os fisioterapeutas, genericamente, consideram que a relação com os médicos é boa, no entanto, afirmam que varia em função de quem é o médico e avaliam-na em função dos problemas à volta da prescrição. Atentemos a algumas verbalizações, relativamente ao que é prescrito e às possíveis divergências de opinião, dos fisioterapeutas do local público:

"Com a equipa que nós temos, com quem eu trabalho, por norma sempre que vamos experimentar isto ou aquilo eles aceitam sem termos assim grandes problemas" [LA1];

"No entanto, as prescrições não são ahhh totalmente direcionadas ou descritivas, o que nos dá algum espaço de manobra para nós podermos ... fazer um pouco, também, como nós achamos que será o melhor" [LA8];

"Eu exponho o meu ponto de vista, exponho o ponto de vista do utente, eles expõem os seus, mas normalmente é boa. Entendo-me bem com a parte médica (...) conforme os médicos (risos), quando não há, não há. Ele é que manda, infelizmente" [LA10].

Estes relatos conduzem-nos à perceção de que mesmo estabelecendo uma boa relação profissional que lhes permite, em alguns casos, discutir a prescrição que

recebem, nem sempre a opinião do fisioterapeuta prevalece, independentemente, pelo que percebemos, de qual dos dois profissionais está a defender o mais adequado para o doente. Claramente, esta possibilidade de debate não acontece com todos os médicos (*“depende, depende, do médico em questão”* [LA11]; *“isso depende da pessoa e muito da personalidade da pessoa, não é? Pronto há médicos com quem se resolve bem, há médicos com quem não se resolve assim tão bem”* [LA4]) e algumas estratégias para contrariar argumentos dos fisioterapeutas revelam como as relações entre eles podem ser menos boas:

“O médico tem sempre razão (risos). Ele leva a dele, porque o poder da caneta é o poder da caneta, não é? E eu não tenho esse poder. Mas eu fiquei com a minha opinião e não baixei a cabeça...Uma pessoa, depois, com a idade já começa a digerir e a engolir alguns sapitos que...” [LA5];

“Quando eles veem que realmente não resulta, sim. Não é que nos vão dar razão ou isso, (risos), mas com alguns é fácil, com outros não, outros não. Outros são irredutíveis, às vezes, é mesmo por birra, não sei, e aí é complicado, porque aí eles têm sempre uma forma de nos atingir, que normalmente nos atingem é ameaçar que mandam o doente... que dão alta ao doente” [LA7].

As diferenças já reveladas para o local privado são, neste ponto, igualmente, constatáveis, pois as relações descritas parecem ser melhores existindo um contacto mais próximo e dialogante com os médicos:

“É uma relação bastante aberta. Pronto, mais com uns do que com outros, é normal, depende das personalidades mas é uma relação muito aberta, muito próxima em termos de médico fisioterapeuta” [LB1];

“Regra geral a relação é boa. É verdade que há: uma relação de respeito mútuo, (...) aceitam a nossa opinião como nós aceitamos a opinião deles, discutimos os casos e ao fim ao cabo acabamos por estar a trabalhar para o bem comum que é saúde do utente” [LB2];

“Temos total abertura para isso, para falar com o médico, tirar algum tipo de dúvidas, perguntar-lhe alguma coisa relativamente a planos de tratamento, em termos de alguma dúvida. Não, não há qualquer problema, nós alteramos [se não concordar com o prescrito] [LB4].”

Desta forma parece que se justificam as razões pelas quais os aspetos ligados à autonomia, embora com algum grau de problemática, não sejam avaliados como sendo preocupantes ou configurem riscos. O desejo de uma maior autonomia está relacionado com a possibilidade da gestão do tempo e de dedicação aos doentes em função da sua evolução diária e é, sobretudo, neste âmbito que os fisioterapeutas desejam que ela exista.

Antes de analisarmos, de forma global, o significado dos aspetos a que acabámos de fazer referência e à forma como os fatores psicossociais estão presentes na atividade dos fisioterapeutas e como podem ser considerados do ponto de vista dessa atividade, vamos fazer menção a algumas questões relativas à saúde, aos seus problemas e à relação que os fisioterapeutas destes dois locais estabelecem entre ela e o seu trabalho.

8.4. A saúde e a sua relação com o trabalho

Os problemas em termos de saúde, mesmo os que o trabalho possa provocar, não são, necessariamente, visíveis. Mas, pelo menos, nos aspetos físicos é visível a existência de circunstâncias, a que aliás já fizemos referência, dessa ordem, nomeadamente pelas posturas adotadas e os esforços físicos realizados pelos fisioterapeutas. Por outro lado, nas respostas ao INSAT (no primeiro estudo) ficou patente uma autoavaliação do seu estado de saúde⁵³. Iniciemos esta análise olhando para esses resultados.

Os fisioterapeutas do Local A, maioritariamente, consideram que a sua saúde está *moderadamente* ou *bastante* afetada pelo trabalho que realizam e os do Local B que a mesma está afetada *moderadamente* ou *pouco* (Tabela 45). Em média os valores confirmam esta perceção, pois os fisioterapeutas do local público apresentam um valor mais elevado.

Tabela 45: Saúde Afetada pelo Trabalho: Fisioterapeutas dos dois Casos de Estudo

ST	n (%)	Local A		Local B		
		M	DP	n (%)	M	DP
		3,21	1,188		2,80	0,836
Muito	2 (14,3)			0 (0,0)		
Bastante	3 (21,4)			1 (20,0)		
Moderado	7 (50,0)			2 (40,0)		
Pouco	0 (0,0)			2 (40,0)		
Nada	2 (14,3)			0 (0,0)		

Os problemas de saúde identificados pelos fisioterapeutas (especificados no Anexo IV) no Local A são as dores de costas (92,9%), os problemas de pele e os músculo-esqueléticos; no Local B, os músculo-esqueléticos (100%), as dores de costas e os

⁵³ Os dados apresentados relativamente à saúde, avaliados através do INSAT resultam de termos destacado os fisioterapeutas dos dois locais em estudo da base de dados geral.

problemas de visão. A relação que é estabelecida entre estes problemas e o trabalho é, em ambos os locais, maior para as dores de costas e os problemas músculo-esqueléticos.

No NHP (os resultados detalhados estão disponíveis no Anexo IV), a maior parte dos fisioterapeutas, de ambos os locais, assinala um número de queixas entre 10 a 16. As dimensões onde mais fisioterapeutas relatam problemas são, no Local A, as reações emocionais, a dor e a mobilidade física. No Local B, as reações emocionais, o sono e a energia. No Local A, os problemas identificados são mais relacionados com o trabalho do que no Local B. Assim, os fisioterapeutas do público associam oito problemas da dimensão reações emocionais e sete da dor, à realização do seu trabalho. O mesmo acontece para o privado, respetivamente, com cinco e três problemas.

Os problemas mais associados ao trabalho, para o Local A, são na dimensão mobilidade física: “dificuldade em estar de pé durante muito tempo” (5); na dor: “dores em pé” (4) e “dores ao andar” (3); na energia: “sempre cansado” (5); nas reações emocionais: “perder a paciência com facilidade” (7) e “nervoso, tenso” (5) e na dimensão sono: “acordar muito cedo e ter dificuldade em voltar a adormecer” (2) e “dormir mal de noite” (2).

Para os fisioterapeutas do Local B, são, na dimensão dor: “dores durante a noite” (1), “dores ao mudar de posição” (1) e “dores sentado” (1); na energia: “sempre cansado” (1); na dimensão reações emocionais: “perder a paciência com facilidade” (3) e “nervoso, tenso” (2); no sono: “acordar muito cedo e ter dificuldade em voltar a adormecer” (1) e “dormir mal de noite” (1) e na dimensão isolamento social “difícil dar com as pessoas” (1).

Proceder à análise das questões de saúde é, para nós, um imperativo, na medida em que, tal como assumimos no estudo da amostra global de fisioterapeutas, nos interessa percebê-la a partir dos constrangimentos associados à atividade de trabalho. Para além das alterações em termos físicos, que por maioria de razão, são mais fáceis de antecipar, importa-nos ir, igualmente, ao encontro das queixas e dos problemas ditos “infrapatológicos” nas suas relações com o trabalho. As consequências do trabalho no estado físico e psicológico não têm, normalmente, uma expressão imediata e linear e, embora possam acompanhar o trabalhador ao longo da vida, manifestam-se frequentemente de forma diferida e particular estabelecendo-se entre essas consequências e o trabalho realizado diferentes tipos de relações que não são

vivenciadas da mesma maneira por todos os trabalhadores (Gollac & Volkoff, 2000). Por outro lado, se atendermos a que a saúde é a capacidade de adaptação a condições de vida de diferentes ordens e de criar novas condições para fazer face às agressões (Canguilhem, 2001), então a vivência das condições que a atividade convoca e a relação que com elas se estabelece em termos de saúde, por parte do indivíduo, serão distintas em diferentes pessoas e em diferentes locais de atividade.

Ao determinarmos algumas diferenças na forma como diferentes fisioterapeutas vivenciam a sua atividade, verificamos, também, que as consequências do seu trabalho são repercutidas na saúde de formas distintas. Globalmente, os fisioterapeutas percebem a saúde como estando moderadamente afetada pelo trabalho, embora pareça que no local público a avaliação seja mais negativa do que no privado.

Como tivemos oportunidade de perceber são os fisioterapeutas do local público que traduzem na sua atividade mais problemas, ou, pelo menos, os colocam de uma forma mais contundente, por exemplo, as questões da autonomia, das condições físicas do local de trabalho, das solicitações excessivas, nomeadamente, no que diz respeito ao número de doentes e às sessões a realizar que lhes são, mais ou menos, impostas. É, assim, congruente que sejam eles que apresentem maiores repercussões na sua saúde.

Todavia as diferenças nas alterações que referem parecem não ser tanto de problemas como os músculo-esqueléticos ou as perturbações algicas (que são semelhantes entre os fisioterapeutas dos dois locais), mas mais no que já chamámos de “infrapatológico”. Queremos com isto dizer que patologias relacionadas com o trabalho ditas tradicionais (as doenças profissionais), ou acidentes no decurso do mesmo não são (como não foram na amostra alargada de fisioterapeutas que estudámos) as mais referidas.

Aproveitemos a referência à questão dos acidentes ou doenças profissionais para analisarmos o que, sobre esse assunto, nos disseram no decurso das entrevistas. As alterações na saúde, por via do trabalho, o quanto isso os afeta ou preocupa foram abordadas e o discurso utilizado é mais “leve” do que quando responderam às questões da possibilidade de cometerem erros que possam prejudicar os doentes. Verbalizam que têm consciência de que correm riscos, referem sempre as questões físicas, mas dizem em alguns casos, que são inerentes ao trabalho:

"Há situações que são inerentes à nossa profissão, articulares e isso, só falo mais, às vezes, só por brincadeira, mas já tenho algumas situações que me vão dar dor de cabeça, não é? Que eu sei que tem um bocadinho a ver com... que a profissão as agrava"
[LA7].

Por outro lado, há quem afirme não pensar muito nisso: "em termos de, de acidentes para mim, de doenças, não penso muito nisso (risos), sou um bocado... não penso. Acho que é mais, entro no meu ambiente de trabalho e faço aquilo que tenho a fazer" [LA1]. No entanto para alguns fisioterapeutas a consciência e a preocupação com os problemas que do trabalho podem resultar, para si próprios, é maior, seja, porque já os sofreram ou porque têm mais anos de serviço ou mais idade:

"Penso nisso muito, porque eu desde que aqui estou já ganhei três hérnias disciais, a nível da lombar" [LA2];
"Sim, isso agora já me afeta mais nesse sentido. Agora sim mais do que estes anos todos para trás. E agora tenho muito mais cuidado. E revolta-me também um pouco, agora, é querer tentar fazer o mesmo que fazia há uns anos atrás e já não ter forças para o fazer" [LA6].

Estas verbalizações foram produzidas por duas fisioterapeutas com mais antiguidade (e mais velhas), o que de alguma maneira deixa antever que as preocupações com a influência do trabalho na saúde podem aumentar com o passar dos anos e com o facto de não se estar já no campo das hipóteses, mas sim numa altura em que se percebe a saúde alterada. Podemos chamar aqui a subjetividade que Dejours defende quando preconiza que trabalhar, não é somente produzir, não é apenas transformar o mundo, é também transformar-se a si próprio, produzir-se a si mesmo, pois é através do trabalho que o sujeito se forma ou se transforma revelando-se a si próprio de tal forma que depois do trabalho ele já não é completamente o mesmo do que antes de o ter empreendido (Dejours, 2011).

Por isso, também a análise da atividade é uma mais-valia ao estudar a relação entre saúde e trabalho. Ou seja, poder aceder à saúde do trabalhador através da atividade permite o acesso às configurações singulares do trabalhar, individuais e coletivas e assim a atividade humana de trabalho não se dissocia de uma permanente gestão de si e da própria saúde. A competência no agir é fundamentalmente determinada pelos valores que circulam através da atividade de trabalho (Schwartz,

1996). A este propósito vejamos um testemunho de um fisioterapeuta do local privado, que tem seguro de saúde:

"Pronto, sei que..., que posso vir a não ter capacidade física para trabalhar, (...) no aspeto financeiro já me salvaguardei, com o seguro. Sou um bocado cauteloso em relação a isso [à saúde], mas preocupa-me não ter tempo livre para tratar um bocadinho mais de mim, não auferir de um salário melhor ou não poder cobrar mais aos utentes para ter menos utentes e para poder ter alguma qualidade de vida, para não chegar a um estado caquético em idoso" [LB3].

A gestão da saúde e os valores que circulam através da atividade estão presentes neste discurso, como, igualmente se podem verificar as configurações singulares do trabalhar, para proteger a saúde, como nos é verbalizado:

"(...) porque se eu começar a pensar [nas consequências do trabalho para a saúde] então havia muitas atividades que eu não iria fazer. Às vezes o que acontece é que eu modifico, tento modificar a minha postura, tento modificar aquela técnica ... já me aconteceu ter de fazer uma massagem sentada, porque tou cansada e assim" [LA1];
"Primeiro, lá está, essa coisa da pressa, se normalmente há a probabilidade de eu me lesionar, porque, muitas vezes, fazemos isso constantemente, mas, também, já fiz muito mais do que faço hoje, não é que trabalhe mais que antigamente, não, arriscava mais, porque não sabia tanto, era inconsciente" [LA3].

A análise da atividade e do discurso de quem a mobiliza é, também, importante para detetar problemas que mesmo sendo físicos são dificilmente reconhecidos como consequência do trabalho. Atentemos no seguinte testemunho:

"Nunca provei nada nem pretendo provar, mas a verdade é que, em cinco meses consecutivos fui à piscina, (...), cinco vezes eu tive infeções urinárias. E nunca tinha tido infeções urinárias na minha vida. E não me leva a crer que fosse qualquer outra coisa se não a piscina. E claro, que nunca provei isso, nem pretendo, mas isto é uma coisa que me transtorna. E incomoda-me ter que pensar que algum dia poderei ter que para lá voltar, inclusivamente é uma coisa que eu adoro fazer e que não faço. Por uma questão de saúde, mas é assim" [LA10].

Comentávamos atrás as queixas e problemas "infrapatológicos", isto é, o que não é visível, que tantas vezes não é considerado, muito menos documentado. Dos relatos que tivemos oportunidade de ouvir, já aqui fizemos referência à frustração, à tristeza, ao esforço para não deixar que os problemas dos doentes afetem a vida privada, a angústia de pretender fazer algo mais e não ter tempo: "Acho que trabalhar em clínica dependendo dos ritmos das clínicas, como é óbvio, acho que é desgastante" [LB4]. Não será, então, por

acaso que a partir do questionário as queixas em relação às reações emocionais nos tenham sinalizado um possível caminho a explorar.

É a este conjunto de problemas, aos discursos que os constituem que, também, tem de se dar uma resposta, aproveitando o que afirma Dejours (2011), se a montante do trabalho existe o sofrimento, é precisamente a esse sofrimento que o “trabalhar” tem de ter poder para transformar em sentimento de prazer. Por outras palavras, não é somente necessário proteger os trabalhadores da destruição originada pelo trabalho, mas, igualmente, fazer com que ao trabalho seja restituído o seu poder constitutivo da saúde.

8.5. Avaliar para compreender, compreender para intervir

O “encontro” com os fisioterapeutas e com a sua atividade de trabalho fez emergir um conjunto de constrangimentos, dessa atividade que nos ocuparam nos pontos anteriores deste estudo. Contudo, mais do que isso, permitiu a tomada de consciência da importância da análise da atividade, também, quando se pretende identificar questões no domínio psicossocial. É esta vertente que vamos passar a analisar.

Começemos por contextualizar o trabalho do fisioterapeuta, lembrando que as suas funções são, sinteticamente, “organizar e executar tratamentos (...) colaborar no diagnóstico (...) recuperar capacidades físicas (...) a doentes de diferentes patologias (...)” (Instituto Nacional de Estatística, 2010), ou seja, tarefas que deixam antever um contacto frequente com os doentes e, de alguma forma, uma intervenção pautada essencialmente pelas necessidades ou problemas que eles apresentam. Ora, o que constatámos a partir da sua atividade em contexto real mostra uma realidade mais complexa.

