

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal

30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

FATORES DE RISCO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO FEMININA

Marta G. Porto¹ (✉ martagporto@hotmail.com), Filipa Pimenta^{1,2}, Rita Albergaria¹, Ana Leal¹, João Marôco^{1,2}, Teresa Mascarenhas³, & Isabel Leal^{1,2}

¹ ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

² WJCR – William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

³ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal

De acordo com a Sociedade de Continência Internacional (2002), a Incontinência Urinária (IU) é definida como a queixa de qualquer perda involuntária de urina, afetando mais de 340 milhões de pessoas a nível mundial (Abrams et al., 2002; Hannestad, Rortveit, Sandvik, & Hunskaar, 2000; Markland, Goode, Redden, Borrud, & Burgio, 2010). A prevalência de IU varia entre os 14 e 71,5% entre os 40 e 60 anos (van der Vaart, de Leeuw, Roovers, & Heintz, 2002) e 20 e 45% acima da meia idade (Stach-Lempinen, Kujanson, Laippala, & Metsanoja, 2001).

Existem diferentes tipos de IU, sendo que o presente estudo vai incidir na Incontinência Urinária de Esforço (IUE) – em que a perda de urina ocorre durante determinadas atividades (e.g., exercício físico, tosse, espirro), onde a pressão na bexiga aumenta e a uretra ou esfíncter não resistem à pressão (elevada pressão intra-abdominal), sendo o tipo mais comum – 50% (Abrams et al., 2002; Coyne et al., 2012; Mørkved & Bø, 2000). A prevalência de IUE varia entre os 12 e 46% sendo que esta situação se vai agudizar devido às alterações demográficas a nível mundial (i.e., envelhecimento da população) (Hannestad et al., 2000). Estudos realizados nos EUA estimam que irão ser gastos \$82,6 biliões de dólares em 2020 com a IU devido ao envelhecimento da população, sendo que a IU é geralmente pouco relatada, sendo subdiagnosticada e subtratada (Coyne et al., 2014; Nambiar, Cody, & Jeffery, 2014).

A literatura documenta diversos fatores de risco principais para a IUE; a Tabela 1 apresenta-os resumidamente, expondo igualmente em que amostras estes foram identificados. Foram incluídos estudos empíricos, excluindo meta-análises, revisões sistemáticas, documentos não publicados em jornais revistos por pares, teses e revisões de literatura.

Outros fatores de risco (secundários) documentados na literatura científica são a perimenopausa (Mishra, Cardozo, & Kuh, 2010), a Terapêutica Hormonal (Rahkola-Soisalo et al., 2018), o consumo de álcool (Schmidbauer, Temml, Schatzl, Haidinger, & Madersbacher, 2001), consumo de tabaco (Magon, Malik, Kalra, & Chauhan, 2011), cafeína (Gleason et al., 2012) e exercício físico intenso (atividades desportivas de alto impacto e levantamento de pesos) (McKenzie, Watson, Thompson, & Briffa, 2016).

A IUE tem numerosas consequências negativas a nível físico (e.g., odor urinário e vestuário molhado); psicológico (estigma, vergonha, autoestima e autoconceito negativos, ansiedade, depressão, perda de autonomia); sexual (incluindo presença de disfunções sexuais) (Coyne et al., 2014; Handa, Harvey, Cundiff, Siddique, & Kjerulff, 2004; Özel, White, Urwitz-Lane, & Minaglia, 2005); sociocultural (isolamento social, diminuição das atividades sociais e domésticas; institucionalização de idosos em lares); profissional (absentismo, menor produtividade e alteração radical do ritmo de trabalho); e económico-financeiro (e.g., despesa acrescida em roupa interior, pensos e fraldas). Estas consequências conduzem a uma pior Qualidade de Vida (QdV) das mulheres nos diferentes grupos etários (Basak, Kok, & Guvenc, 2013; Lasserre et al., 2009; Margalith, Gillon & Gordon, 2004), destacando-se que o efeito psicossocial pode ser mais devastador do que as consequências físicas.

A IUE feminina é um problema de saúde pública (elevada prevalência e elevado impacto físico, psicológico, sexual e social), desconhecendo-se o seu impacto em mulheres portuguesas (constituindo um problema subdiagnosticado e subestimado). Neste sentido, encontrar fatores de risco é fulcral para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e tratamento de IUE.

O presente estudo tem assim dois objetivos: (1) fazer uma breve revisão da literatura sobre fatores de risco da IUE; e (2) realizar uma comparação univariada entre participantes com e sem fatores de risco (i.e., paridade; estado de menopausa; consumo de café; IMC; álcool; ser fumador ou não) em relação ao grau de gravidade da IUE, e estudar a relação entre a idade e a IUE feminina.