Esta constatação remete-nos para Leplat (1997) e indicia as múltiplas construções, do trabalhador, sobre o trabalho e seus contextos, sobre si e sobre o coletivo onde se insere, isto é, a passagem da tarefa à atividade. Da análise que fizemos até este momento foram surgindo essas construções, por parte dos fisioterapeutas, ou seja, o que estes trabalhadores fazem é a tentativa de conseguir enquadrar dentro de um objetivo definido, prescrito (realizar tratamentos, recuperar doentes) as circunstâncias que derivam de constrangimentos que a sua realização concreta acarreta. De outro

modo, são, também e porventura, essencialmente, esses constrangimentos, que a tarefa não consegue antecipar, que podem constituir o que Dejours (2011) afirma ser o elemento paradoxal do trabalho, provocar o pior ou gerar o melhor.

Já identificámos aquilo que custa no trabalho e que se pode ver no que ele tem de “pior”, ou pelo menos parte desse paradoxo. Testemunhámos e foi-nos verbalizado a existência, no trabalho do fisioterapeuta, de problemas que não auguram formas positivas de viver o trabalho, de trabalhar. Por outras palavras, a atividade que observámos, as condições e características que a ela estão associadas, as simultaneidades que relatámos, as exigências que lhes dão origem, não são neutras para os fisioterapeutas, provocam incómodo, questionamento, sentimentos negativos. Demos conta de fatores psicossociais que podem constituir fonte de riscos para os fisioterapeutas, nomeadamente, os que dizem respeito à intensidade e ao ritmo de trabalho, à sobrecarga que o mesmo comporta, às exigências físicas e principalmente as emocionais, às relações sociais no local de trabalho, à organização e características desses mesmos locais. A existência da maioria dos constrangimentos, relacionados com estes fatores, foi comprovada na análise da atividade dos fisioterapeutas, e, retomando as múltiplas construções a que se refere Leplat, podemos dizer que “perante nós” se consubstanciaram de forma clara várias construções que constituem uma forma de trazer a tarefa (tratar doentes) para o contexto real de trabalho, onde a sua realização é simultânea a outras solicitações que não podem ser postas de lado.

Contudo, esta análise permitiu que fossemos bem mais longe. Se, por hipótese, não a tivéssemos realizado, estaríamos prontos a definir, face a uma possível intervenção nestes dois locais, as origens de alguns problemas, estaríamos a desenvolver pistas para intervir nos fatores psicossociais que aos fisioterapeutas provocam incómodo. O que acrescentou então a análise da atividade? O que permitiu ver para além da constatação desse conjunto de constrangimentos que outras formas de avaliação de fatores psicossociais indicariam? A resposta a estas questões é simples, o acesso à atividade de trabalho possibilitou uma aproximação ao que é mais específico, uma análise com “um filtro” mais estreito, uma perspetiva para além do que aparece, de várias formas, como mais óbvio e mais direto.

O que queremos dizer pode ser explicitado através das palavras dos fisioterapeutas. A propósito da dificuldade, de que demos conta, de lidar com as

situações em que o doente não recupera, e que como vimos se conformam a circunstâncias emocionalmente exigentes, uma fisioterapeuta faz um relato associando a forma como encara estas situações a outro constrangimento que aparece de forma recorrente, o pouco tempo para tratar os doentes:

“Eu encaro muito mal, não é? Porque isso para mim é a maior frustração que eu sinto. É eu saber que, principalmente primeiro se seu sei que aquele doente até dá mais, mas não está a dar mais porque eu não consigo ter mais tempo para ele isso para mim é do pior, daí que eu saio daqui completamente, todos os dias, frustrada e bastante nervosa, porque eu sinto que todos os doentes que estão comigo poderiam ter dado mais naquele dia e não deram porque eu não tive mais tempo para estar com eles” [LA6].

Esta verbalização é marcante, traduz bem aquilo que já referimos como “o pior do trabalho” e remete-nos para as conceções de Dejours (2011) acerca do sofrimento no trabalho, também, provocado pela falta de comportamentos livres. Através dela, mas, também, pelas alusões, em outros discursos, à frustração, à tristeza, à dedicação sem retorno, não só conseguimos perceber como as exigências, na sua vertente emocional, da tarefa de tratar aparecem na atividade como uma realidade complexa, que influencia, que magoa, como verificámos as implicações que derivam da não possibilidade de tomar algumas decisões e as suas implicações para os outros doentes.

No mesmo sentido, embora considerem que fazem um trabalho útil, os fisioterapeutas avaliam a qualidade desse trabalho como estando aquém do que desejariam, pois na sua perspetiva poderia ser maior. Mais uma vez, as razões para esta avaliação prendem-se com as condições da sua atividade e, fundamentalmente, com o número de doentes que precisam de atender por dia. Por outras palavras, a qualidade não é maior porque têm pouco tempo, algumas vezes condições menos boas, para dedicar a cada um dos doentes:

*“Acho que já foi mais. Acho que tem a ver, realmente, com o tempo disponível para cada utente. Tem mais a ver com isso. Hoje em dia olha-se muito para números...” [LA8];
“Com menos qualidade, quando tenho um número de utentes superior àquele esperado e que não conseguimos chegar a toda a gente com a mesma disponibilidade” [LA5];
“Sempre que consigo. Lá está, quando os utentes são muitos não faço trabalho nenhum de qualidade. Sinto que faço para estar feito...porque, às vezes apetece-me estar o dobro do tempo num utente, e sei que não tenho tempo para isso” [LA10].*

Estes relatos, para além, do conhecimento dos constrangimentos a eles associados, permitem-nos reafirmar fatores psicossociais de risco, mas possibilitam algo mais, possibilitam o acesso ao que verdadeiramente faz sofrer os fisioterapeutas. Não é

somente, e já seria muito, os doentes não recuperarem. O que provoca sofrimento é não conseguir fazer tudo o que está ao seu alcance, tudo o que sabem fazer e têm vontade de pôr em prática. O que provoca sofrimento, frustração, angústia é não terem tempo suficiente para os doentes, é terem um número excessivo de doentes, é terem de pautar a sua intervenção, não pelo que acham que os doentes precisam, mas pelo que é possível fazer de melhor para eles e dessa forma, e, também, por esse motivo a recuperação não ser possível.

Assim, com a análise da atividade acedemos a um conhecimento que dificilmente apareceria num questionário. Isto é, o difícil, o que custa suportar aos fisioterapeutas é não poderem fazer um “trabalho bem feito”. A noção de “trabalho bem feito” é defendida por Clot (2010) que afirma de forma clara que a consideração pelo “trabalho bem feito” é a melhor forma de prevenção dos riscos psicossociais. Esta questão remete, de acordo com o autor, para a qualidade do trabalho nas organizações e para as situações de “trabalho impedido”. Estas resultam da criação de lacunas entre o que o trabalhador deseja efetuar no seu trabalho, de acordo com a sua conceção profissional sobre o “trabalho bem feito”, e o que é esperado dele em termos de *performance*. Nas palavras de Clot (2010) “não há bem-estar sem bem-fazer”.

Mas, a análise da atividade a que procedemos permitiu-nos, ainda, desbravar um outro caminho. Também este percurso tem uma história. Quisemos perceber o que significa ser fisioterapeuta através das verbalizações dos próprios e concluímos que o gosto pela profissão marca esse significado. Inclusive a maioria dos fisioterapeutas afirma que não mudava de profissão mesmo que pudesse. Os que referiram a possibilidade de mudar colocam as razões da mudança em condições de trabalho desfavoráveis em termos monetários ou de excesso de esforço e risco para a saúde. Porém, o significado do que é ser fisioterapeuta aparece nas verbalizações relativamente ao que lhes dá mais prazer, mais satisfação no seu trabalho. O seu discurso é idêntico, e dos aspetos que a totalidade dos fisioterapeutas refere, ressalta o contacto com os doentes, a recuperação e os resultados conseguidos, a possibilidade de ajudar os outros e melhorar a sua qualidade de vida:

“O contacto mais permanente [com os doentes]” [LA1]);
“O sorriso de conseguirem fazer uma mínima coisa que, até então, não tinham conseguido” [LA10];
“É ver os nossos resultados no dia-a-dia” [LA2];
“É perceber que aquelas pessoas reaprendem a viver. De outra forma, mas que lhes dá ali uma esperança de vida” [LA7];
“Ver uma pessoa a cem por cento depois no final” [LB1]);
“É ajudar as pessoas” [LB3];
“É vir alguém, desesperado, que precisa mesmo de ajuda e eu, apesar de ter montes de gente, ter que conseguir encaixar, nem que seja só para um jeitinho” [LB5]
“Conseguir melhorar a qualidade de vida dela isso, isso é algo que nos dá muito prazer (...) e ver, e ver isso reconhecido nas pessoas, ah... pelo sorriso, pelo apreço por voltar a vir ter connosco” [LB2].

A satisfação de conseguir ajudar, de acompanhar a recuperação, simplesmente de ver alguém sorrir por algo que parecendo simples é uma conquista, traduz, de forma clara, o significado de ser fisioterapeuta. Neste significado, retornamos ao que afirmámos antes acerca do “trabalho bem feito” e da necessidade de o executar para que os doentes recuperem.

É a partir deste significado que chegámos ao que é, “o melhor”, do trabalho. Este está nas recompensas e na satisfação que a recuperação dos doentes traz aos fisioterapeutas, o prazer e a satisfação que essa recuperação permite e o significado que tem para a representação do seu trabalho. Assim, a possibilidade de ajudar é algo importante para os fisioterapeutas, e a recuperação dos doentes, um dos aspetos mais satisfatórios e positivos de ser fisioterapeuta.

O caminho que desbravámos, a que fazíamos referência, é fruto da tomada de consciência, a partir do real da atividade de trabalho, de que “o pior e o melhor do trabalho” não estão, muitas vezes, em polos diferentes dessa atividade. No caso, o relacionamento com os doentes (os “objetos” do seu trabalho) é fonte de satisfação, de prazer e simultaneamente origem de frustração, de mal-estar, de sofrimento. Às implicações desta constatação aludiremos mais adiante. Por enquanto, mantenhamo-nos na análise dos aspetos que, apesar de tudo, são positivos para os fisioterapeutas.

Relembremos, a propósito dos fatores psicossociais que descrevemos, que a componente cognitiva e as exigências com ela relacionadas, no âmbito da atividade dos fisioterapeutas, não configuram problemas ou constrangimentos. Pelo contrário atrevemo-nos a dizer que funcionam de uma forma protetiva para esses trabalhadores. De facto, o poder lidar com um trabalho que ultrapasse a rotina, para o qual é preciso

aprender e ter formação de forma continuada e encontrar estratégias que auxiliem outro tipo de exigências, constituem aspetos positivos e porventura se associados à satisfação com a recuperação dos doentes contribuem para mitigar o sofrimento, ou o pior do trabalho, através do prazer que, também, o trabalho estimula. Mais uma vez recorremos a Clot e às suas conceções. Na defesa das suas dúvidas na utilização do termo riscos psicossociais, acrescenta aquilo que acabámos de afirmar. Diz-nos o autor, que é necessário abandonar uma abordagem em termos de riscos psicossociais, para adotar a de recursos psicossociais. Ou seja, procurar os recursos em vez de ficar pelos riscos, permite identificar as condições necessárias a uma “boa realização” do trabalho (Clot, 2010).

A procura dos recursos psicossociais pode ser feita a partir da reflexão da atividade, na descoberta das “forças” e estratégias que os trabalhadores mobilizam para enfrentar o que é negativo, para continuar a trabalhar. Na nossa análise encontramos alguns recursos, para lá do que acabámos de explicitar. Nas referências à falta de qualidade do seu trabalho, a que já aludimos, existem verbalizações, que demonstram as estratégias que utilizam para ultrapassar as limitações que encontram:

“Qualidade poderia ter mais se tivesse muito menos utentes que eu tenho hoje. Mas dentro do que tenho e dentro daquilo que faço, considero que é de relativa qualidade. Mas, claro, tenho de fazer seleções todos os dias, porque eu não consigo estar ao mesmo tempo com todos os utentes, todos os dias, eu tenho de fazer uma seleção. Tenho que seleccionar, porque há um dia que eu faço mais com um, há outro dia que eu faço mais com o outro” [LA2].

Da mesma forma, quando abordam a questão da conciliação entre o trabalho e a vida pessoal, há estratégias que transformam em algo mais positivo os aspetos negativos do trabalho: *“às vezes, enriquece-me o facto de chegar aqui todos os dias de manhã, quando uma pessoa, às vezes, até vem stressada por coisinhas insignificantes e chega aqui e pensa: isso é mesmo insignificante”* [LA2].

A corroborar o gosto pelo que fazem, a que já fizemos alusão, um dos momentos marcantes das entrevistas que realizámos verificou-se antes que realizássemos qualquer pergunta. A disponibilidade expressa e o interesse genuíno com que os fisioterapeutas aceitaram participar e falar connosco, destacou-se. Tal foi, também, comprovado pelo decorrer das entrevistas, onde na grande maioria dos casos o entusiasmo do discurso (que algumas vezes tivemos de interromper) e a satisfação por poder falar foram

manifestos. Contudo, este interesse ficou, também, pautado pela necessidade de verbalizar alguns problemas, pela possibilidade de falar sobre o que fazem e o que consideram que poderiam fazer de diferente. Nas palavras de dois fisioterapeutas:

"Gostei muito da entrevista" [LA10];
"(...) é interessante poder desabafar, falar sobre o que nos incomoda no nosso dia a dia, por norma não temos oportunidade de o fazer (...)" [LA9].

Esta necessidade de verbalizar e a adesão às entrevistas configuram uma outra vantagem da análise da atividade. Através dela podem ser fornecidos, desde logo, recursos psicossociais, ou seja, a análise em si é já uma forma de intervenção e a possibilidade, como acabamos de verificar, de ajudar os trabalhadores relativamente aos aspetos psicossociais. A intervenção, por outro lado, deve ser fruto desta análise, pois se se atuar, somente, com base na identificação de um conjunto de fatores, através de um instrumento, podem ser perdidas as hipóteses de sucesso e não se conseguir chegar à influência positiva do trabalho.

Atendendo a que o que se identifica como fator de risco pode, também, ser, um fator de proteção, no caso dos fisioterapeutas o relacionamento com os doentes, que transporta um conjunto de constrangimentos, é simultaneamente, a razão de continuar na profissão e constitui-se como fonte de prazer. A intervenção neste fator de risco, ou se quisermos, a eliminação do risco leva a que se perca, igualmente, o que dá satisfação.

8. Síntese Conclusiva

Organizar e executar tratamentos ajustados à recuperação, manutenção e desenvolvimento das capacidades físicas (...); Colaborar no diagnóstico avaliando os sintomas e as capacidades dos pacientes; Elaborar e executar programas de tratamento para recuperar capacidades físicas (...); Ensinar e dar aos pacientes os exercícios para prosseguimento pelo próprio o treino funcional adequado (...); Tratar doentes de diferentes patologias (...); Elaborar relatórios das observações efetuadas e evolução do doente (...), são, de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (Instituto Nacional de Estatística, 2010), as tarefas e funções do fisioterapeuta.

A análise em contexto real mostra que a sua atividade é pautada por um ritmo de trabalho elevado, se caracteriza por uma multiplicidade de tarefas, pela necessidade de

dar resposta a diferentes doentes e diversas situações em simultâneo e na qual as pausas não acontecem com frequência. É uma atividade exigente do ponto de vista físico, onde os equipamentos ou a ajuda, que necessitam, nem sempre estão disponíveis. Exigente, igualmente, do ponto de vista das constantes solicitações, queixas e dúvidas, as quais têm, necessariamente, de ser atendidas. Ainda, uma atividade onde os fisioterapeutas estão permanentemente na presença de outras pessoas, sejam os doentes, os familiares, os colegas ou outros profissionais. Por outro lado, uma atividade que torna visível a boa disposição, que demonstra persistência, capacidade de improvisar e ultrapassar falhas ou situações menos prováveis.

Entre o que é suposto que o fisioterapeuta faça, ou seja, o que são as suas tarefas e funções e a forma como em concreto, nas situações reais, as coloca em prática, não são coincidentes. O que o prescrito deixa antever, isto é, um contacto frequente com os doentes e uma intervenção pautada, essencialmente, pelas necessidades ou problemas que eles apresentam, bem como, a organização e aplicação de um conjunto de técnicas para a recuperação dos doentes, não é exatamente, muito menos somente, o que a atividade real dos fisioterapeutas mostra que acontece.

O que estes trabalhadores fazem é a tentativa de enquadrar dentro de um objetivo definido, prescrito (realizar tratamentos, recuperar doentes) as circunstâncias que derivam de constrangimentos que a sua realização concreta acarreta. De outro modo, são, também e porventura, essencialmente, esses constrangimentos, que a tarefa não consegue antecipar, que podem constituir o que Dejours (2011) afirma ser o elemento paradoxal do trabalho, provocar o pior ou gerar o melhor.

A análise da atividade de trabalho dos fisioterapeutas fez emergir um conjunto de constrangimentos e permitiu a tomada de consciência da sua importância quando se pretende identificar questões no domínio psicossocial.

Identificámos, através do questionário, fatores psicossociais que podem constituir fonte de riscos para os fisioterapeutas, nomeadamente, os que dizem respeito à intensidade e ao ritmo de trabalho, à sobrecarga que o mesmo comporta, às exigências físicas e principalmente às emocionais, às relações sociais no local de trabalho, à organização e características desses mesmos locais. A existência da maioria dos constrangimentos, relacionados com estes fatores, foi comprovada na análise da atividade dos fisioterapeutas, que, também, permitiu tomar consciência de que essa

atividade constitui uma forma de trazer a tarefa (tratar doentes) para o contexto real de trabalho, onde a sua realização é simultânea a outras solicitações que não podem ser postas de lado.

Os fisioterapeutas dos dois locais estudados, comparativamente à amostra total, referiram, nas suas respostas ao INSAT, um maior número de condições e características de trabalho a que estão expostos e incómodo mais elevado. Os fatores que constituem riscos psicossociais são os mesmos para a amostra total e para o conjunto dos fisioterapeutas dos dois locais em estudo, ou seja, estão sujeitos a riscos psicossociais derivados dos fatores: Intensidade, Ritmo e Sobrecarga de Trabalho; Exigências Emocionais; Organização e Características do Local de Trabalho e Relações Sociais e Interesse pelo Trabalhador. Da mesma forma, o fator Exigências Cognitivas e Dificuldade da Tarefa não constitui preocupação, funcionando como algo com que os fisioterapeutas lidam bem.

A observação realizada ajuda a compreender alguns destes resultados através da análise das simultaneidades que são encontradas na atividade dos fisioterapeutas, quer para os do local público, quer para os do privado. Analogamente, a análise de conteúdo das entrevistas que realizámos permite-nos confirmar essa avaliação, pois os relatos obtidos vão no sentido das preocupações que o questionário avalia, indo, no entanto, bem mais longe. Comprovam-se, assim, os resultados que foram obtidos no que diz respeito à existência de um conjunto de fatores e respetivas condições e características do trabalho que podem constituir riscos psicossociais para os fisioterapeutas que estudámos nestes dois locais.

Para além dos problemas de saúde relacionados com dores de costas e músculo-esqueléticos constatámos igualmente que as dimensões onde mais fisioterapeutas, dos locais estudados, relatam problemas são, as reações emocionais, a dor e a mobilidade física, o sono e a energia e que, em ambos os locais, alguns problemas são relacionados com o trabalho, nomeadamente, os que estarão relacionados com a sobrecarga física e com uma intensidade de trabalho elevada, mas, também, com preocupações a nível emocional e de lidar com as circunstâncias e situações relativas ao seu “objeto” de trabalho e à organização desse mesmo trabalho. Foram estas circunstâncias que a análise da atividade de trabalho permitiu confirmar, ou seja, um elevado número de doentes, um conjunto de solicitações simultâneas e permanentes, a mobilização de

diferentes metodologias, instrumentos e técnicas, dificuldades no acesso a equipamentos e materiais, posturas penosas e esforço físico, uma atividade constante quase sem pausas, um coletivo grande de trabalho e a necessidade de estabelecer em permanência relações com doentes, mas, também, com outros profissionais.

A descrição que elaboram acerca da sua atividade parte do gostar do que fazem e apesar, de lhe associarem aspetos negativos não mudariam de profissão mesmo que tivessem essa possibilidade. Consideram, que desempenham uma atividade que os sobrecarrega em demasia, com um ritmo de trabalho elevado, na qual têm dificuldade de fazer pausas. Uma atividade, em que têm de dar resposta a um número demasiado elevado de doentes, num período de tempo que, para tal, é escasso e que apresenta problemas, relativos à forma como está organizada, que alterariam se tal estivesse nas suas mãos. Modificariam espaços e condições de trabalho físicas e processos decisórios. Gostariam de ter mais autonomia, essencialmente, para poderem ter menos doentes durante o seu período diário de trabalho, de modo a organizarem os tratamentos para terem mais tempo para cada doente (e um maior ou menor número de sessões, por si decidido, para cada um deles) e para que a sua opinião fosse considerada no percurso que o doente faz até ter alta clínica. A conciliação entre a vida de trabalho e a vida privada nem sempre é fácil de fazer.

Contudo, não caracterizam a sua atividade somente pelos aspetos negativos, pois as relações que estabelecem com os colegas e o contacto com os doentes são aspetos que consideram positivos. Avaliam o que fazem como sendo algo útil e são recompensados pela possibilidade de ajudar os outros, de melhorar a sua qualidade de vida, de ver os doentes a recuperar, mesmo que essa recuperação seja diminuta.

Estabelecem, habitualmente, boas relações com os colegas médicos, que prescrevem os tratamentos para os seus doentes, porém é, maioritariamente, a prescrição que cria alguns atritos nessa relação. Apesar de discutirem a prescrição com os seus autores, não o fazem com todos, e por vezes a sua opinião não prevalece, mesmo quando argumentam que são eles que acompanham, tratam e avaliam os doentes, diariamente, e ao longo de semanas ou até meses. Os problemas que esta relação pode configurar parecem ser menores quando falamos com os fisioterapeutas que trabalham no local privado. Aí, embora com um discurso idêntico é afirmada uma melhor relação e

bem mais dialogante, provavelmente pela dimensão da equipa, e características do seu funcionamento, que permitirá uma outra proximidade.

Com os colegas fisioterapeutas a relação é considerada boa, há momentos de atrito e até conflito, mas estes são considerados normais e de fácil resolução. Com as chefias o relacionamento não é tão positivo, especialmente com as menos próximas e são estas que reconhecem menos o seu trabalho.

Acham que a sua atividade e o que a propósito dela têm de desenvolver não tem uma remuneração adequada, seja pela quantidade de trabalho que têm, seja pela responsabilidade que lhes cabe. Reconhecem a utilidade do seu trabalho e que, dentro de determinadas condicionantes, fazem um trabalho de qualidade. Estas condicionantes, mais do que tudo, estão relacionadas com o número de doentes e tempo para os tratar.

Destacam o relacionamento com os doentes que verbalizam ser muito bom apesar da existência de alguns conflitos e por vezes agressões verbais. É a partir desta relação, bem como, de tudo que para ela contribui ou dela resulta, que valores e emoções se desencadeiam. Orgulho, satisfação, prazer, apreço é o que sentem quando os doentes recuperam, mas o tempo que têm para cada doente é pouco o que lhes provoca desalento e desapontamento face às dificuldades em concretizar o que acham ser o melhor para os doentes.

É uma relação que dura semanas, por vezes meses, que desencadeia sentimentos de carinho, de amizade, uma ligação, por vezes especial e diferente de quem só vê os doentes em breves momentos. Esbarram com dificuldades para gerir as expectativas dos doentes, sentem tristeza, perturbação e frustração quando eles não recuperam ou quando têm que lhes transmitir informação clínica menos positiva.

Sendo uma atividade onde se desencadeiam diferentes emoções, também, nela se mobilizam defesas e âncoras. Lidam com o pouco tempo que têm para os doentes e com a frustração que isso lhes provoca disponibilizando mais tempo, num dia, a uns em detrimento de outros que são objeto de maior atenção no dia seguinte.

Os conflitos com os doentes são atribuídos às suas condições de saúde e à frustração que isso lhes provoca e por essa via facilmente os resolvem. Utilizam a sua capacidade de tolerância e de diálogo para lidar com as agressões verbais por parte destes e muitas vezes recorrem ao humor para ultrapassar esses momentos.

A frustração pela não recuperação dos doentes, assim como a perturbação por ter de lhes dar más notícias ou a injustiça pelo não reconhecimento do seu trabalho nem sempre são fáceis de gerir. Muitas vezes, essas emoções acompanham-nos para a sua vida privada e é aí que tentam resolvê-las. Contudo, recorrem, sempre que conseguem, à sua experiência ou ao conhecimento científico e técnico que detêm. Estes recursos são reforçados pela circunstância de estarem sempre rodeados de pessoas, acompanhados e poderem recorrer aos colegas quando precisam de apoio. De igual forma utilizam um outro recurso que está associado à sua atividade. Ou seja, o facto de a sua atividade exigir aprendizagem frequente e necessidade de, permanentemente, estar atualizado, funciona como algo positivo.

Ao considerarem que fazem um trabalho útil estão, também, a recorrer a uma âncora que lhes permite lidar com uma qualidade de trabalho que consideram não ser, algumas vezes, a ideal. Aliando a utilidade do seu trabalho às razões para uma menor qualidade, como sejam, o excesso de trabalho, o pouco tempo para o realizar, a sua pouca autonomia para gerir, de forma integral, os tratamentos dos doentes e os *deficits* de organização, o seu desapontamento é, também, assim, minimizado.

Resulta, em síntese, que os fatores psicossociais podem constituir fonte de risco para estes trabalhadores, mas têm de ser ponderados na atividade concreta dos mesmos. A análise dos contextos reais de trabalho permite distinguir o que no domínio psicossocial pode ser um risco, mas, também, uma proteção. Isto é, o mais negativo e o mais positivo da atividade estão, algumas vezes, simultaneamente, nas mesmas situações. Por outro lado, é, também, através da análise de trabalho que se encontra o que provoca maior sofrimento e no caso destes fisioterapeutas, provavelmente, este está na impossibilidade de fazerem um trabalho com maior qualidade. São os fatores que impedem esta qualidade (entre outros, aspetos relativos à organização do trabalho, ao ritmo, à autonomia, às simultaneidades) que devem, face a uma intervenção, ser transformados. Todavia, para aqueles que não são possíveis de reconfigurar (por exemplo, o relacionamento com os doentes, os colegas e chefias, algumas solicitações) essa intervenção tem de procurar as estratégias e os recursos psicossociais que sirvam como “amortização dos choques” que a atividade, necessariamente, comporta.

CONCLUSÕES GERAIS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho que aqui, e por ora, damos por finalizado é o resultado da análise que procurámos desenvolver a partir de uma problemática específica, os fatores psicossociais de risco, mas que não se pode destacar de uma questão mais abrangente que é o trabalho e as suas relações com a saúde dos trabalhadores.

Tendo optado por em cada capítulo proceder a uma síntese conclusiva do que foi desenvolvido e refletido em cada um deles, nesta secção procuraremos realçar apenas os aspetos principais dos estudos que desenvolvemos e sistematizar o que consideramos ser os principais contributos deste trabalho na sua globalidade.

Assim, genericamente, em termos conclusivos e tecendo algumas considerações procederemos a uma abordagem organizada em três pontos. Inicialmente iremos ocupar-nos das questões metodológicas que nortearam esta tese e no seu seguimento da importância da análise da atividade de trabalho na avaliação dos fatores psicossociais de risco. Por fim, as implicações que resultam do que estudámos e o que pode constituir um ponto de partida para a intervenção nesta temática.

1. As Questões Metodológicas

Estruturámos o caminho percorrido ao longo de oito capítulos, apresentando três estudos empíricos que concorreram para o objetivo geral da dissertação, a saber, estudar, no contexto dos fisioterapeutas portugueses, o trabalho, a saúde e os riscos psicossociais, bem como as relações que entre eles se constituem.

Os estudos realizados, embora possuindo objetivos específicos diferentes, mantiveram uma ligação e dependência intrínseca fruto e consequência de uma edificação metodológica amadurecida através dos pressupostos da abordagem que privilegiamos, a da psicologia do trabalho e da ergonomia da atividade. Porquanto o conceito de atividade de trabalho é uma referência incontornável nesta abordagem, o nosso foco foi chegar até ela. Conjugando os objetivos que especificámos para atingir a meta que pretendíamos alcançar, implicou delinear um conjunto de passos que consentissem por um lado obter uma panorâmica geral que dirigisse o nosso olhar até à atividade de trabalho e por outro proceder a análises contrastantes e sucessivamente mais específicas das questões relativas ao trabalho e à saúde no trabalhar.

A complementaridade metodológica que elegemos alicerçou-se, assim, numa abordagem de valorização da atividade de trabalho, de investigação do terreno, de recolha e análise de dados do trabalho real dos fisioterapeutas, mas partindo de métodos mais genéricos de assimilação de conhecimento.

Para esta opção concorreu, ainda, o reconhecimento de que se diferentes estratégias ou métodos são detentores, simultaneamente, de vantagens e limitações, a sua conjugação seria enriquecedora, pois diversificaria os meios de acesso ao conhecimento e possibilitaria a comparação e a confrontação de dados com origens distintas. A convicção nas vantagens de conciliar metodologias distintas, porém conscientes dos riscos que tal empreitada nos lançaria, convocou a utilização de práticas quantitativas e qualitativas, e a possibilidade de circular por diferentes espaços e distintas perspetivas.

2. A Análise da Atividade Trabalho e a Avaliação de Fatores Psicossociais de Risco

O caminho que percorremos ao longo desta dissertação teve como ponto de partida a assunção dos pressupostos teóricos da análise da atividade e da mais-valia da pesquisa do que concretamente faz o trabalhador. Assumir que este observa, reflete, escolhe e prepara os seus atos, efetiva-os, modifica-os em tempo real, tendo em conta um conjunto de elementos, e analisa os seus resultados. Assumir, igualmente, que tudo isto acontece num espaço temporal simultaneamente determinado e parcialmente imprevisível.

Não descurando estes pressupostos, mas na senda da conciliação metodológica, recorreremos, para a realização do primeiro estudo, ao inquérito por questionário e à utilização de técnicas de análise no domínio quantitativo, de exploração, descrição e inferência de resultados. O instrumento que elegemos, apesar de se tratar de uma abordagem quantitativa, permite que se imprima na análise dos resultados uma orientação, de acordo com as autoras “mais compreensiva do que explicativa”, o que significa que se procura atender ao ponto de vista dos trabalhadores, entender e compreender a sua perceção (Barros-Duarte & Cunha, 2010). Assim, na interpretação das análises estatísticas procurámos ter uma orientação adequada aos objetivos de cada estudo. Por outras palavras, a “prudência” em termos estatísticos que Volkoff (2010) denominou de “estatística aberta”, isto é, a utilização pertinente dos indicadores

numéricos para que estes possam funcionar como recurso argumentativo e decisional flexível, suscetível de diferentes utilizações em diferentes contextos.

No primeiro estudo que apresentámos, e que intitulámos “Trabalho e saúde: Da avaliação à compreensão apoiados na perceção dos fisioterapeutas”, concluímos que os fisioterapeutas reconhecem constrangimentos nas suas condições de trabalho e que estão sujeitos, particularmente, a riscos relacionados com o contacto com o público e com constrangimentos físicos. Da comparação entre os fisioterapeutas do sexo feminino e masculino, resulta que caracterizam as suas condições de trabalho de forma idêntica e, genericamente, os riscos a que estão expostos parecem ser os mesmos. No entanto, as mulheres revelam incómodo mais elevado com a exposição em todas as componentes de condições e características de trabalho, com exceção das associadas ao ritmo de trabalho e às relações sociais, onde são os homens a referi-lo.

Em relação ao sector de trabalho os fisioterapeutas que trabalham no sector público estão mais expostos do que os do privado, nomeadamente a situações associadas ao ambiente físico dos seus locais de trabalho, à componente física do seu trabalho e às relações com o público. Parece que trabalhar no setor privado, ser do sexo masculino, ser casado e ser mais velho são variáveis protetoras da exposição a diferentes condições de trabalho.

Concluimos, ainda, que o trabalho dos fisioterapeutas influencia a sua saúde. A maioria dos fisioterapeutas perceciona a sua saúde como estando afetada pelo trabalho. Os problemas de saúde que mais referem são as dores de costas e os músculo-esqueléticos e as dimensões de saúde mais afetadas são as reações emocionais, a dor e o sono. São os homens e os fisioterapeutas que trabalham no sector público que mais referem que a sua saúde está afetada pelo trabalho.

No segundo estudo empírico intitulado, “Fatores psicossociais de risco no trabalho através do INSAT: Validação fatorial”, procedemos à avaliação dos riscos psicossociais dos fisioterapeutas a partir do INSAT, enquanto instrumento que avalia, também, condições de trabalho. A validação fatorial de um dos eixos deste instrumento revelou um modelo constituído por cinco fatores psicossociais, que apresentou propriedades psicométricas adequadas e que explica, para a amostra em estudo, os fatores psicossociais de risco a que está sujeita.

Os resultados que a partir dessa medida são constatados permitem concluir que os fatores psicossociais, Relações Sociais e Interesse pelo Trabalhador; Organização e Características do Local de Trabalho; Exigências Emocionais e Intensidade, Ritmo e Sobrecarga de Trabalho constituem fonte de risco para os fisioterapeutas. O fator Exigências Cognitivas parece ser um fator protetor para estes trabalhadores.