MÉTODO

Participantes

A amostra é comunitária, não probabilística, de conveniência, e composta por 491 mulheres com idades compreendidas entre os 45-65 anos ($M=52.18$; $DP=4.88$). Esta foi recolhida através de questionários em formato online ($n=393$) e em formato papel ($n=98$). No presente estudo, 341 participantes tinham algum grau de IUE e 150 não apresentavam qualquer IUE. As variáveis sociodemográficas das participantes com e sem Incontinência Urinária encontram-se na Tabela 2.

Tabela 1

Principais Fatores de Risco para Incontinência Urinária de Esforço na mulher

Autores	Fatores de Risco (Idade, IMC, Parto Vaginal, Paridade, Gravidez)	Faixa Etária, <i>M, DP, Min, Max</i>
Altman et al. (2017)	Parto Vaginal	19-46 ($M=40$, ND, 19, 46)
Goldberg et al. (2005)	Parto Vaginal; Paridade; Idade; IMC (i.e., sobrepeso e obesidade)	15-85 ($M=47.1$, ND, 15, 85)
Parazzini et al., (2003)	IMC (i.e., sobrepeso e obesidade) Parto Vaginal	≥ 40 ($M=62.3$, ND, 40, 88)
Pedersen et al. (2017)	IMC (i.e., sobrepeso e obesidade), Idade; Parto vaginal	≥ 18 ($M=50.3$, ND, ND, ND)
Zhu et al., (2009)	Idade; Parto vaginal; Paridade	20-99 ($M=45$, $DP=16$, 20, 99)

Nota. ND=não disponível.

Material

IUE. Da Escala Cervantes-10 itens (CS-10) (Monterrosa-Castro et al., 2012; Pimenta et al., 2019) – utilizou-se o item 8 (“*Tenho medo de fazer esforços porque tenho perda de urina*”) para avaliar a presença de IUE, o qual é pontuado numa rating scale de 6 pontos, de 0 (“sem sintoma”) a 5 (“muito grave”). Mulheres que pontuassem acima de 1 eram consideradas com algum grau de IUE.

Variáveis sociodemográficas, de saúde, de menopausa e de estilo de vida. Os participantes preencheram um questionário de autorrelato sobre

dados sociodemográficos (idade, escolaridade, rendimento familiar anual, número de filhos), saúde (IMC, estado de saúde física e psicológica), estado de menopausa (de acordo com os estádios do envelhecimento reprodutivo proposto pela STRAW+10 (Harlow et al., 2012) e variáveis de estilo de vida (e.g., consumo de café e exercício físico).

Tabela 2

Características Sociodemográficas de Participantes Com e Sem IUE

	Com IUE (n=150)		Sem IUE (n=341)	
	n	%	n	%
Idade <i>M (DP)</i>	52 (.395)		52 (.266)	
Habilitações Literárias				
4º Ano	3	2	4	1.17
6º Ano	3	2	8	2.35
9º Ano	8	5.33	19	5.57
12º Ano	33	22	91	26.69
Ensino Superior	103	68.66	219	64.22
Rendimento				
≤ 10.000	27	19.15	68	21.25
10.001 – 20.000	23	16.31	79	24.69
20.001 – 37.500	52	36.88	93	29.06
37.501 – 70.000	28	19.86	58	18.13
≥ 71.000	11	7.8	22	6.88
Relação Afetivo-Sexual				
Sim	119	79.33	261	76.54
Não	31	20.67	80	23.46
Paridade				
0	14	9.33	52	15.29
1	38	25.33	84	24.63
2	66	44	149	43.82
≥ 3	32	21.33	55	16.18

Procedimento

As participantes que responderam ao formato em papel receberam um envelope aberto com duas cópias do consentimento informado (que

explicava os objetivos do estudo e a participação voluntária) e os questionários. As participantes, após o preenchimento do questionário, foram instruídas a entregá-lo em envelope fechado. Apenas foram considerados questionários com consentimento informado assinado. No que respeita às participantes que preencheram em formato online, o consentimento informado e os questionários foram disseminados por e-mail e redes sociais (e.g., fóruns de menopausa no Facebook). Esta pesquisa seguiu os padrões da Ordem dos Psicólogos e da American Psychological Association em relação ao tratamento ético dos participantes. A análise estatística foi efetuada com o SPSS (Statistical Package for Social Sciences) (v. 25).

Recorreu-se a estatística não paramétrica para a análise dos dados (uma vez que a variável dependente é ordinal), tendo sido aplicados o teste de Mann-Whitney, o teste de Kruskal-Wallis e o teste post-hoc de Dunn. De forma a averiguar a existência de associações entre variáveis, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman. Consideraram-se estatisticamente significativos os resultados com $p \leq .05$.