No seguimento deste nível mais geral de compreensão, retornámos à atividade, concretizando os fundamentos teóricos de onde partimos e munidos de outras ferramentas por recurso a instrumentos de índole qualitativa. Dotados de uma orientação que os estudos anteriores nos forneceram utilizámos a observação do trabalho em contexto real e os relatos de viva voz de quem nele trabalha (através de entrevistas individuais) e procurámos aceder aos pontos de vista e à intencionalidade dos fisioterapeutas.

Desta forma, os dois primeiros estudos permitiram-nos perceber, de forma mais global no primeiro, mais específica no segundo, algumas questões que do ponto de vista do trabalho e da saúde caracterizam os fisioterapeutas. A compreensão destes aspetos foi importante, mas limitada pela sua génese, à resposta a um questionário, e por um conjunto de resultados que transpõem um real de alguma forma descontextualizado de uma singularidade espaço-temporal. Tentámos que o encontro com essa contextualização acontecesse, então, no terceiro estudo (“Ao encontro dos fisioterapeutas: Fatores psicossociais de risco em dois casos de estudo”), através da análise de dois contextos de trabalho de fisioterapeutas.

A partir dos resultados veiculados pelo questionário, para o conjunto dos fisioterapeutas dos dois locais em estudo, percebemos que os fatores que constituem riscos psicossociais são os mesmos para a amostra total e para estes fisioterapeutas, porém, a exposição aos fatores é mais elevada para os fisioterapeutas dos dois locais em estudo. Contudo, este último estudo permitiu-nos ir mais longe e, para além, da avaliação acerca dos fatores psicossociais de risco nos fisioterapeutas, com base na análise da sua atividade e dos seus pontos de vista, demonstrou a importância desta análise ao possibilitar a compreensão do que não pode ser atingido pelas respostas a questionários.

Claramente, no terreno, com os trabalhadores, a avaliação dos fatores psicossociais de risco toma outro significado. A avaliação quantitativa permite, sem

dúvida, perceber o que esses trabalhadores apontam como problemático, ou o que no seu trabalho está menos equilibrado. Além disso, o questionário que utilizamos, pela sua construção e forma como foi pensado, possibilita uma leitura de um conjunto de problemas que resulta muito ajustada ao real do trabalho. Contudo, não se pode substituir a uma análise da atividade, nem tão pouco, só por si, este questionário (muito menos outros questionários que circulam na avaliação das questões relativas à saúde no trabalho) pode ser utilizado como a única ferramenta para avaliar fatores psicossociais de risco.

Esta temática, pela sua natureza, e porque convoca para a avaliação aquilo que é menos visível no trabalhar, necessita de uma abordagem que não dispensa, qualquer que seja a metodologia, a análise da atividade. Inscrever o trabalho real a partir da menção simbólica a um conjunto de questões (ou se quisermos à colocação de “uma cruz” num questionário) carece, sempre, do conhecimento relativo ao sentido que as pessoas atribuem quando simbolizam determinada resposta. Este conhecimento, o sentido ou significado do que se descreve, que aponta um caminho, só é acessível se nos confrontarmos com os processos e procedimentos concretos que caracterizam a atividade de trabalho.

Assim, é na análise desta atividade que se veicula o conhecimento que dificilmente aparece num questionário. É através dela que o enquadramento dos problemas e a repercussão real que têm, nos surge. O que no nosso estudo se salienta é, também, isso. O que incomoda os fisioterapeutas, o que lhes provoca frustração está, efetivamente, num conjunto de constrangimentos a que acedemos pelas suas respostas e pela análise que delas foi feita. Contudo, o que verdadeiramente está no cerne desses constrangimentos só foi possível de ser convocado a partir do conhecimento que acrescentámos ao analisar o que fazem, a forma como o fazem e as razões para assim fazerem. Este fazer, o trabalhar, diferencia-se no real quotidiano e neste são utilizados recursos e estratégias que procuram a defesa relativamente ao que, não se podendo mudar, pode ser adaptado para ser mais agradável. É este trabalhar que só a atividade concreta torna acessível.

3. Um Ponto de Partida para a Intervenção

Os estudos realizados no âmbito deste trabalho, embora, possuindo questões de partida e objetivos específicos, todavia intrinsecamente relacionados e dependentes, concorriam, para um objetivo geral que cremos ter atingido, estudar o trabalho e a saúde dos fisioterapeutas e as relações que entre ambos se estabelecem com um foco específico nos fatores psicossociais.

Pensamos ter contribuído, assim, para a análise destas questões, numa profissão específica, mas, também, para o geral dos trabalhadores. Os contributos, no domínio teórico, que deste trabalho surgem advirão, com certeza, da reflexão sobre os fatores psicossociais, sobre os constrangimentos de trabalhar e sobre a influência que estes aspetos podem ter na saúde dos trabalhadores. Em termos teóricos, é hoje muito mais claro, para nós, que quaisquer que sejam os constructos associados aos riscos psicossociais, a utilização deste termo tem de partir de fatores que lhe estão a montante. A sua avaliação, nos contextos de trabalho, deve ser ponderada relativamente a um conjunto de fatores psicossociais que atravessam a atividade concreta dos trabalhadores e que podem funcionar como risco para a sua saúde, mas, também como protetores dessa mesma saúde, quando a sua existência “no trabalhar” contribui para um menor sofrimento e um maior prazer.

Da mesma forma estamos convictos de que na avaliação desses fatores psicossociais, o trabalhador não pode deixar de ser escutado relativamente ao que faz e aos constrangimentos que ao querer fazer impedem, influenciam ou alteram o modo de concretizar. As consequências na saúde e bem-estar dos trabalhadores podem surgir por influência de fatores psicossociais, em função da forma como o trabalho está organizado ou das condições em que se processa, bem como das relações que através dele se estabelecem, mas a “medição” dessas consequências de pouco adiantará se nada for feito na sua origem.

Por outro lado, no âmbito metodológico pensamos ter contribuído para concretizar que a necessidade, para estas temáticas, de conjugar diferentes abordagens é uma mais-valia. Ou seja, a utilização de metodologias qualitativas e quantitativas e a sua conjugação, não só enriqueceu o que fizemos, pela diversidade de meios e a possibilidade de comparar dados, como, também, trouxe para a investigação da temática dos riscos psicossociais o que muitos autores têm afirmado como essencial, a

componente qualitativa. No caso, esta componente partiu de um enquadramento teórico e epistemológico que nos é caro e que pensamos ser uma base correta para a avaliação e intervenção nesse tipo de riscos.

Do ponto de vista prático, os contributos têm de ser enquadrados em alguns pressupostos. Desde logo e a partir dos dois primeiros estudos empíricos, realizados através do INSAT, algum cuidado com a generalização das conclusões que se obtiveram. Essas conclusões, adequadas à amostra global que estudámos, trouxeram um conhecimento importante e que ajuda a perceber alguns dos constrangimentos dos fisioterapeutas e servirão como sinalizadores para um conjunto de questões que se levantam na realidade destes.

De forma diferente quando temos em conta o último estudo, a avaliação que o mesmo constitui de dois locais concretos pode contribuir para uma reflexão por parte dos fisioterapeutas estudados e para os responsáveis das duas instituições. Mesmo assim, uma ressalva tem de ser feita, em função de uma limitação neste estudo que foi a impossibilidade de em tempo útil termos feito a devolução dos resultados da observação e das entrevistas aos fisioterapeutas. Tal, não permitiu que fossem vertidas na análise feita as perceções dos fisioterapeutas relativamente à avaliação que fizemos. Este contributo era fundamental e continua a ser, pois é um objetivo que queremos concretizar num futuro próximo.

Este trabalho constitui, igualmente, um ponto de partida para uma futura intervenção. O processo de intervenção beneficiará, sem dúvida, de um projeto de transformação das condições de trabalho, que é o projeto da psicologia do trabalho em que nos inscrevemos, que parte, para essa transformação, com a análise da atividade de trabalho. Podendo ser esta análise, já, um primeiro passo nesse processo de intervenção, pela possibilidade de avaliar o concreto, mas mais por permitir a tomada de consciência, da sua atividade, por parte de quem trabalha, contribuirá, para além disso, para que a intervenção possa modificar o que realmente é fonte de sofrimento, não eliminando o que podendo dificultar o trabalhar é a razão maior para se fazer esse trabalho.

A presente dissertação constitui o culminar de um percurso que iniciámos com um conjunto particular de questões. O caminho trilhado na sua prossecução, marcada pela tentativa contínua de reflexão e problematização permitiu-nos, em cada momento, olhar criticamente para o que íamos produzindo e conduziu-nos ao seu enriquecimento,

mas, também, à descoberta de novos percursos a empreender. Ficou-nos um horizonte em aberto, uma viagem que deve prosseguir, pois este contributo não esgota tudo o que, ainda, há para percorrer.

De facto, as preocupações com o trabalho só fazem sentido se conduzirem à melhoria do “universo” de quem trabalha. Ou como refere Rios (2008), o trabalho será produtor de sentidos para a vida do profissional quando ele for protagonista do processo, com direito a participar das decisões sobre o que faz, como faz, quando e até mesmo onde faz. Isso se chama autonomia e caminha com o princípio da responsabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, G., Farias, A., Sanchez, J., & Petiti, Y. (2010). La violencia laboral hacia trabajadores/as de instituciones de salud de la ciudad de Córdoba, Argentina, *Laboreal*, VI(1), 10-16. Obtido em <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU54711238:76246538:1>.
- Adams, G., & Jex, S. (1999). Relationships between time management, control, work-family conflict, and strain. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(1), 72-77.
- Administração Central do Sistema de Saúde (2013). Balanço Social do Ministério da Saúde e do SNS. Obtido em <http://www.acss.min-saude.pt/artigo/tabid/98/xmmid/1949/xmid/7118/xmview/2/Default.aspx>.
- Afonso, J., & Gomes, A. (2009). Stresse ocupacional em profissionais de segurança pública: Um estudo com militares da Guarda Nacional Republicana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(2), 294-303.
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2010). Inquérito europeu das empresas de riscos novos e emergentes (ESENER). Obtido em http://osha.europa.eu/pt/publications/reports/pt_esener1-summary.pdf/view. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Agervold, M., & Andersen, L. (2006). Incidence and impact of violence against staff on their perceptions of the psychosocial work environment. *Nordic Psychology*, 58(3), 232-247. doi: 10.1027/1901-2276.58.3.232.
- Alferes, V. (1997). *Investigação científica em Psicologia: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Alperovitch-Najenson, D., Treger, I., & Kalichman, L. (2014). Physical therapists versus nurses in a rehabilitation hospital: Comparing prevalence of work-related musculoskeletal complaints and working conditions. *Archives of Environmental & Occupational Health*, 69(1), 33-39. doi:10.1080/19338244.2012.719555.
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. (2005). Normas de Boas Práticas para a prestação de serviços de Fisioterapia. Obtido em http://www.apfisio.pt/Ficheiros/N_B_Praticas.pdf.
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. (2010). Plano Nacional de Saúde. Obtido em <http://www.apfisio.pt/Ficheiros/PNS.pdf>.

- Araújo, C., & Rolo, D. (2011). Dossier temático: Psicodinâmica e psicopatologia do trabalho: Apresentação do dossier. *Laboreal*, VII(1), 10–12. Obtido em <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV6582235338944745462>.
- Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail. (2011). Prévenir les risques psychosociaux, Fiche Pratique n°10. Obtido em http://www.anact.fr/portal/pls/portal/ANACT.WEB_DOCUMENT?p_name=/portal/pls/portal/docs/1/7958382.PDF.
- Baganha, M. I., Ribeiro, J., & Pires, S. (2002). O setor da saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. Paperback. Oficina do CES. N.º 182. Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Obtido em <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/182/182.pdf>.
- Baltes, B., Zhdanova, L., & Clark, M. (2011). Examining the relationships between personality, coping strategies, and work–family conflict. *Journal of Business and Psychology*, 26, 517-530.
- Bardin, L. (1996). *L'analyse de contenu*. (8ªed). Paris: PUF.
- Barros-Duarte, C., & Lacomblez, M. (2006). Saúde no trabalho e descrição das relações sociais. *Laboreal*, 2(2), 82-92. Obtido em <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU547112278541446881>.
- Barros-Duarte, C., Cunha, L., & Lacomblez, M. (2007). INSAT: uma proposta metodológica para análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde. *Laboreal*, 3(2), 54-62. Obtido em <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU547112311:499682571>.
- Barros-Duarte, C., & Cunha, L. (2010). INSAT 2010 Inquérito Saúde e Trabalho: Outras questões, novas relações. *Laboreal*, VI(2), 19–26. Obtido em <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV6582234;5252:5:5292>.
- Barros, P., & Simões, J. (2007). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 9(5), 1-140.
- Bauman, Z. (2009). *A sociedade individualizada: Vidas contadas e histórias vividas*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Beehr, T. (1976). Perceived situational moderators of the relationship between subjective role ambiguity and role strain. *Journal of Applied Psychology*, 61(1), 35-40.
- Bilbao, J. P. & Cuixart, C. N. (2012). Factores psicosociales: metodología de evaluación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. *Notas Técnicas de Prevención*. Ministerio de Empleo Y Seguridad Social. Obtido em <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnnextoid=83546c76d4cb7310VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=db2c46a815c83110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>.
- Blanch, J., Sahagún, M., & Cervantes, G. (2010). Estructura factorial del cuestionario de condiciones de trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 26(3), 175-189.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2010). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bohle, P., Willaby, H., Quinlan, M., & McNamara, M. (2011). Flexible work in call centers: Working hours, work-life conflict & health. *Applied Ergonomics*, 42, 219-224.
- Bouffartigue, P. (2012, janeiro). *Mesurer les «risques psychosociaux»?* Comunicação apresentada nas XIII^{ème} Journées Internationales de Sociologie du Travail: Mesures et démesures du travail. Bruxelles.
- Brevidelli, M., & Cianciarullo, T. (2009). Factores psicossociais e organizacionais na adesão às precauções-padrão. *Revista de Saúde Pública*, 43(6), 907-916.
- Bryman, A., & Cramer, D. (2003). *Análise de dados em ciências sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows*. (3^ªed). Oeiras: Celta Editora.
- Brough, P., & O'Driscoll, M. (2010). Organizational interventions for balancing work and home demands: An overview. *Work & Stress*, 24(3), 280-297.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: The Guilford Press.
- Bultmann, U., Kant, I.J., Schroer, C.A., & Kasl, S.V. (2002). The relationship between psychosocial work characteristics and fatigue and psychological distress. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 75, 259-266.

- Byrne, B. M. (2001). *Structural equation modeling with Amos: Basic concepts, applications, and programming*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Camelo, S. (2006). Riscos Psicossociais Relacionados ao Estresse no Trabalho das Equipes de Saúde da Família e Estratégias de Gerenciamento (Tese de Doutorado não publicada). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
- Campo, M., Weiser, S. & Koenig, K. (2009). Job strain in physical therapists. *Physical Therapy*, 89(9), 946-956.
- Canguilhem, G. (2001). Meios e normas do homem no trabalho, *Proposições*, 12(2/3), 109-121.
- Canguilhem, G. (2009). *O Normal e o patológico*. (6ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitaria.
- Cantera, L., Cervantes, G., & Blanch, M. (2008). Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 49-58.
- Caplan, R., Cobb, S., & French, J. (1975). Relationships of cessation of smoking with job stress, personality and social support. *Journal of Applied Psychology*, 60(2), 211-219.
- Carral, M., Fasseur, F., & Santiago-Delefosse, M. (2009). «Porosité» entre travail et vie privée, conflits et aménagements: une étude comparative de deux populations de femmes. *Pratiques Psychologiques*, 15, 155-171.
- Carvalho, G. (2010). Mobbing: assédio moral em contexto de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, Fev., 28-42.
- Carvalho, V., & Segre, M. (1977). *Medicina Social e do Trabalho*. São Paulo: Mcgraw-Hill.
- Casaca, S. (2010). A (des)igualdade de género e a precarização do emprego. In V. Ferreira (Org.), *A igualdade de mulheres e homens no trabalho e no emprego em Portugal: Políticas e circunstâncias* (pp. 261-291). Lisboa:CITE.
- Castelhano, J., Santos, M., & Lacomblez, M. (2010). A Reconciliação dos riscos profissionais com a preservação de si próprio e da família: Influências de género nas opções de carreira na PSP. In Atas do VII Simpósio de Investigação em Psicologia (pp. 2006-2018). Universidade do Minho, Braga, Portugal.