RESULTADOS

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as participantes que consomem álcool e as que não consomem, relativamente ao grau de IUE ($U=16\ 646$, $p=.343$); entre as participantes que fumam e as que não fumam, em relação ao grau de IUE ($U=25202$, $p=.752$); entre as participantes que consomem café e as que não consomem, relativamente ao grau de IUE ($U=14088$, $p=.517$); entre as participantes que têm filhos e as que não têm, relativamente ao grau de IUE ($U=12504$, $p=.087$); não tendo sido igualmente observadas diferenças estatisticamente significativas entre as participantes nos diferentes estados de Menopausa (pré-, peri e pós-menopausa), no que respeita ao grau de IUE ($H(2)=5.665$, $p=.059$, $N=491$). A idade não se encontra correlacionada com a IUE, $r=-.023$, $p=.606$.

Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as participantes que pertenciam a diferentes classes de IMC, em relação ao

grau de IUE ($H(2)=7.457, p=.024, N=485$) As diferenças observadas entre as participantes pertencentes às três classes de IMC (baixo peso; peso normal; sobrepeso e obesidade), no que respeita ao grau de IUE, foram observadas com o Teste HSD de Tukey, tendo-se encontrado diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres com peso normal e sobrepeso, $p=.029$.

DISCUSSÃO

No presente estudo, apenas o IMC foi um fator de risco para a IUE, sendo este último aspeto congruente com a literatura (e.g., Parazzini et al., 2003; Osborn et al., 2013; Pedersen et al., 2017). De forma a atenuar os sintomas e promover uma melhor qualidade de vida nas mulheres com IUE, conclui-se fundamental a modificação do estilo de vida (e.g., diminuição do peso corporal).

O sobrepeso e a obesidade estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade, sendo um problema grave de saúde pública (OMS, 2000). Não obstante, a obesidade e o sobrepeso são factores de risco/causas reversíveis de IUE. Salienta-se que a manutenção de um peso saudável entre os valores normais de IMC reduz o risco de desenvolvimento de IUE, sendo que a perda ponderal se associa à atenuação dos sintomas (Khullar et al., 2013). Mulheres com e sem os restantes factores de risco não apresentaram diferenças ao nível do sintoma medido (IUE) possivelmente pela forma como as variáveis foram mensuradas (e.g., no consumo de álcool não foram consideradas as quantidades de álcool consumido nas participantes que reportaram ingerir álcool) e existiu possivelmente uma amplitude de idade demasiado limitada neste estudo (45-65) para esta se apresentar significativa para a gravidade do sintoma.

Como limitações do presente estudo destaca-se a utilização de apenas um item para a avaliação da IUE (item 8 da escala Cervantes de 10 itens). Neste sentido, de forma a avaliar tanto a presença de sintomas de IU, como o seu impacto na Qualidade de Vida das mulheres, sugere-se a utilização dos seguintes instrumentos em estudos futuros que foquem esta

problemática (i.e., questionários de auto-reporte): *King's Health Questionnaire*, instrumento original de Kelleher, Cardozo, Khullar, & Salvatores (1997), e *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form*, instrumento original de Avery et al. (2004), sendo ambos instrumentos recomendados pela Sociedade Internacional de Continência (Donavan & Bosch, 2002). O KHQ foi adaptado para a população portuguesa por Viava, Viana, Neto e Mascarenhas (2015). O ICIQ-SF ainda não se encontra adaptado para a população portuguesa e a presente equipa encontra-se já a desenvolver a sua validação.

Outra das limitações do estudo prende-se com a utilização de técnicas mais elementares de análise estatística univariada, em detrimento de procedimentos mais complexos de análise exploratória de dados e estatística multivariada (e.g., Análise de Equações Estruturais) (Marôco, 2014).

Financiamento: O William James Center for Research é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (UID/PSI/04810/2019).

REFERÊNCIAS

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., . . . Wein, A. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics*, *21*(2), 167-178. doi: 10.1002/nau.10052
- Altman, D., Ekström, Å., Forsgren, C., Nordenstam, J., & Zetterström, J. (2007). Symptoms of anal and urinary incontinence following cesarean section or spontaneous vaginal delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *197*(5). doi: 10.1016/j.ajog.2007.03.083
- Avery, K., Donovan, J., Peters, T. J., Shaw, C., Gotoh, M., & Abrams, P. (2004). ICIQ: A brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourology and Urodynamics*, *23*(4), 322-330. doi: 10.1002/nau.20041
- Basak, T., Kok, G., & Guvenc, G. (2013). Prevalence, risk factors and quality of life in Turkish women with urinary incontinence: A synthesis of the literature. *International Nursing Review*, *60*(4), 448-460. doi: 10.1111/inr.12048

- Coyne K. S., Kvasz, M., Ireland, A. M., Milsom, I., Kopp, Z. S., Chapple, C. R. (2012) Urinary Incontinence and its Relationship to Mental Health and Health-Related Quality of Life in Men and Women in Sweden, the United Kingdom, and the United States. *European Urology*, 61(1), 88-95. doi: 10.1016/j.eururo.2011.08.059
- Coyne, K. S., Wein, A., Nicholson, S., Kvasz, M., Chen, C.-I., & Milsom, I. (2014). Economic burden of urgency urinary incontinence in the United States: A systematic review. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 20(2), 130-140. doi: 10.18553/jmcp.2014.20.2.130
- Donavan, J., & Bosch, R. (2002). Symptom and quality of life assessment. In P. Abrams, L. Cardoso, S. Khoury, & A. Wein (Eds.), *Incontinence* (pp. 521-584). https://www.ics.org/Publications/ICI_5/INCONTINENCE.pdf
- Gleason, J. L., Richter, H. E., Redden, D. T., Goode, P. S., Burgio, K. L., & Markland, A. D. (2012). Caffeine and urinary incontinence in US women. *International Urogynecology Journal*, 24(2), 295-302. doi: 10.1007/s00192-012-1829-5
- Goldberg, R. P., Abramov, Y., Botros, S., Miller, J.-J., Gandhi, S., Nickolov, A., . . . Sand, P. K. (2005). Delivery mode is a major environmental determinant of stress urinary incontinence: Results of the Evanston-Northwestern Twin Sisters Study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193(6), 2149-2153. doi: 10.1016/j.ajog.2005.08.055
- Handa, V. L., Harvey, L., Cundiff, G. W., Siddique, S. A., & Kjerulff, K. H. (2004). Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191(3), 751-756. doi: 10.1016/j.ajog.2003.11.017
- Hannestad, Y. S., Rortveit, G., Sandvik, H., & Hunskaar, S. (2000). A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(11), 1150-1157. doi: 10.1016/s0895-4356(00)00232-8
- Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., ... Rebar, R. W. (2012). Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop +10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Climacteric*, 15(2), 105-114. doi: 10.3109/13697137.2011.650656
- Kelleher, C. J., Cardozo, L. D., Khullar, V., & Salvatore, S. (1997). A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104(12), 1374-1379. doi: 10.1111/j.1471-0528.1997.tb11006.x
- Khullar, V., Sexton, C. C., Thompson, C. L., Milsom, I., Bitoun, C. E., & Coyne, K. S. (2013). The relationship between BMI and urinary incontinence

- subgroups: Results from EpiLUTS. *Neurourology and Urodynamics*, 33(4), 392-399. doi: 10.1002/nau.22428
- Lasserre, A., Pelat, C., Guérout, V., Hanslik, T., Chartier-Kastler, E., Blanchon, T., . . . Bloch, J. (2009). Urinary Incontinence in French women: Prevalence, risk factors, and impact on quality of life. *European Urology*, 56(1), 177-183. doi: 10.1016/j.eururo.2009.04.006
- Magon, N., Malik, S., Kalra, B., & Chauhan, M. (2011). Stress urinary incontinence: What, when, why, and then what? *Journal of Mid-Life Health*, 2(2), 57. doi: 10.4103/0976-7800.92525
- Margalith, I., Gillon, G., & Gordon, D. (2004). Urinary incontinence in women under 65: quality of life, stress related to incontinence and patterns of seeking health care. *Quality of Life Research*, 13(8), 1381-1390. doi: 10.1023/b:qure.0000040794.77438.cf
- Markland, A. D., Goode, P. S., Redden, D. T., Borrud, L. G., & Burgio, K. L. (2010). Prevalence of urinary incontinence in men: Results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *The Journal of Urology*, 184(3), 1022-1027. doi: 10.1016/j.juro.2010.05.025
- Marôco, J. P. 2010. *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software e Aplicações* (1ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- McKenzie, S., Watson, T., Thompson, J., & Briffa, K. (2016). Stress urinary incontinence is highly prevalent in recreationally active women attending gyms or exercise classes. *International Urogynecology Journal*, 27(8), 1175-1184. doi: 10.1007/s00192-016-2954-3
- Mishra, G. D., Cardozo, L., & Kuh, D. (2010). Menopausal transition and the risk of urinary incontinence: Results from a British prospective cohort. *BJU International*, 106(8), 1170-1175. doi: 10.1111/j.1464-410x.2010.09321.x
- Monterrosa-Castro, A., Romero-Pérez, I., Marrugo-Flórez, M., Fernández-Alonso, A. M., Chedraui, P., & Pérez-López, F. R. (2012). Quality of life in a large cohort of midaged Colombian women assessed using the Cervantes Scale. *Menopause*, 19, 924-930.
- Mørkved, S., & Bø, K. (2000). Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: A one-year follow up. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107(8), 1022-1028. doi: 10.1111/j.1471-0528.2000.tb10407.x
- Nambiar, A., Cody, J. D., Jeffery, S. T., & Aluko, P. (2017). Single-incision sling operations for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.cd008709.pub3