- Cavalin, C., & Célérier, S. (2012). Mesurer les dimensions mentales de la santé au travail: sous quels angles? In M. Alaluf, P. Desmarez & M. Strobants (Eds), *Mesures et démesures du travail* (pp. 185-195). Bruxelles: Éditions de l'Université de Bruxelles.
- Charron, M. (2011). De Gaulejac, Vincent (2011). Le travail, les raisons de la colère, Paris, Seuil, coll. Économie humaine, 334 p. *Reflets: revue d'intervention sociale et communautaire*, 17(2), 218-221. doi: 10.7202/1012138ar.
- Chénier, N., Cyr, M., & McDuff, P. (1999). Impact psychologique de l'horaire de travail et de la participation aux tâches familiales chez des couples à double carrière./Psychological impact of the work schedule and the participation in household work on dual-career couples. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 31(2), 119-129.
- Cherniss, C., Egnatios, E., & Wacker, S. (1976). Job stress and career development in new public professionals. *Professional Psychology*, 7(4), 428-436.
- Chevalier, A., Dessery, M., Boursier, M.F., Grizon, M. C., Jayet, C., Reymond, C., ... Calvez, T. (2011). Working conditions and psychosocial risk factors of employees in French electricity and gas company customer support departments. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84(1), 7-18. doi:10.1007/s00420-010-0595-2.
- Cifre, E., Salanova, M., & Franco, J. (2011). Riesgos psicosociales de hombres y mujeres en el trabajo: Una cuestión de diferencias? *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 82, 28-37.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309-319.
- Clot, Y. (2006). *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris: PUF
- Clot, Y. (2010). *Le travail à coeur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris: La Découverte.
- Cohidon, C. (2009). Mal-être et environnement psychosocial au travail: premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, (25-26), 265-269.

- Cooke, R., & Rousseau, D. (1984). Stresse and strain from family roles and work-role expectations. *Journal of Applied Psychology*, 69(2), 252-260.
- Correia, T., Gomes, A.R. & Moreira, S. (2010). Stresse ocupacional em professores do ensino básico: um estudo sobre as diferenças pessoais e profissionais. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A.T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes,..., M.C. Taveira (Eds), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1477-2018): Associação Portuguesa de Psicologia. Obtido em <http://www.actassnip2010.com>.
- Cox, T., & Cox, S. (1993). *Psychosocial and organizational hazards at work: Control and monitoring*. European Occupational Health Series nº 5. Copenhagen: WHO. Obtido em <http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/57872.pdf>.
- Cox, T., & Griffiths, A. (1995). The nature and measurement of work stresse: Theory and practice. In J. Wilson and N. Corlett (Eds.), *The evaluation of human work: A practical ergonomics methodology* (pp. 783-803). London: Taylor & Francis.
- Cox, T., Griffiths, A., & Cox, S. (1996). *Work-related stresse in nursing: Controlling the risk to health*. Genève: ILO. Obtido em http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_250097.pdf.
- Cunha, L. (2011). Mobilidades, territórios e serviço público: debates sobre o interesse coletivo à margem do paradigma de uma sociedade móvel (Tese de Doutoramento não Publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Daniellou, F. (2014). Le travail bien fait contre l'organisation: Enjeux de santé et de production. In L. Lerouge (Dir.), *Approche interdisciplinaire des risques psychosociaux au travail* (pp. 81-89). Toulouse: Octares Editions.
- Deery, S., Walsh, J., & Guest, D. (2011). Workplace aggression: The effects of harassment on job burnout and turnover intentions. *Work, Employment and Society*, 25(4), 742-759.
- Dejours, C. (1980). *Travail: usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*. Paris, France : Éditions du Centurion.

- Dejours, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 14(54), 7-11.
- Dejour, C. (1993). *Travail, usure mentale*. Paris: Bayard
- Dejours, C. (1998). «Travailler» n'est pas «déroger». *Travailler*, 1, 5-12.
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, 14(3), 27-34,
- Dejours, C. (2006). Subjectivity, work, and action. *Critical Horizons*, 7(1), 45-62. doi:10.1163/156851606779308161.
- Dejours, C. (2011). Psicopatologia do trabalho - Psicodinâmica do trabalho. *Laboreal*, VII(1), 13-16. Obtido em <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU5471124227833834371>.
- De Lange, A., Taris, T. W., Kompier, M. A., Houtman, I. L., & Bongers, P. M. (2004). The relationships between work characteristics and mental health: Examining normal, reversed and reciprocal relationships in a 4-wave study. *Work & Stresse*, 18, 149-166.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 1-29), (2^o Ed). California: Sage Publications, Thousand Oaks.
- Derriennic F., & Vézina, M. (2000). Organisation du travail et santé mentale: Approches épidémiologiques. *Travailler*, 5, 7-22.
- Dias, D., & Moreira, J. (2011). As vicissitudes dos conceitos de normal e patológico: Relendo Canguilhem. *Revista Psicologia e Saúde*, 3(1), 77-85.
- Dillon, W. R., & Goldstein, M. (1984). *Multivariate analysis*. New York: John Wiley & Sons.
- Dollard, M., Skinner, N., Tuckey, M. R., & Bailey, T. (2007). National surveillance of psychosocial risk factors in the workplace: An international overview. *Work & Stresse*, 21(1), 1-29. doi:10.1080/02678370701254082.
- Doppler, F. (2007). Trabalho e saúde. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomia* (pp. 47-58). S. Paulo: Editora Blucher.

- Dugué, B., & Petit, J. (2014). Les “RPS”, un nouvel enjeu pour l’intervention dans les organisations?. In L. Lerouge (Dir.), *Approche interdisciplinaire des risques psychosociaux au travail* (pp. 45-49). Toulouse: Octares Editions.
- Echternacht, E. (2008). Atividade humana e gestão da saúde no trabalho: Elementos para a reflexão a partir da abordagem ergológica. *Laboreal*, IV(1), 46–55. Obtido em <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV65822343965929;38;2>.
- Enberg, B., Nordin, C., & Öhman, A. (2010). Work experiences of novice occupational therapists and physiotherapists in public sector employment: Analyses using two occupational stress models. *Advances in Physiotherapy*, 12, 42–49.
- Eriksen, H., Ihlebæk, C., Jansen, J., & Burdorf, A. (2006). The relations between psychosocial factors at work and health status among workers in home care organizations. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(3), 183–192.
- Estrela, A. (1994). *Teoria e prática de observação de classes – uma estratégia de formação de professoras*. Lisboa: J.N.I.C.
- Etzion, D. (1984). Moderating effect of social support on the stress–burnout relationship. *Journal of Applied Psychology*, 69(4), 615-622.
- European Agency for Safety and Health at Work. (2010). Managing psychosocial risks with cleaning workers. Obtido em <http://osha.europa.eu>.
- Eurofound. (1992). *First European Survey on the Work Environment European*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurofound. (1997). *Second European Survey on Working Conditions*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurofound. (2001). *Third European Survey on Working Conditions*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurofound. (2007). *Fourth European Survey on Working Conditions*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurofound. (2012). *Fifth European Working Conditions Survey*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

- European Commission. (2010). Investing in well-being at work: Addressing psychological risks in times of change. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Evertson, C. M., & Green, J. L. (1986). Observation as inquiry and method. In M. C. Wittrock (Ed.), *Handbook of research on teaching* (pp.162–213). New York: Macmillan.
- Fagan, C. (2015, março). *Gender, working conditions and health - Headlines from the European Working Conditions Survey*. Comunicação apresentada na International Conference - Women's health and work, ETUI, Bruxelas.
- Falzon, P. (2007). Natureza, objetivos e conhecimentos da ergonomia: Elementos de uma análise cognitiva da prática. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomia* (pp. 3-19). São Paulo: Edgard Blucher.
- Faverge, J.M. (1992). L'analyse du travail en termes de régulation. In J. Leplat (Coord.) *L'analyse du travail en psychologie ergonomique*, (Tome 1), (61-86). Toulouse: Octarès Éditions.
- Fernandes, J. (2014). Entre a conceção e a utilização de instrumentos de formação: a análise da atividade dos formadores na construção de uma zona funcional de ação (Tese de Doutoramento não Publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Fiabane, E., Giorgi, I., Sguazzin, C., & Argentero, P. (2013). Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: The role of organisational and personal factors. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2614–2624. doi: 10.1111/jocn.12084.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. Londres: Sage Publications.
- Fodor, E. (1976). Group stress, authoritarian style of control, and use of power. *Journal of Applied Psychology*, 61(3), 313-318.
- Fonseca, J. (2012). História da fisioterapia em Portugal (da origem a 1966) (Tese de Doutoramento não Publicada). Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa, Lisboa, Portugal.

- Fox, M., & Dwyer, D. (1999). An investigation of the effects of time and involvement in the relationship between stressors and work-family conflict. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(2), 164-174.
- Ganem, V. (2011). Relato de uma experiência de terreno de intervenção em Psicodinâmica do Trabalho (PDT). *Laboreal*, VII(1), 68-75. Obtido em <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV6582235338949985532>.
- Ganster, D., Fusilier, M., & Mayes, B. (1986). Role of social support in the experience of stress at work. *Journal of Applied Psychology*, 71(1), 102-110.
- Garcia da Silva, T., Brunnet, A., Lindern, D., & Pizzinato, A. (2010). O normal e o patológico: Contribuições para a discussão sobre o estudo da psicopatologia. *Aletheia*, 32, 195-197.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1997). *O inquérito, teoria e prática* (3ª ed.). Oeiras: Celta Editora.
- Gil-Monte, P., & García-Juesas, J. (2008). Efectos de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Un estudio longitudinal en enfermería. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(2), 329-337.
- Gollac, M., & Bodier M. (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser (Relatório do Collège d'Expertise sur le Suivi des Risques Psychosociaux au Travail). Obtido em <http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/rapport-final,fr,8,59.cfm.pdf>.
- Gollac, M., & Volkoff, S. (2000). *Les conditions de travail*. Paris: Éditions La Découverte.
- Gomes, A., Cruz, J., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318.
- Gomes, A., Montenegro, N. Peixoto, A. M., & Peixoto, A.R. (2010). Stresse ocupacional no ensino: Um estudo com professores dos 3º ciclo e ensino secundário. *Psicologia e Sociedade*, 22(3), 587-597.
- Gonçalves, S. (2011). Bem-estar no trabalho em contexto policial: O contributo dos valores e das práticas organizacionais (Tese de Doutoramento não Publicada). ISCTE, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal.

- Guèrin, F. (1998). L'activité de travail. In J. Kergoat, J. Boutet, H. Jacot & D. Linhart (Eds.), *Le monde du travail* (pp. 173-179). Paris: Éditions La Découverte.
- Haggard, D. L., Robert, C., & Rose, A. J. (2010). Corrumination in the workplace: Adjustment trade-offs for men and women who engage in excessive discussions of workplace problems. *Journal of Business and Psychology*, 26(1), 27-40. doi:10.1007/s10869-010-9169-2.
- Hämmig, O., & Bauer, G. (2009). Work-life imbalance and mental health among male and female employees in Switzerland. *International Journal of Public Health*, 54, 88-95.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (2005). *Análise multivariada de dados* (A. S. Sant'Anna & A. C. Neto Trad., 5.^a ed.). Porto Alegre, Brasil: Bookman.
- Hooper, R. (1985). Review of management of work and personal life: Problems & opportunities. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 26(4), 294-296.
- Houtman, D. (2007). *Work-related stress*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Hubault, F. (1995). A quoi sert l'analyse de l'activité en ergonomie. *Performances Humaines et Techniques*, (Hors Série), 79-85.
- Iavicolo, S. (2014). Les facteurs de risques psychosociaux dans le monde changeant du travail. In L. Lerouge (Dir.), *Approche interdisciplinaire des risques psychosociaux au travail* (pp. 10-21). Toulouse: Octares Editions.
- International Labour Office. (1986). Psychosocial factors at work: Recognition and control. Report of the Joint International Labour Office and World Health Organization on Occupational Health. *Occupational Safety and Health Series*, 56, 18-24.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). Classificação Portuguesa das Profissões 2010, Lisboa. Obtido em <http://www.ine.pt>.
- Jiménez, B. (2011). Factores e riesgos laborales psicosociales: Conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina Y Seguridad Del Trabajo*, 57(Supl. 1), 4-19. doi:10.4321/S0465-546X2011000500002.
- Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 29(3), 284-297.

- Karlsen, G. (2014). Les effets de différents facteurs liés au lieu de travail sur les risques psychosociaux auxquels sont exposés les employés norvégiens. In L. Lerouge (Dir.), *Approche interdisciplinaire des risques psychosociaux au travail* (pp. 103-149). Toulouse: Octares Editions.
- Kasl, S. (1996). The influence of the work environment on cardiovascular health: A historical, conceptual, and methodological perspective. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), Jan 42-56.
- Kerguelen, A. (2013). *Manual de utilização do software Actogram Kronos*. Toulouse: Óctares Éditions.
- Kerr, M. S., Frank, J. W., Shannon, H. S., Norman, R. W., Wells, R. P., Neumann, W. P., & Bombardier, C. (2001). Biomechanical and psychosocial risk factors for low back pain at work. *American Journal of Public Health*, 91(7), 1069-75. Obtido em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1446725&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Kline, P. (1986). *A handbook of test construction: Introduction to psychometric design*. New York: Methuen & Company.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press.
- Kristensen, T. (2010). A questionnaire is more than a questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(Supl. 3), 149-155. doi: 10.1177/1403494809354437.
- Kristensen, T., Hannerz, H., Høgh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire-a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31(6), 438-449. doi:10.5271/sjweh.948.
- Laaksonen, M., Rohkonen, O., Martikainen, P., & Lahelma, E. (2006). Associations of psychosocial working conditions with self-rated general health and mental health among municipal employees. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 79(3), 205-212. doi:10.1007/s00420-005-0054-7.
- Lacomblez, M. (1997, junho). *A psicologia ergonômica: Contribuição da psicologia do trabalho num projeto de interdisciplinariedade na ação*. Comunicação apresentada

- na 1^a Conferência Internacional – Ergonomia, Segurança e Higiene Ocupacionais. Universidade do Minho, Escola de Engenharia, Braga, Portugal.
- Lacomblez, M. (2001). Analyse du travail et élaboration des programmes de formation professionnelle. *Relations Industrielles/Industrial Relations*, 56(3), 453 - 578.
- Lacomblez, M.; Santos, M.; & Vasconcelos, R. (1999, outubro). *A contribuição da Psicologia do Trabalho num projeto de melhoria das condições de desempenho da atividade profissional*. Comunicação apresentada no IV Simpósio sobre Comportamento Organizacional. Associação Portuguesa de Psicologia, Coimbra, Portugal.
- Lacomblez, M., & Teiger, C. (2007). Ergonomia, formações e transformações. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomia* (587-601). São Paulo, Brasil : Editora Edgard Blucher.
- La Rocco, J., & Jones, A. (1978). Coworker and leader support as moderators of stress-strain relationships in work situations. *Journal of Applied Psychology*, 63(5), 629-634.
- Lefranc, G. (1989). *História do trabalho e dos trabalhadores*. Odivelas: Europress.
- Leka, S., Aditya, J., Iavicoli, S., Vartia, M., & Ertel, M. (2011). The role of policy for the management of psychosocial risks at the workplace in the European Union. *Safety Science*, 49, 558-564. doi:10.1016/j.ssci.2010.02.002.
- Leplat, J. (1993). L'analyse psychologique du travail: Quelques jalons historiques. *Le Travail Humain*, 56(2-3), 115-131.
- Leplat, J. (1996). Petites histoires pour des Histoires. In Y. Clot (Dir), *Les histoires de la psychologie du travail: Approche pluridisciplinaire* (pp. 85-97). Toulouse: Octares Editions.
- Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail: contribution à la psychologie ergonomique*. Paris: PUF.
- Leplat, J. (2000). *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie. Aperçu sur son évolution, ses modèles et ses méthodes*. Toulouse: Octarès Éditions.
- Lévy-Leboyer, C., & Sperandio, J. (1987). *Traité de psychologie du travail*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Liberati, A., Altman, D., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P., Ioannidis, J., ... David Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 151 (4), 264-269. doi:10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135.
- Lippel, K. (2015). *L'organisation du travail et les enjeux pour la santé: mêmes défis pour les travailleurs et les travailleuses?* Comunicação apresentada na International Conference - Women's Health and Work, ETUI, Bruxelas.
- Lundberg, U., & Frankenhaeuser, M. (1999). Stresse and workload of men and women in high-ranking positions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(2), 142-151. doi:org/10.1037/1076-8998.4.2.142.
- Luongo, J., Freitas, G., & Fernandes, M. (2011). Caracterização do assédio moral nas relações de trabalho: Uma revisão da literatura. *Cultura de los Cuidados*, 30, 71-77.
- Marsh, H., Hau, K.-T. & Wen, Z. (2004). In search of golden rules: comment on hypothesis testing approaches to setting cutoff values for fit indexes and dangers in overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) findings. *Structural Equation Modeling*, 11(3), 320-341. doi:10.1207/s15328007sem1103_2
- Marichalar, P., & Martin, E. (2011). Les syndicats et la souffrance. *Sociologie du Travail*, 53 (29-36).
- Marinaccio, A., Ferrante, P., Corfiati, M., Di Tecco, C., Rondinone, B. M., Bonafede, M., ... Iavicoli, S. (2013). The relevance of sociodemographic and occupational variables for the assessment of work-related stress risk. *BMC Public Health*, 13, 1157. doi:10.1186/1471-2458-13-1157.
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais. Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pero Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics (5ª Ed.)*. Pero Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.