- Özel, B., White, T., Urwitz-Lane, R., & Minaglia, S. (2005). The impact of pelvic organ prolapse on sexual function in women with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, *17*(1), 14-17. doi: 10.1007/s00192-005-1327-0
- Parazzini, F., Chiaffarino, F., Lavezzari, M., & Giambanco, V. (2003). Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *110*(10), 927-933. doi: 10.1111/j.1471-0528.2003.02343.x
- Pedersen, L., Lose, G., Høybye, M. T., Elsner, S., Waldmann, A., & Rudnicki, M. (2017). Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *96*(8), 939-948. doi: 10.1111/aogs.13149
- Pimenta, F., Albergaria, R., Leal, A. B., Maroco, J., Leal, I., Chedraui, P., & Pérez-López, F. R. (2019). The 10-item cervantes scale: paper-and-pencil and online format assessment of menopause-related symptoms. *Maturitas*, *124*, 189. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.04.201
- Schreiber Pedersen, L., Lose, G., Høybye, M. T., Elsner, S., Waldmann, A., & Rudnicki, M. (2017). Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *96*(8), 939-948. doi: 10.1111/aogs.13149
- Stach-Lempinen, B., Kujanson, E., Laippala, P., & Metsanoja, R. (2001). Visual analogue scale, urinary incontinence severity score and 15D – Psychometric testing of three different health-related quality-of-life instruments for urinary incontinent women. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, *35*, 476-483.
- Viana, R., Viana, S., Neto, F., & Mascarenhas, T. (2015). Adaptation and validation of the King's Health Questionnaire in Portuguese women with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, *26*(7), 1027-1033. doi: 10.1007/s00192-015-2628-6
- World Health Organization (2000) Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO Consultation. *WHO Technical Report Series*. http://libdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf
- Zhu, L., Lang, J., Liu, C., Han, S., Huang, J., & Li, X. (2009). The epidemiological study of women with urinary incontinence and risk factors for stress urinary incontinence in China. *Menopause*, *16*(4), 831-836. doi: 10.1097/gme.0b013e3181967b5d

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal

30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

GENDER OCCUPATIONAL HEALTH: HOW TO SUPPORT HIGHER EDUCATION TEACHERS?

Isabel Souto^{1,2}, Anabela Pereira^{1,2,3}, Elisabete Brito^{1,4,5}, & Inês Direito⁶

¹ Laboratório de Estudos e Intervenção no Stresse, Universidade de Aveiro (StressLab), Portugal

² Departamento de Educação e Psicologia, Universidade de Aveiro, Portugal

³ Centro de Investigação em Didática e Tecnologia na Formação de Formadores (CIDTFF), Portugal

⁴ Escola Superior de Tecnologias e Gestão de Águeda, Universidade de Aveiro, Portugal

⁵ Centro de Investigação em Governança, Competitividade e Políticas Públicas (GOVCOPP), Portugal

⁶ Centre for Engineering Education, University College of London, UK

Sabe-se que o *Stress* Ocupacional (SO) pode prejudicar a saúde física e mental do trabalhador, resultando em comprometimento funcional temporário ou permanente (European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA], n.d.; Hassard, Cox, Murawski, De Meyer, & Muylaert, 2011; Leka & Jain, 2010). Vários autores apontam os Riscos Psicossociais (RPs) como centrais a este fenómeno, os quais correspondem a um conjunto de fatores relacionados ao trabalho (conteúdo ou contexto) passíveis de gerar *stress* (EU-OSHA, 2018; Leka & Jain, 2010; Wolf, Ivanov, Mugdal, Bos, & Neira, 2018; World Health Organization [WHO], 2013). De acordo com Wolf et al., (2018), para enfrentar esse risco global à saúde é necessário lidar com as ameaças (à saúde) no local de trabalho (como *stress*). Observe que o paradigma de gestão de RPs tem sido recomendado como mais eficaz do que simples intervenções no local de trabalho (Wolf et al., 2018) esperando-se que seja mais eficaz na proteção e promoção da saúde dos trabalhadores. Em Portugal, a avaliação e prevenção das RPs estão no escopo da Legislação de Segurança e Saúde no Trabalho (Lei n^o3/2014 de 28 de janeiro, 2014). Esta legislação prediz também o combate aos riscos para a segurança e a saúde do trabalhador na sua origem (incluindo os riscos psicossociais), no entanto, é reconhecida a necessidade desenvolver diretrizes de prevenção adequadas,

principalmente com base na identificação das diferentes necessidades específicas de contextos de trabalho, o que pode ser feito através de uma avaliação eficaz (Hassard et al., 2011).