- Martocchio, J. & O'Leary, A. (1989). Sex differences in occupational stress: A meta-analytic review. *Journal of Applied Psychology*, 74(3), 495-501. doi:org/10.1037/0021-9010.74.3.495.
- Melro, A. (2002). Psicodinâmica do trabalho. In M. G. Jacques & W. Codo (Org.), *Saúde Mental e Trabalho-Leituras* (pp. 130-142). Petrópolis: Editora Vozes.
- Mendes, J. (2003). *Perguntar e observar não basta, é preciso analisar: Algumas reflexões metodológicas*. Oficina do CES, 194. Obtido em <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/194.pdf>.
- Messing, K. (2000). Compreender o trabalho das mulheres para o transformar: Uma investigação/ação realizada pela Universidade e pelas organizações sindicais do Quebeque. In K. Messing (Ed.), *Compreender o trabalho das mulheres para o transformar* (pp. 51-160). Lisboa: CITE.
- Messing, K., & Chatigny, C. (2007). Trabalho e gênero. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomia* (pp. 249-263). S. Paulo: Editora Blucher.
- Messing, K. (2015, março). *The health of female workers. Is science Still One-eyed?* Comunicação apresentada na International Conference - Women's Health and Work, ETUI, Bruxelas.
- Miossec, Y., Clot, Y., & Boucher, C. (2014). L'intervention dialogique pour agir sur les risques psychosociaux: Une troisième voie. In L. Lerouge (Dir.), *Approche interdisciplinaire des risques psychosociaux au travail* (pp. 51-66). Toulouse: Octares Editions.
- Moncada, S., Pejtersen, J. H., Navarro, A., Llorens, C., Burr, H., Hasle, P., & Bjorner, J. B. (2010). Psychosocial work environment and its association with socioeconomic status. A comparison of Spain and Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(Supl 3), 137-48. doi:10.1177/1403494809353825.
- Moncada, S., Llorens, C., Moreno, N., Rodrigo, F., & Landsbergis, P. (2011). CC.OO. ("Comisiones Obreras") – ISTAS (Union Institute of Work, Environment and Health) participatory action plan for a healthier work organization: A case study. *Safety Science*, 49, 591-598. doi:10.1016/j.ssci.2010.03.014.

- Molinié, A. F. (2010). Queixa. *Laboreal*, 6(1), 69–71. Obtido em <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV65822349;87378;5222>.
- Montmollin, M. (1990). *A Ergonomia*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Morice A. (2001). «Textes en débat» Christophe Dejours - Travail: usure mentale? De la psychopathologie à la psychodynamique du travail Bayard Éditions, 1993 (nouvelle édition augmentée), *Autrepart*, 3(19), 177-184. doi:10.3917/autr.019.0177.
- Muñoz, A. (2006). *Salud laboral. Autoeficacia, ansiedad y satisfacción*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Niedhammer, I. (2009). Violence psychologique au travail et santé mentale: Résultats d'une enquête transversale en population salariée en région Paca, France, 2004. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 25-26, 271-275.
- Nixon, A., Mazzola, J., Bauer, J., Krueger, J., & Spector, P. (2011). Can work make you sick? A meta-analysis of the relationships between job stressors and physical symptoms. *Work & Stress*, 25(1), 1-22. doi: 10.1080/02678373.2011.569175.
- Nogueira, S., Cunha, L., & Lacomblez, M. (2010). Conciliação da vida profissional e familiar num quadro de horários atípicos: O caso das mulheres motoristas dos transportes rodoviários de passageiros. In Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia (2120–2134). Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Nolfe, G., Petrella, C., Zontini, G., Uttieri, S., & Nolfe, G. (2010). Association between bullying at work and mental disorders: gender differences in the Italian people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(11), 1037–41. doi:10.1007/s00127-009-0155-9.
- Notelaers, G., Witte, H., & Einarsen, S. (2010). A job characteristics approach to explain workplace bullying. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 19(4), 487-504. doi:10.1080/13594320903007620.
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory* (2nd edition). St.Louis: McGraw-Hill.
- Ocaña, M., & Rodríguez, J. (2010). Factores de riesgo psicosociales en el profesorado de enfermería geriátrica de universidades españolas (1ª parte). *Gerokomos*, 21 (4), 158-166.
- Ombredane, A., & Faverge, J.-M. (1955). *L'analyse du travail*. Paris, France:PUF.

- Patrício, C. (2008). Capacidade para o trabalho e lesões músculo-esqueléticas: Um estudo em fisioterapeutas do Serviço Nacional de Saúde e Serviços Regionais de Saúde (Tese de Mestrado não Publicada). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Pai, M., Mcculloch, M., Gorman, J., Pai, N., Enanoria, W., Kennedy, G., ... Colford Jr, J. (2004). Systematic reviews and meta-analyses: An illustrated, step-by-step guide. *The National Medical Journal of India*, 17 (2), 86-95.
- Pasquali, L. (2002). *Análise fatorial para pesquisadores*. Brasília: UnB.
- Perista, H. (2002). Género e trabalho não pago: Os tempos das mulheres e os tempos dos homens. *Análise Social*, XXXVII(163), 447-474.
- Peterson, R. (1994). A meta-analysis of Cronbach's coeficiente alpha. *Journal of Consumer Research*, 21(2), 381-391.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pilati, R. & Abbad, G. (2005). Análise fatorial confirmatória da escala de impacto do treinamento no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(1), 43-51.
- Pisljar, T., Lippe, T., & Dulk, L. (2011). Health among hospital employees in Europe: A cross-national study of the impact of work stress and work control. *Social Science & Medicine*, 72, 899-906. doi:10.1016/j.socscimed.2010.12.017.
- Pizoa, C., & Menegonb, N. (2010). Análise ergonômica do trabalho e o reconhecimento científico do conhecimento gerado. *Produção*, 20(4), 657-668. doi:10.1590/S0103-65132010005000058.
- Prévost J., & Messing, K. (2001). Stratégies de conciliation d'un horaire de travail variable avec des responsabilités familiales. *Le Travail Humain*, 64(2), 119-143.
- Ponterotto, J., & Grieger, I. (1999). Merging qualitative and quantitative perspectives in a research identity. In M. Kopala & L. Suzuki (Eds), *Using qualitative methods in psychology* (49-62). California: Sage Publications.
- Portal da Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Obtido em <http://pns.dgs.pt/?cpp=1>.

- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rantanen, J. (1995). Avances en salud y seguridad en el trabajo. Como continuarlos de ahora en adelante? *Salud Ocupacional*, 60, 12-15.
- Ribeiro, L., Gomes, A.R., & Silva, M. (2010, fevereiro). Stresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A.T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio & M.C. Taveira (Eds), *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1494-1508). Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Rick, J., & Briner, B. (2000). Psychosocial risk assessment: Problems and prospects. *Occupational Medicine*, 50 (5), 310-314. doi:10.1093/occmed/50.5.310
- Rios, I. (2008). Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. *Saúde e Sociedade*, 17(4), 151-160.
- Rolo, D. (2014). Constrangimentos organizacionais, distorção da comunicação e sofrimento ético: o caso dos centros de atendimento telefónico. *Laboreal*, 10(1), 79-83. <http://dx.doi.org/10.15667/laborealx0114dr>.
- Rossi, P., Wright, J., & Anderson, A. (1983). *Handbook of survey research*. Nova Iorque: Academic Press.
- Salanova, M. (2005). Metodologia Wont para la evaluación y prevención de riesgos psicosociales. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 14, 22-32.
- Salanova, M., & Llorens, S. (2011). Burnout: un problema psicológico y social. *Riesgo Laboral*, 37, 26-28.
- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2006). *Metodologia de pesquisa* (3ª Ed.). São Paulo: McGraw-Hill.
- Santos, A., Leather, P., Dunn, J., & Zarola, A. (2009). Gender differences in exposure to coworker and public-initiated violence: Assessing the impact of work-related violence and aggression in police work. *Work & Stresse*, 23(2), 137-154. doi:10.1080/02678370903087934.

- Santos, M. (2004). O projeto de uma sociedade do conhecimento de Lev Vygotski a práticas efetivas de formação contínua em Portugal (Tese de Doutoramento não Publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Santos, M. (2006). Análise psicológica do trabalho: Dos conceitos aos métodos. *Laboreal*, 2(1), 34-41. <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU54711226516545:581>.
- Sauter, S., Hurrell, J., & Cooper C. (1989). *Job control and worker health*. New York: John Wiley & Sons.
- Sauter, S., & Murphy, L. (1995). *Organizational risk factors for job stress*. New York: John Wiley & Sons.
- Schaufeli, W., & Salanova, M. (2002). Cómo evaluar los riesgos psicosociales en el trabajo?. *Prevención, Trabajo y Salud*, 20, 4-9.
- Schwartz, Y. (1996) Préface. In P. Trinquet (Aut.), *Maîtriser les risques du travail* (pp.1-6). Paris: PUF.
- Schwartz, Y. (2011). Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. *Trabalho Educação e Saúde*, 9(1), 19-45. doi:org/10.1590/S1981-77462011000400002.
- Schweigert, W. (1994). *Research methods and statistics for psychology*. Pacific Grove California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Sekine, M., Tatsuse, T., Kagamimori, S., Chandola, T., Cable, N., Marmot, M., & Martikainen, P. (2011). Sex inequalities in physical and mental functioning of British, Finnish, and Japanese civil servants: Role of job demand, control and work hours. *Social Science & Medicine*, 73, 595-603. doi:10.1016/j.socscimed.2011.06.026.
- Sevilla, S., Gestoso, C., & Rubio, J. (2006). La autoeficacia percibida en el afrontamiento de riesgos laborales psicosociales como variable moduladora del burnout. *Ansiedad Y Estrés*, 12(2-3), 495-504.
- Sharan, D., & Ajeesh, P. S. (2012). Injury prevention in physiotherapists-A scientific review. *Work*, 41(Supl 1), 1855-1859. doi:10.3233/WOR-2012-0397-1855.

- Silva, C. (2006). Sobre a psicologia ergonómica de Jacques Leplat. *Laboreal*, 2(2), 47-61. <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV6582233896523;2942>.
- Silva, L. (2005). A psicologia na saúde: Entre a clínica e a política. *Revista Do Departamento de Psicologia-UFF*, 17(1), 79-92.
- Silva, C., Pereira, A., Amaral, V., Pereira, A., Vasconcelos, G., Rodrigues, ... Nossa, P. (2010, fevereiro). Copenhagen Psychosocial Questionnaire: Importância da avaliação de fatores psicossociais para a saúde e bem-estar ocupacional. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A.T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio & M.C. Taveira (Eds), *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1220-1227). Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Siegrist, J., Shackelton, R., Link, C., Marceau, L., Knesebeck, O., & McKinlay, J. (2010). Work stress of primary care physicians in the US, UK and German health care systems. *Social Science & Medicine*, 71(2), 298-304. doi:10.1016/j.socscimed.2010.03.043.
- Sousa, M., & Ribeiro A. (2009). Revisão sistemática e meta-análise de estudos de diagnóstico e prognóstico: Um tutorial. Artigo de revisão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 92(3), 241-251.
- Strong, Jr., & Edward K. (1914). Fatigue, work and inhibition. *Psychological Bulletin*, 11(11), 412-417. doi:org/10.1037/h0072737.
- Szilagyi, A., & Holland, W. (1980). Changes in social density: Relationships with functional interaction and perceptions of job characteristics, role stress, and work satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 65(1), 28-33. doi:org/10.1037/0021-9010.65.1.28
- Tabanelli, M., Depolo, M., Cooke, R., Sarchielli, G., BonWglioli, R., Mattioli, S., & Violante, F., (2008). Available instruments for measurement of psychosocial factors in the work environment. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, (82), 1-12. doi:10.1007/s00420-008-0312-6.
- Teiger, C., & Vouillot, F. (2013). Les pénibilités du travail. *Travail, Genre et Sociétés*, 29, 23-30.

- Thébaud-Mony, A. (2010). Riscos. *Laboreal*, VI(1), 72-73. Obtido em <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU54711238:7626984121>.
- Thorbjörnsson, C., Michélsen, H., & Kilbom, Å. (1999). Method for retrospective collection of work-related psychosocial risk factors for musculoskeletal disorders: Reliability and aggregation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(3), 193-206. doi:org/10.1037/1076-8998.4.3.193.
- Törner, M. (2011). The “social-physiology” of safety. An integrative approach to understanding organisational psychological mechanisms behind safety performance. *Safety Science*, 49, 1262-1269. doi:10.1016/j.ssci.2011.04.013.
- Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., Fortin, É., Delisle, A ... Prud'homme, P. (2011). Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST), Québec: Institut National de Santé Publique du Québec et Institut de la statistique du Québec. Obtido em http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1336_EnqQuebCondTravailEmpSantSecTravail.pdf.
- Wisner, A. (1996). Itinéraire d'un ergonomiste dans l'histoire de la psychologie contemporaine. In Y. Clot (Dir), *Les histoires de la psychologie du travail: Approche pluridisciplinaire* (pp. 99-111). Toulouse: Octares Editions.
- Wolf-Ridgway, M. (2011). Psicodinámica del trabajo y análisis del trabajo de “presentación de sí mismo” del diretor de empresa. *Laboreal*, 7(1), 56-67. Obtido em <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV6582235338949845522>.
- World Confederation for Physical Therapy. (2003). Primary health care and community based rehabilitation: Implications for physical therapy based on a survey of WCPT's Member Organizations and a literature review. London: World Confederation for Physical Therapy, Briefing Paper; 1.
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2000 - Health systems: Improving performance*. Genève: WHO.
- Valléry, G., & Leduc, S. (2012). *Les risques psychosociaux*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Vasconcelos, R. (2008). O papel do psicólogo do trabalho e a tripolaridade dinâmica dos processos de transformação: contributo para a promoção da segurança e saúde no trabalho (Tese de Doutoramento não Publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Villalobos, G. (2004). Vigilancia epidemiológica de los factores psicosociales: Aproximación conceptual y valorativa. *Ciencia & Trabajo*, 14, 197–201.
- Vogel, L. (2003). *La santé des femmes au travail en Europe: Des inégalités non reconnues*. Bruxelles: ETUI-REHS.
- Volkoff, S. (2010). Statistiques “ouvertes” et ergonomie “myope”: Combiner les niveaux d'analyse en santé au travail. *Sciences Sociales et Santé*, 28(2), 11-30.
- Weill-Fassina, A. (2013). A imagem operativa de Dimitri Ochanine em contexto: Uma introdução aos textos de D. Ochanine e C. Teiger. *Laboreal*, 9(1), 84-91. <http://laboreal.up.pt/pt/articles/a-imagem-operativa-de-dimitri-ochanine-emcontexto-uma-introducao-aos-textos-de-d-ochanine-e-cteiger>.
- Yip, Y. B. (2002). The association between psychosocial work factors and future low back pain among nurses in Hong Kong: A prospective study. *Psychology, Health & Medicine*, 7(2), 223–233. doi:10.1080/13548500120116157.
- Yoakum, C.S. (1910). Review of Die geistige ermudung. *Psychological Bulletin*, 7(9), 316. doi.org/10.1037/h0067623.

ANEXOS

***ANEXO I: LOCAIS DE TRABALHO DOS FISIOTERAPEUTAS POR SUB-REGIÕES DE ACORDO COM A
NOMENCLATURA NUTS III***

Anexo I: Distribuição dos Fisioterapeutas da Amostra por Locais de Trabalho em Sub-Regiões de acordo com a Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos (NUTS III)

Código	Sub-Região	n
1	Minho-Lima	4
2	Cávado	12
3	Ave	0
4	Grande Porto	14
5	Tâmega	16
6	Entre Douro e Vouga	8
7	Douro	1
8	Alto Trás-os-Montes	0
9	Baixo Vouga	13
10	Baixo Mondego	66
11	Pinhal Litoral	10
12	Pinhal Interior Norte	8
13	Pinhal Interior Sul	0
14	Dão-Lafões	28
15	Serra da Estrela	1
16	Beira Interior Norte	5
17	Beira Interior Sul	0
18	Cova da Beira	11
19	Oeste	0
20	Grande Lisboa	1
21	Península de Setúbal	0
22	Médio Tejo	5
23	Lezíria do Tejo	11
24	Alentejo Litoral	0
25	Alto Alentejo	8
26	Alentejo Central	0
27	Baixo Alentejo	0
28	Algarve	6
29	Açores	8
30	Madeira	10
		Total =246

Nota. Três fisioterapeutas não identificaram a localização geográfica do seu local de trabalho.

ANEXO II: INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS DE ACORDO COM A
LITERATURA

Anexo II: Instrumentos Utilizados na Avaliação de Riscos Psicossociais de Acordo com a Literatura

Instrumentos encontrados nos estudos da revisão sistemática, por nós efetuada	Instrumentos identificados por Tabanelli et al. (2008)
<ul style="list-style-type: none"> • Job Content Questionnaire (JCQ), (Karasek et al. 1998; Niedhammer et al. 2006) • Leymann Inventory of Psychological Terror, LIPT • The Negative Acts Questionnaire (NAQ), (Einarsen & Raknes, 1997) • DUWAS - Dutch WorkAholism Scal (Schaufeli et al, in press) • Survey Workhome Interference Nijmegen (SWING), (Geurts, Taris, Kompier, Dikkers, Van Hooff, & Kinnunen, 2005) • Escala LIPT 60 (González de Rivera & Rodriguez-Abuín, 2003) • ERIT-Escala de Relações Interpessoais no Local de Trabalho (Apóstolo, 2011). • Questionnaire Experience and Evaluation of Work (Van Veldhoven & Meijman, 1994). • The Orientation of Life Questionnaire (Antonovsky, 1987, 1993) • Questionário de Satisfação no Trabalho S20/23 (Q.S.L.), (Meliá & Peiró, 1989; adaptação de Pocinho e Garcia, 2008) • Escala de Comprometimento Organizacional (ECO), (Gomes, 2006). • Escala de Satisfação com a Vida (ESV), (Neto, 1993, 1999). • Escala de Satisfação e Realização (ESR), (Gomes, 1998; Gomes, Cruz, & Melo, 2000). • Escala de Saúde Física (ESF), (Cunha, Cooper, Moura, Reis, & Fernandes, 1992). • Inventário de Saúde Mental (ISM), (Ribeiro, 2001). • Workload, Shift Work and Overtime (Gundersen, 2001; Lapido & Wilkinson, 2002; Parent-Thirion et al., 2007). • 60-item Positive and Negative Affect Schedule-Expanded Form (PANAS-X), (Watson and Clark, 1994). • Rotter's I-E Scale short version (Valecha and Ostrom, 1974). • IPIP instrument (Goldberg, 1999). • SOC questionnaire (Baltes et al, 1999). • WIF and FIW conflict scale (Carlson et al., 2000). • 12-item General Health Questionnaire (GHQ12), (Goldberg, 1972). • Short Form 36 (SF-36) (Ware, 1993) • General Well-being Questionnaire (GWBQ), (Cox, Thirlaway, Gotts, and Cox, 1983). • Impact of Events Scale (IES) (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979). • General Health Questionnaire (GHQ); (Goldberg, Gater, Puccinelli, Gureje, & Rutter, 1997). • Purdue Post Traumatic Stresse Disorder Scale-Revised (PPTSD-R), (Lauterbach & Vrana, 1996). • Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), (Maslach, Leiter, & Jackson, 1996). • Questionário de Stresse nos Professores (QSP), (Gomes et al., 2006). • Inventário de "Burnout" de Maslach - Versão para Professores (MBI-VP), (Gomes et al., 2006). • Escala de Nível Global de "Stresse" (ENGS), (Gomes, Melo, & Cruz, 2000). • Inventário de "Burnout" de Maslach - Versão Geral (IBM-VG), (Gomes, 2007). • Escala de "Coping" Proactivo (ECP), (Cruz e Gomes, 2007). • Questionário de Stresse nos Profissionais de Saúde (QSPS) (Gomes, Cruz, & Cabanelas, 2009). • Nível Global de Stresse (NGS), (Gomes, Melo, & Cruz, 2000). • Occupational Stresse Questionnaire (Elo, Leppänen, Lindström, & Ropponen, 1992). • COPSQ (ISTAS 21) versão espanhola e COPSQ II versão dinamarquesa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Effort-Reward Imbalance (ERI) (Siegrist et al. 2004) • Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) (Kristensen et al. 2005) • General Nordic Questionnaire (QPS NORDIC) (Lindstrom 2002) • Hse Indicator Tool (HSE) [2004] • Job Characteristics Index (JCI) (Sims et al. 1976) • Job Content Questionnaire (JCQ) (Karasek et al. 1998) • Job Diagnostic Survey (JDS) (Hackman and Oldham 1975) • Job Stresse Survey (JSS) (Vagg and Spielberg 1999) • Multidimensional Organisational Health Questionnaire (MOHQ) (Avallone and Pamplomatas 2005) • Niosh Generic Job Stresse Questionnaire (Hurrell and McLaney 1988) • Nova Weba Questionnaire (Huys and De Rick 2005) • Occupational Stresse Index (Osi) (Belkic 2000) • Occupational Stresse Indicator (Osind) (Cooper et al. 1988) • Occupational Stresse Inventory (Osinv) (Osipow 1992) • Occupational Stresse Questionnaire (Elo et al. 1998) • Pressure Management Indicator (Williams and Cooper 1998) • Psychosocial Working Conditions (PWC) (Widerszal-Bazyl and Cieslak 2000) • Stresse Diagnostic Survey (SDS) (Ivancevich et al. 1983) • Stresse D'organisation Questionnaire (VOS-D) (PREVENT 2005) • Stresse Profile (Setterlind and Larson 1995) • Stresse Risk Assessment Questionnaire (SRA) (Stresserisk.com) • Travail Et Santé (VAG) (Conseil National du Travail (CNT) 2004) • Tripod Sigma Questionnaire (Wiezer and Nelemans 2005) • Vragenlijst Beleving En Beoordeling Van De Arbeid (VBBA) (Van Veldhoven and Broersen 2003) • Work Environment Scale (WES) (Moos 1981) • Working Conditions And Control Questionnaire (WOCCQ) (De Keyser and Hansez 1996)

ANEXO III: DISTRIBUIÇÃO DOS ITENS DO INSAT PELOS FATORES PSICOSSOCIAIS DE RISCO DE GOLLAC E BODIER (2011).

Anexo III: Itens do INSAT Distribuídos pelos Fatores Psicossociais de Risco de Gollac e Bodier (2011)

Intensidade e tempo de trabalho

Itens

Ter que acompanhar o ritmo imposto
Ter que depender do trabalho de colegas
Depender dos pedidos dos clientes, utentes
Depender de normas de produção, prazos rígidos a cumprir
Ter que me adaptar a mudanças de métodos e instrumentos de trabalho
Ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo
Frequentes interrupções
Ter de me apressar
Ter que resolver problemas imprevistos sem ajuda
Ter que "saltar" ou encurtar uma refeição ou nem realizar pausa
Ter que dormir a horas pouco usuais
Ter que ultrapassar o horário normal
Ter de me deitar-me depois da 1/2 noite
Ter de levantar-me antes das 5 da manhã
A conciliação da vida de trabalho com a vida fora do trabalho

Exigências emocionais

Itens

Suportar as exigências do público
Confrontar-me com situações de tensão nas relações com o público
Estar exposto ao risco de agressão verbal do público
Estar exposto ao risco de agressão física do público
Ter que dar resposta às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas
Estar sempre na presença dos outros
Ser obrigado a aprender coisas novas
Ser excessivamente variado
Ser pouco criativo
Ser muito complexo
Ter momentos de hipersolicitação

Autonomia

Itens

Ser obrigado a fazer o trabalho tal e qual como foi definido, sem qualquer possibilidade de alteração
Ter de obedecer a uma ordem pré-definida de realização das tarefas, sem qualquer possibilidade de alteração
Não ter possibilidade de escolher os momentos de pausa/obrigado a respeitar os momentos de pausa
Obedecer a um horário de trabalho rígido, sem qualquer possibilidade de pequenas alterações
Ser monótono
Estar pouco satisfeito

Relações Sociais no Trabalho

Itens

Necessidade de ajuda e nem sempre existir
Ser desconsiderada a minha opinião para o funcionamento do departamento
Ser impossível exprimir-me à vontade
Risco de agressão verbal
Risco de agressão física
Risco de assédio sexual
Risco de intimidação
Risco de discriminação sexual
De discriminação ligada à idade
Discriminação relacionada à nacionalidade ou raça
Discriminação relacionada a uma deficiência física ou mental
Ser pouco reconhecido pelos colegas
Ser pouco reconhecido pelas chefias

Conflitos de Valores

Itens

Abalar a minha dignidade
Se sentir explorado
Gostar de os filhos não realizarem o trabalho
Faltarem equipamentos/instrumentos adequados
Faltarem instalações inadequadas

Insegurança na situação de Trabalho

Itens

Difícilmente conseguirei realizar o trabalho quando tiver 60 anos

**ANEXO IV: RESULTADOS DOS FISIOTERAPEUTAS DOS DOIS CASOS DE ESTUDO NAS COMPONENTES DO
INSAT**

Anexo IV: Resultados dos Fisioterapeutas dos Dois Casos em Estudo nas Componentes do INSAT

Exposição a Condições do Ambiente Físico e Constrangimentos Físicos e Respetivo Incômodo, por local estudado

Condições/Caraterísticas	Exposição		Incômodo	
	Local A %	Local B %	Local A %	Local B %
AF				
Ruído muito elevado	35,7	0,0	100	0,0
Ruído nocivo	78,6	60,0	81,8	33,3
Vibrações	28,6	20,0	75,0	100
Radiações	28,6	20,0	50,0	0,0
Calor/frio ou variações de temperatura	85,7	40,0	83,3	100
Poeiras ou gases	7,1	0,0	100	0,0
Agentes Biológicos	85,7	60,0	91,7	33,3
Agentes químicos	0,0	20,0	0,0	0,0
Iluminação inadequada	50,0	20,0	100	100
CF				
Gestos repetitivos	92,9	80,0	76,9	75,0
Gestos precisos e minuciosos	71,4	60,0	80,0	33,3
Posturas penosas	100	60,0	100	100
Esforços físicos intensos	92,9	80,0	100	75,0
Permanecer muito tempo de pé na mesma posição	78,6	40,0	90,9	100
Permanecer muito tempo de pé com deslocamento	92,9	100	69,2	80,0
Permanecer muito tempo sentado	0,0	0,0	0,0	0,0
Subir e descer com muita frequência	0,0	20,0	0,0	0,0
Deslocações profissionais frequentes	7,1	20,0	100	100

Exposição a Condições do Ritmo de Trabalho e Autonomia e Iniciativa e Respetivo Incômodo, por local estudado

Condições/Caraterísticas	Exposição		Incômodo	
	Local A %	Local B %	Local A %	Local B %
RT				
Acompanhar ritmo imposto	71,4	20,0	70,0	0,0
Depender do trabalho de colegas	64,3	40,0	66,7	0,0
Depender de pedidos diretos de clientes/utentes	50,0	80,0	57,1	25,0
Cumprir normas de produção ou prazos rígidos	71,4	80,0	60,0	50,0
Adaptar a mudanças de métodos/instrumentos	50,0	60,0	42,9	33,3
Trabalhar longos períodos ao computador	7,1	0,0	100	0,0
Fazer várias coisas ao mesmo tempo	100	100	85,7	80,0
Frequentes interrupções	100	80,0	28,6	100
Apressar	92,9	100	100	80,0
Resolver situações/problemas imprevistos sem ajuda	71,4	100	90,0	60,0
Manter o olhar fixo sobre o trabalho	21,4	40,0	33,3	50,0
"Saltar" ou encurtar uma refeição ou nem realizar pausa	85,7	100	91,7	60,0
Dormir a horas pouco usuais	0,0	40,0	0,0	100
Ultrapassar o horário normal	50,0	100	71,4	100
Deitar depois da meia-noite	0,0	20,0	0,0	100
Levantar antes das 5 da manhã	0,0	20,0	0,0	100
AI				
Fazer o trabalho tal e qual como foi definido, sem qualquer possibilidade de alteração	21,4	20,0	100	100
Obedecer a uma ordem pré-definida de realização das tarefas, sem qualquer possibilidade de alteração	28,6	20,0	100	100
Respeitar de forma rígida os momentos de pausa, sem os poder escolher	35,7	0,0	60,0	0,0
Obedecer a um horário de trabalho rígido, sem qualquer possibilidade de pequenas alterações	35,7	0,0	100	0,0

Exposição a Constrangimentos nas Relações de Trabalho e no Contacto com o Público e Respetivo Incómodo, por local estudado

Condições/Caraterísticas	Exposição		Incómodo	
	Local A	Local B	Local A	Local B
	%	%	%	%
RT				
Necessidade de ajuda e nem sempre existir	85,7	60,0	61,5	66,7
Desconsiderada a opinião	64,3	40,0	88,9	50,0
Impossível exprimir à vontade	57,1	20,0	87,5	100
Agressão verbal	64,3	40,0	77,8	100
Agressão física	64,3	0,0	88,9	0,0
Assédio sexual	7,1	60,0	100	100
Intimidação	71,4	60,0	80,0	66,7
Discriminação sexual	7,1	20,0	100	100
Discriminação por idade	21,4	40,0	66,7	100
Discriminação por nacionalidade/raça	0,0	0,0	0,0	0,0
Discriminação por deficiência física ou mental	0,0	0,0	0,0	0,0
CP				
Contato com o público	100	100	7,1	20,0
Suportar as exigências do público	92,9	100	76,9	80,0
Confronto com situações de tensão nas relações com o público	100	80,0	78,6	50,0
Agressão verbal do público	78,6	80,0	100	75,0
Agressão física do público	50,0	20,0	100	100
Resposta às dificuldades ou sofrimento de outras pessoas	92,9	100	53,8	60,0

Exposição a Caraterísticas do Trabalho e Respetivo Incómodo, por local estudado

Condições/Caraterísticas	Exposição		Incómodo	
	Local A	Local B	Local A	Local B
	%	%	%	%
CT				
Sempre sozinho	0,0	20,0	100	0,0
Sempre na presença de outros	92,9	100	23,1	0,0
Aprender coisas novas	78,6	100	8,3	0,0
Monótono	14,3	0,0	100	0,0
Excessivamente variado	35,7	60,0	80,0	0,0
Pouco criativo	21,4	0,0	66,7	0,0
Muito complexo	78,6	100	36,4	40,0
Com momentos de hipersolicitação	100	100	85,7	100
Pouco organizado do ponto de vista ergonómico	64,3	40,0	90,0	100
Onde faltam equipamentos/instrumentos adequados	71,4	20,0	100	100
Com instalações inadequadas	50,0	20,0	87,5	100
Pouco reconhecido pelos colegas	42,9	20,0	66,7	100
Pouco reconhecido pelas chefias	85,7	40,0	100	100
Com condições que abalam dignidade	21,4	0,0	100	0,0
Difícil realizar aos 60 anos	92,9	100	92,3	80,0
No qual me sinto explorado	84,6	60,0	90,9	100
Que gostava que os meus filhos não realizassem	38,5	40,0	60,0	100
Com o qual estou pouco satisfeito	53,8	40,0	100	100

Incómodo Médio em cada Componente dos Fisioterapeutas dos dois casos de estudo

Componentes	M		DP	
	Local A	Local B	Local A	Local B
AF	3,40	2,53	0,686	0,411
CF	3,76	2,81	0,796	0,401
RT	3,16	2,79	0,623	0,536
AI	3,56	4,00	1,356	---
RT	3,59	3,08	0,547	0,440
CP	2,78	2,67	0,700	0,632
CT	3,32	2,64	0,653	0,351

Problemas de Saúde Identificados e Relação com o Trabalho

Problemas de Saúde	Total		Causados trabalho		Agravados trabalho	
	Local A (%)	Local B (%)	Local A (%)	Local B (%)	Local A (%)	Local B (%)
Feridas	50,0	40,0	35,7	20,0	0	0
Doenças infecciosas	28,6	20,0	21,4	0	0	0
Visão	14,3	60,0	0	0	0	0
Pele	78,6	20,0	28,6	0	21,4	0
Respiratórios	35,7	40,0	7,1	0	7,1	0
Músculo-esqueléticos	71,4	100	50,0	60,0	21,4	40,0
Digestivos	50,0	40,0	21,4	0	0	40,0
Renais	7,1	0	0	0	7,1	0
Menstruação/Próstata	7,1	0	0	0	0	0
Hipertensão Arterial	14,3	0	0	0	0	0
Dores de costas	92,9	80,0	71,4	40,0	21,4	40,0
Dores cabeça	57,1	20,0	28,6	0	14,3	20,0
Dores estomago	35,7	20,0	7,1	0	21,4	20,0
Dores musculares crônicas	35,7	40,0	35,7	0	0	40,0
Varizes	57,1	40,0	42,9	0	14,3	40,0
Adormecimento dos membros	28,6	0	28,6	0	0	0
Alergias	14,3	20,0	7,1	0	0	0
Nervosos	14,3	0	14,3	0	0	0
Sono	28,6	40,0	7,1	0	7,1	40,0

Número de respostas às Questões do NHP

NHP Número de respostas	Local A		Local B	
	N	%	N	%
0	1	7,1	0	0,0
1 a 3	3	21,4	1	20,0
4 a 9	4	28,4	4	80,0
10 a 16	6	42,8	0	0,0

Porcentagem de Respostas e Número de Problemas Relacionados com o Trabalho em cada Dimensão do NHP