O estudo da SO é particularmente relevante no contexto do Ensino Superior (ES): para professores que trabalham deste contexto, o trabalho é marcado por altas exigências pessoais, profissionais e científicas, inerentes à constante inovação e clima de turbulência, decorrentes da reconciliação dos sistemas de ensino na Europa (Processo de Bolonha), aumento do número de alunos, inovação e integração tecnológica, e não só (Cladellas & Castelló, 2011; Slišković & Maslić Seršić, 2011; Sun, Wu, & Wang, 2011). Sabe-se que os problemas de saúde ocupacional nos professores são atuais e prevalentes (Jardim & Pereira, 2016; Leka & Jain, 2010), com consequências individuais e organizacionais (Cladellas & Castelló, 2011; Slišković & Maslić Seršić, 2011), no entanto, a maioria dos estudos nesta área é direcionada a professores dos ciclos de estudo até ao secundário, ou direcionados/limitado à investigação associada ao síndrome de *Burnout* (Cladellas & Castelló, 2011). Estudos recentes evidenciaram que os docentes que trabalham em ES em Portugal apresentam altos níveis de *stress* e elevadas exigências trabalho, as quais correlacionadas com muitos RPs (Souto, Pereira, Brito, Sancho, & Barros, 2019; Souto, Pereira, Brito, Sancho, & Jardim, 2018). Além disso, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de género, nos quais as mulheres apresentaram maior *distress* e ansiedade, bem como diferenças significativas em alguns fatores de RPs (Souto et al., 2019). O paralelismo dos resultados com a tendencial disparidade de género neste contexto é inegável (Comissão para a Cidadania e Igualdade [CIG], 2017), reforçando que a integração da perspectiva de género também deve ser considerada ao abordar a SO (International Labour Organization [ILO], 2019).

Este projeto tem como objetivo estudar OS na ES, implementando uma abordagem inovadora integrada e intercultural de género. Usando uma abordagem de pesquisa de métodos mistos, pretendemos contribuir com dados baseados em evidências que apoiam o desenvolvimento adequado de diretrizes de saúde para a ES. Procuramos ainda contribuir para a agenda da ONU para 2030, ou seja, realizações de trabalho decente, promover ambientes de trabalho seguros e protegidos, igualdade de género e *empowerment* das mulheres, para além de fortalecer a capacidade de gestão e redução de riscos nacionais e globais à saúde (UN Women, 2018; United

Nations, 2015). Procuramos atingir (de forma integrada e multidimensional) os seguintes objetivos:

- 1) Identificar e caracterizar os níveis de *Distress* e *Burnout*, bem como os RPs presentes no contexto de trabalho de professores de ES;
- 2) Analisar as relações entre RPs, *Distress* e *Burnout*, dimensões de Coping e características sociodemográficas (género) dos participantes;
- 3) Identificar quais RPs do contexto de trabalho específico atuam como preditores para o desenvolvimento de *stress* relacionado com o trabalho (e respetivos impactos na saúde), bem como bem como, cruzar os diferentes papéis de trabalho desempenhados pelos professores e características sociodemográficas.
- 4) Perceber e integrar os significados subjacentes dos RPs significativos observados, bem como expectativas de *performance*, habilidades necessárias/estratégias usadas para lidar com *distress* relacionado com o trabalho (*coping skills*), integrando uma perspetiva de género e abordagem comparativa intercultural.
- 5) Integrar todos os dados no desenvolvimento de *guidelines* adequadas à prevenção e intervenção de riscos para a doença e promoção de saúde ocupacional, de forma a fortalecer e promover o bem-estar e *performance* dos professores.

Descrição Detalhada do Programa de Investigação

Para o desenvolvimento adequado de diretrizes de prevenção e intervenção, a avaliação precedente deve ser capaz de fornecer dados baseados em evidências sobre necessidades específicas do público-alvo. Dessa forma, consideramos prioritário o inventário adequado as necessidades, por meio da abordagem quantitativa e qualitativa de pesquisa, com a inclusão gradual dos objetivos propostos, em três estudos:

ESTUDO 1: ESTUDO EXPLORATÓRIO

Nesta fase pretende-se desenvolver um estudo empírico, envolvendo uma amostra representativa nacional de professores ES. Esta (primeira) recolha de dados de carácter quantitativo, com recurso a um protocolo de

questionários, visa responder aos 3 primeiros objetivos do presente projeto, com produção científica correspondente (artigo científico).

Instrumentos

Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ; versão portuguesa de Silva et al., 2011) é uma ferramenta que reúne consenso internacional sobre a adequação para avaliar os RPs mais importantes no local de trabalho, diferindo de outras escalas pela integração do impacto na saúde que a respetiva exposição representa (Fernandes & Pereira, 2016; Silva et al., 2011). A versão média é composta por 76 itens, distribuídos por 29 sub-escalas, agrupadas em 8 dimensões principais, nomeadamente: Exigências no trabalho, Organização e Conteúdo do trabalho, Relações sociais e Liderança, interface individuo-trabalho, Valores no local de trabalho, Personalidade, Exposição a comportamentos ofensivos, Saúde e Bem-estar.