NHP_Dimensões	Com pelo menos um problema identificado N (%)		Número de problemas relacionados com o trabalho	
	Local A	Privado		
Mobilidade Física	8 (57,2)	0 (0,0)	2	0
Dor	9 (71,4)	1 (20,0)	7	3
Energia	6 (42,8)	2 (40,0)	2	1
Reações emocionais	11 (78,6)	5 (100)	8	5
Sono	7 (50,0)	4 (80,0)	5	2
Isolamento Social	1 (7,1)	1 (20,0)	0	1

ANEXO V: ESTATÍSTICAS E SIMULTANEIDADES DA ATIVIDADE DO FISIOTERAPEUTA DO LOCAL A

Anexo V: Estatísticas e Simultaneidades da Atividade do Fisioterapeuta do Local A

Estatísticas Relativas à Observação da Atividade do Fisioterapeuta do Local A

Estado	Condições	Efetivo	Duração total	%	Duração média	Desvio-padrão	Mediana	Duração Mínima	Duração Máxima
Tratamento D1		3	00:19:15,8	29,7	00:06:25,3	00:03:42,6	00:11:33,5	00:03:45,7	00:11:33,5
Tratamento D2		5	00:06:16,4	9,2	00:06:16,4	00:00:00,0	00:00:00,0	00:05:19,4	00:05:16,4
Tratamento D3		5	00:29:53,6	46,1	00:06:59,7	00:09:04,6	00:04:59,7	00:00:19,4	00:23:40,5
categoria nula1		5	00:10:24,8	16,1	00:02:05,0	00:00:58,7	00:03:06,4	00:00:58,2	00:03:11,6
Observar doentes		5	00:05:09,8	8,0	00:01:01,9	00:00:24,9	00:01:19,3	00:00:21,7	00:01:34,6
Conversar c/ DA		1	00:03:03,5	4,7	00:03:03,5	00:00:00,0	00:00:00,0	00:03:03,5	00:03:03,5
Conversar c/ DB		1	00:01:18,2	2,0	00:01:18,2	00:00:00,0	00:00:00,0	00:01:18,2	00:01:18,2
Conversar c/ DC		1	00:01:51,9	2,9	00:01:51,9	00:00:00,0	00:00:00,0	00:01:51,9	00:01:51,9
Conversar c/ DD		1	00:02:14,4	3,3	00:02:14,4	00:00:00,0	00:00:00,0	00:02:14,4	00:02:14,4
Conversar c/ DE		1	00:01:11,9	1,8	00:01:11,9	00:00:00,0	00:00:00,0	00:01:11,9	00:01:11,9
Conversar c/ D1		2	00:00:38,1	1,0	00:00:19,1	00:00:01,9	00:00:00,0	00:00:17,2	00:00:20,9
Conversar c/ D2		2	00:11:41,0	18,0	00:02:20,2	00:01:53,8	00:03:55,5	00:00:33,6	00:05:15,7
Indicações à distância a doentes		2	00:00:46,0	1,2	00:00:23,0	00:00:03,6	00:00:00,0	00:00:19,4	00:00:26,6
categoria nula2		5	00:36:42,7	56,6	00:04:04,7	00:03:35,6	00:05:01,6	00:00:03,0	00:11:14,6
Supervisionar trab estagiários		1	00:01:49,7	2,6	00:01:49,7	00:00:00,0	00:00:00,0	00:01:49,7	00:01:49,7
Coordenar trab auxiliares		4	00:04:49,8	7,4	00:01:12,4	00:01:02,6	00:00:20,2	00:00:23,6	00:02:57,3
categoria nula3		5	00:45:01,6	69,4	00:09:00,3	00:05:46,1	00:14:30,5	00:01:59,5	00:16:52,5
Buscar materiais dentro do local		2	00:03:33,7	5,5	00:01:46,8	00:00:21,2	00:00:00,0	00:01:25,7	00:02:08,0
Buscar materiais fora do local		1	00:02:46,3	4,3	00:02:46,3	00:00:00,0	00:00:00,0	00:02:46,3	00:02:46,3
categoria nula4		3	00:36:18,8	56,0	00:12:09,3	00:11:19,0	00:27:30,9	00:00:39,6	00:27:30,9
Duração total:			01:04:52,65						

Simultaneidades Tratamento de Doentes e Acompanhamento de Doentes, a partir da Observação da Atividade do Fisioterapeuta do Local A

	Observar doentes	Conversar c/ DA	Conversar c/ DB	Conversar c/ DC	Conversar c/ DD	Conversar c/ DE	Conversar c/ D1	Conversar c/ D2	Indicações à distância...
Tratamento D1	1,7	14,1	6,0		1,3				
Tratamento D2								24,3	
Tratamento D3	17,4				1,8	10,4		18,3	3,5
categoria nula1									

Simultaneidades Tratamento de Doentes e Acompanhamento de Trabalhadores, a partir da Observação da Atividade do Fisioterapeuta do Local A

	Supervisionar trab estagiários	Coordenar trab auxiliares
Tratamento D1		17,0
Tratamento D2		
Tratamento D3	9,2	
categoria nula1		

Simultaneidades Tratamento de Doentes e Outras Tarefas, a partir da Observação da Atividade do Fisioterapeuta do Local A

	Buscar materiais dentro do local	Buscar materiais fora do local
Tratamento D1		
Tratamento D2		
Tratamento D3		1,8
categoria nula1		

ANEXO VI: ESTATÍSTICAS E SIMULTANEIDADES DA ATIVIDADE DO FISIOTERAPEUTA DO LOCAL B

Anexo VI: Estatísticas e Simultaneidades da Atividade do Fisioterapeuta do Local B

Estatísticas Relativas à Observação da Atividade do Fisioterapeuta do Local B

Estado	Condições	Efetivo	Duração total	%	Duração média	Desvio-padrão	Mediana	Duração Mínima	Duração Máxima
Tratamento D1		5	00:28:04,7	20,7	00:05:36,9	00:03:38,9	00:07:36,1	00:01:12,8	00:11:30,5
Tratamento D2		2	00:06:06,0	4,5	00:03:03,0	00:02:15,3	00:00:00,0	00:00:47,7	00:06:16,4
Tratamento D3		6	00:32:08,5	23,7	00:05:21,4	00:08:24,2	00:03:37,3	00:00:19,4	00:23:46,9
Tratamento D4		3	00:18:15,3	13,5	00:06:05,1	00:02:09,2	00:09:07,7	00:04:27,7	00:09:07,7
Tratamento D5		2	00:11:54,0	8,8	00:05:57,0	00:00:51,9	00:00:00,0	00:05:06,1	00:06:48,9
Tratamento D6		1	00:08:23,8	6,2	00:08:23,8	00:00:00,0	00:00:00,0	00:08:23,8	00:08:23,8
categoria nula1		11	00:30:32,4	22,6	00:02:46,6	00:01:44,8	00:02:56,9	00:00:56,2	00:07:38,0
Conversar c/ DA		2	00:03:40,3	2,7	00:01:50,1	00:01:13,3	00:00:00,0	00:00:36,8	00:03:03,5
Conversar c/ DB		2	00:02:07,1	1,6	00:01:03,6	00:00:14,6	00:00:00,0	00:00:48,9	00:01:18,2
Conversar c/ D1		3	00:08:05,5	6,0	00:02:41,8	00:03:21,9	00:07:27,4	00:00:17,2	00:07:27,4
Conversar c/ D2		6	00:13:20,6	9,9	00:02:13,4	00:01:46,7	00:02:56,2	00:00:33,8	00:06:15,7
Conversar c/ D5		2	00:09:12,4	6,8	00:04:36,2	00:00:01,4	00:00:00,0	00:04:34,8	00:04:37,6
categoria nula2		13	01:33:36,6	69,1	00:07:12,0	00:05:25,9	00:07:58,9	00:00:03,0	00:17:46,3
Supervisionar trab estagiários		5	00:11:40,2	8,6	00:02:20,0	00:02:23,1	00:01:49,7	00:00:30,9	00:06:59,1
Coordenar trab auxiliares		7	00:06:57,4	5,1	00:00:59,0	00:01:03,1	00:01:03,1	00:00:23,6	00:02:57,3
categoria nula3		11	01:35:23,2	70,4	00:08:40,3	00:06:22,3	00:08:25,7	00:00:50,7	00:21:50,7
Buscar materiais dentro do local		4	00:06:47,3	5,0	00:01:41,8	00:00:29,9	00:02:10,4	00:01:00,9	00:02:12,7
Ausência do local		3	00:11:56,5	8,8	00:03:58,8	00:02:41,0	00:07:35,2	00:01:09,3	00:07:35,2
categoria nula4		7	01:33:04,6	68,7	00:13:17,8	00:09:37,0	00:17:47,4	00:00:24,6	00:30:56,8
Solicitações da secretária		1	00:00:11,8	0,1	00:00:11,8	00:00:00,0	00:00:00,0	00:00:11,8	00:00:11,8
Solicitações dos estagiários		3	00:06:28,1	4,8	00:02:09,4	00:01:26,1	00:04:08,2	00:00:46,9	00:04:08,2
Solicitações das auxiliares		2	00:01:12,4	0,9	00:00:36,2	00:00:00,1	00:00:00,0	00:00:36,1	00:00:36,3
categoria nula5		5	01:01:28,3	45,4	00:12:17,7	00:08:13,6	00:14:11,7	00:00:22,4	00:25:33,3
Duração total:			02:15:24,89						

Simultaneidades Tratamento de Doentes e Acompanhamento de Doentes, a partir da Observação da Atividade do Fisioterapeuta do Local B

	Conversar c/ DA	Conversar c/ DB	Conversar c/ D1	Conversar c/ D2	Conversar c/ D5
Tratamento D1	9,3	4,0	22,7		
Tratamento D2				17,9	
Tratamento D3				12,1	
Tratamento D4					
Tratamento D5					28,0
Tratamento D6					
categoria nula1					

Simultaneidades Tratamento de Doentes e Acompanhamento de Trabalhadores, a partir da Observação da Atividade do Fisioterapeuta do Local B

	Supervisionar trab estagiários	Coordenar trab auxiliares
Tratamento D1	21,7	10,5
Tratamento D2		
Tratamento D3	5,7	4,5
Tratamento D4		
Tratamento D5	1,6	
Tratamento D6		
categoria nula1		

Simultaneidades Tratamento de Doentes e Outras Tarefas, a partir da Observação da Atividade do Fisioterapeuta do Local B

	Buscar materiais dentro do local	Ausência do local
Tratamento D1		
Tratamento D2		
Tratamento D3	96,5	
Tratamento D4	3,5	
Tratamento D5		
Tratamento D6		
categoria nula1		

Simultaneidades Tratamento de Doentes e Interrupções da Atividade, a partir da Observação da Atividade do Fisioterapeuta do Local B

	Solicitações da secretária	Solicitações dos estagiários	Solicitações das auxiliares
Tratamento D1	0.3		
Tratamento D2			
Tratamento D3			
Tratamento D4		10.2	7.9
Tratamento D5		74.1	7.3
Tratamento D6			
categoria nula1			

Simultaneidades Acompanhamento de Doentes e Acompanhamento de Trabalhadores, a partir da Observação da Atividade do Fisioterapeuta do Local B

	Supervisionar trab estagiários	Coordenar trab auxiliares
Conversar c/ DA		
Conversar c/ DB		
Conversar c/ D1	81.7	
Conversar c/ D2		12.3
Conversar c/ D5	6.0	
categoria nula2		

Simultaneidades Acompanhamento de Doentes e Outras Tarefas, a partir da Observação da Atividade do Fisioterapeuta do Local B

	Buscar materiais dentro do local	Ausência do local
Conversar c/ DA	12.8	
Conversar c/ DB		
Conversar c/ D1		
Conversar c/ D2	20.2	
Conversar c/ D5		
categoria nula2		

ANEXO VII: GUIÃO DA ENTREVISTA AOS FISIOTERAPEUTAS

Anexo VII: Guião da Entrevista aos Fisioterapeutas

- Gosta de ser fisioterapeuta? Mudava para outra profissão, se fosse possível?
- Experiência de outros locais de trabalho? Outro trabalho cumulativamente?
- O que faz coincide com o que esperava fazer quando estudava?
- O que é mais difícil/problemático no seu trabalho e o que dá mais prazer/satisfação?
- O que mudaria se tivesse essa possibilidade?
- Relação com os médicos: como se processa; partilham os mesmos pontos de vista ou há diferenças de perspetiva, como resolvem?
- Quem define os objetivos do seu trabalho? Tem dificuldade em atingir esses objetivos?
- Consegue realizar o seu trabalho e cumprir os seus objetivos durante o tempo de trabalho diário? (ritmo; conciliação; tarefas para casa; horas a mais)? Exemplos.
- Como encara as situações de não recuperação dos utentes?
- Como faz quando tem de dar más notícias a um paciente/como lida com as perguntas dos pacientes? Exemplos.
- Que tipo de consequências pode ter um erro seu no trabalho? (quais, para quem/o quê)? Exemplos.
- Considera estar sujeito à ocorrência de acidentes ou doenças profissionais? Isso afeta o trabalho?
- Como é o seu relacionamento com os pacientes? O que suscita mais tensão (situação clínica; solicitações; queixas; necessidades; crenças; cultura; idade)? Exemplos.
- Pode interromper o seu trabalho quando quiser? Necessita substituição? Precisa justificar essa interrupção?

- É um trabalho previsível? Permite-lhe utilizar e/ou desenvolver as suas competências?
- Tem autonomia para alterar o seu trabalho (ordem, tipo de tarefas; horários)?
- Quem decide o que faz? O que gostava de poder decidir e não pode? A sua opinião é considerada?
- As dificuldades/dúvidas no trabalho pode discuti-las com colegas da mesma categoria profissional, de categoria profissional diferente; superiores hierárquicos?
- Como descreve as relações com colegas, hierarquia?
- Que apoio tem deles? Exemplos.
- Já foi sujeito a conduta inconveniente por parte de colega de trabalho; paciente; familiar de um paciente; superior hierárquico? Exemplos.
- Tem conhecimento de situações de condutas inconvenientes relativamente aos seus colegas de trabalho?
- Considera que o seu trabalho é reconhecido/apreciado? Por quem: colegas, superiores, pacientes, sociedade?
- Para realizar o seu trabalho tem de ir contra valores pessoais; profissionais; sociais (fazer coisas que desaprova)? Exemplos.
- Considera que realiza um trabalho útil e de qualidade? Exemplos.
- Neste momento receia: desemprego; não ter rendimentos suficientes para a sua vida pessoal; não progredir na carreira?

ANEXO VIII: IDENTIFICAÇÃO DO SISTEMA DE CATEGORIAS DA CODIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Anexo VIII: Identificação do Sistema de Categorias da Codificação das Entrevistas

Codificação	Designação	Fontes	Referências
I. O Trabalho			
1. Ser Fisioterapeuta		16	16
1.1.	Gosto pela profissão	16	17
1.2.	Mudança de profissão	16	26
2. Experiência profissional		16	16
2.1.	Experiência em outros locais	16	16
2.2.	Trabalho cumulativo ao principal	16	18
3. Expetativas		16	16
4. Dificuldades e satisfação		16	21
4.1.	O mais difícil/problemático no trabalho	16	20
4.2.	O que dá mais prazer/satisfação no trabalho	16	22
5. Mudanças que faria no trabalho		16	16
6. Relação com os médicos		16	16
II. Fatores de Risco			
A. Intensidade do trabalho e tempo de trabalho			
A1	Objetivos de trabalho	16	44
A2	Horas de trabalho para além do horário	15	33
A3	Tarefas de trabalho para fazer em casa	11	16
A4	Ritmo de trabalho elevado	14	36
A5	Conciliação vida do trabalho com vida fora do trabalho	16	32
B. Exigências emocionais			
B1	Lidar com situações de não recuperação de doentes	16	32
B2	Dar más notícias	16	60
B3	Cometer erros que prejudiquem o doente ou o próprio	16	36
B4	Possibilidade de acidentes ou doenças profissionais	12	34
B5	Relacionamento com os doentes e comportamentos inconvenientes por parte	16	75

	destes ou familiares		
C. Autonomia			
C1	Possibilidade de interromper o trabalho e fazer pausas	16	53
C2	Previsibilidade do trabalho e aumento de competências	14	41
C3	Autonomia na realização das tarefas/poder de decisão	15	70
C4	Discussão de dúvidas e dificuldades	13	36
D. Relações sociais no trabalho			
D1	Relacionamento com colegas	16	48
D2	Possibilidade de apoio	10	18
D3	Comportamentos/conduitas inconvenientes relativamente ao próprio	16	86
D4	Comportamentos/conduitas inconvenientes observadas/conhecidas	7	15
E. Conflitos de valores			
E1	Reconhecimento do trabalho	15	66
E2	Trabalhar em desacordo com valores pessoais, profissionais, sociais	16	31
E3	Realização de um trabalho útil e de qualidade	16	47
F. Insegurança no trabalho			
F1	Receio de desemprego	16	28
F2	Progressão na carreira	14	21
F3	Adequação salarial e rendimento mensal	15	28