Kessler Psychological Distress Scale (K10; versão portuguesa de Pereira et al., 2017), é uma escala de autorrelato breve, composta por 10 itens, altamente confiável para avaliar distress psicológico. A amplitude dos resultados permite verificar a presença/ausência de sintomas de distress com significância clínica, e que representam risco para desenvolvimento de perturbação.

Oldenburg Burnout Inventory (OLBI; versão portuguesa de Sinval, Queirós, Pasian, & Marôco, 2019), é uma escala breve, composta por 16 itens que permite avaliar e entender o burnout nas organizações. Difere de outras escalas, uma vez que não se constitui como uma dimensão essencial do burnout mas, para além de integrar uma perspetiva de género, pode também ser interpretada em função das possíveis consequências da síndrome (Sinval et al., 2019): inclui a subescala de exaustão (aspetos cognitivos, físicos e emocionais/afetivos da exaustão) e a subescala de desengajamento (distanciamento do trabalho em geral ou distanciamento do próprio do conteúdo e do objetivo, além de experimentar atitudes negativas).

Brief COPE (versão portuguesa de Ribeiro & Rodrigues, 2004), é um instrumento usado para avaliar as estratégias de coping usadas para lidar com o stress, podendo ser ajustada para investigar o Estado (focado na

situação específica/momento presente) ou o Traço (estilo usual de autorregulação). É composto por 28 itens distribuídos em 14 dimensões: autodistração, coping ativo, negação, uso de substâncias, uso de apoio emocional, uso de suporte instrumental, distanciamento comportamental, distanciamento mental, reinterpretação positiva, planejamento, humor, aceitação, religião e aceitação e culpa.

Características demográficas e do trabalho dos participantes

O questionário sociodemográfico visará a recolha de informações demográficas e informações específicas do trabalho (contexto de lecionação, área científica, anos de trabalho, tipo de contrato e horário, funções desempenhadas/ acumuladas e sobrecarga das mesmas).

ESTUDO 2: ENTREVISTAS E *FOCUS GROUP*

Considerando que as necessidades de prevenção e intervenção não derivam apenas dos contextos individuais de trabalho, mas também de um conjunto de significados (pressupostos, valores e crenças), não só dos fatores de PRs, como também o conjunto expectativas relacionadas com trabalho/diferentes funções desempenhadas e/ou pressupostos de desempenho. Evidencia-se assim a adequação de recolha de dados/informações mais diversificadas visando enquadrar estas dimensões, bem como explorar as estratégias coping usualmente adotadas para lidar com a exposição diária ao stress relacionado com o trabalho. Assim, tendo por base os resultados obtidos no primeiro estudo, serão desenvolvidas *guidelines* para um segundo estudo que incidirá numa metodologia qualitativa, através de entrevistas e *focus group*. Neta fase será também integrada uma perspetiva de género (visando entender o papel desse fator na dinâmica específica do contexto de trabalho) e intercultural, a partir da qual é possível encontrar o verdadeiro valor e significado de um fenómeno, bem como perceber a tendência de resposta inata (Finuras, 2018).

As entrevistas (com uma amostra uma amostra representativa) e *focus group* (com um grupo de especialistas) serão realizadas em Portugal e em

Inglaterra, na University College of London (UCL), destacando-se esta Universidade pelo apoio à igualdade e avanço das carreiras das mulheres na ciência, reconhecido pela atribuição de um *Athena SWAN* de prata em 2018. Todos os dados recolhidos serão incorporados e analisados de acordo com o objetivo 4, esperando-se que os resultados culminem numa produção científica respetiva (artigo).

ESTUDO 3: TRIANGULAÇÃO DOS DADOS, DESENVOLVIMENTO DE GUIDELINES QUE FORTALEÇAM E PROMOVAM A SAÚDE OCUPACIONAL, BEM-ESTAR E PERFORMANCE DE PROFESSORES ES

Todos os dados recolhidos serão triangulados e analisados de acordo com o objetivo Assim, serão desenvolvidas um conjunto de *guidelines* de prevenção e intervenção adequadas às especificidades do contexto de trabalho do público alvo, de forma alinhada não só com a legislação Portuguesa (no que toca a prevenção na origem), como também com as diretrizes internacionais no que concerne a prevenção de riscos global. Espera-se que o *output* seja divulgado em formato de *Good Practices Book*, bem como disseminado através de *workshops*/sessões de informação, cujo objetivo será aproximar as práticas dos profissionais e institucionais para as boas práticas em saúde ocupacional.

O presente projeto pretende responder à lacuna de investigação no contexto relacionado ao trabalho de professores de ES, constituindo-se como o primeiro passo para a construção de ferramentas de intervenção integradas nas especificidades do mesmo, com desenvolvimento de ações efetivas de prevenção e promoção da saúde em uma perspetiva holística e multidisciplinar.

Notas do Autor

Este trabalho surge no âmbito do projeto de investigação de Doutoramento em Psicologia da Universidade de Aveiro, Portugal. Contacto do autor: Isabel Souto, isabel.souto@ua.pt.

REFERÊNCIAS

- Cladellas, R., & Castelló, A. (2011). University Professors' Stress and Perceived State of Health in Relation to Teaching Schedules. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology* *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9(23), 217-240.
- Comissão para a Cidadania e Igualdade [CIG]. (2017). *Igualdade de Género em Portugal: Boletim Estatístico 2017. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género*. <https://doi.org/10.1002/polb.23979>
- European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA]. (n.d.). HealthyWorkplaces Good Practice Awards 2014-2015.
- European Agency for Safety and Health at Work [EU-OSHA]. (2018). Psychosocial risks and stress at work – Safety and health at work – EU-OSHA. Retrieved January 30, 2018, from <https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-stress>
- Fernandes, C., & Pereira, A. (2016). Exposure to psychosocial risk factors in the context of work: a systematic review. *Revista de Saúde Pública*, 50(0), 1-15. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006129>
- Finuras, P. (2018). *Globalização e Gestão das Diferenças Culturais* (2nd ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Hassard, J., Cox, T., Murawski, S., De Meyer, S., & Muylaert, K. (2011). *Mental health promotion in the workplace – A good practice report*. (European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), Ed.), *Safety And Health*. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). <https://doi.org/10.2802/78228>
- International Labour Organization [ILO]. (2019). *A quantum leap for gender equality: For a better future of work for all*. Geneva. Retrieved from www.ifro.org
- Jardim, J., & Pereira, A. (2016). Perceived impact of lifelong training in teachers. *Interações*, 31(42), 22–31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmod.2015.02.006>.
- Lei nº3/2014 de 28 de janeiro. (2014). *Diário da República 1ª série, Nº 19, 28 de janeiro de 2014*. Lisboa: Assembleia de República. Retrieved from <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2014/01/01900/0055400591.pdf>
- Leka, S., & Jain, A. (2010). *Health impact of psychosocial hazards at work: an overview*. Geneva. Pereira, A., Oliveira, C. A., Vagos, P., Bártolo, A., Jardim, J., & Monteiro, S. (2017). Reliability and Factor Structure of the 10-item Kessler

- Psychological Distress Scale (K10) among Portuguese adults. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. <https://doi.org/0191/2017-14138123.39075643801200>
- Ribeiro, J. P., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE [Some questions about coping: The study of the Portuguese adaptation of the Brief COPE]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15. <https://doi.org/ISSN 1645-0086>
- Silva, C., Amaral, V., Pereira, A., Bem-haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., . . . (1). (2011). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire: Portugal e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa*. (FCT – Fundação para Ciência e Tecnologia, Ed.). Aveiro: Departamento de Educação: Universidade de Aveiro. Retrieved from http://aciff.pt/uploads/Copenhagen psychosocial questionnaire_COPSOQ.pdf
- Sinval, J., Queirós, C., Pasian, S. R., & Marôco, J. (2019). Transcultural adaptation of the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) for Brazil and Portugal. *Frontiers in Psychology*, 10(March). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00338>
- Slišković, A., & Maslić Seršić, D. (2011). Work stress among university teachers: Gender and position differences. *Arhiv Za Higijenu Rada i Toksikologiju*, 62(4), 299-307. <https://doi.org/10.2478/10004-1254-62-2011-2135>
- Souto, I., Pereira, A., Brito, E., Sancho, L., & Barros, S. (2019). Occupational Health Risk Among Teachers in Higher Education. In T. P. Cotrim, F. Serranheira, P. Sousa, S. Hignett, S. Albolino, & R. Tartaglia (Eds.), *Health and Social Care Systems of the Future: Demographic Changes, Digital Age and Human Factors* (pp. 311-322). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-24067-7_36
- Souto, I., Pereira, A., Brito, E., Sancho, L., & Jardim, J. (2018). Psychosocial Risk Factors And Distress In Higher Education Teachers. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*, XLVIII, 127-140. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2018.11.14>
- Sun, W., Wu, H., & Wang, L. (2011). Occupational stress and its related factors among university teachers in China. *Journal of Occupational Health*, 53(4), 280-286. <https://doi.org/10.1539/joh.10-0058-OA>
- UN Women. (2018). *Turning Promises Into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Retrieved from <http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2018/sdg-report-summary-gender-equality-in-the-2030-agenda-for-sustainable-development-2018-en.pdf?la=en&vs=949>
- United Nations. (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>

Wolf, J., Ivanov, I., Mugdal, S., Bos, R., & Neira, M. (2018). *Preventing Disease Through a Healthier and Safer Workplace*. Switzerland: World Health Organization. World Health Organization [WHO]. (2013). *Investing in mental health: Evidence for action*. Switzerland: World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/iris/handle/10665/87232>