

## **Evolução do Questionário Psicossocial de Copenhaga: do COPSQ II para o COPSQ III**

Teresa Cotrim, Pedro Bem-Haja, Vânia Amaral, Anabela Pereira, Carlos Fernandes da Silva

<sup>1</sup> Laboratório de Ergonomia, Faculdade de Motricidade Humana, e CIAUD, Faculdade de Arquitetura, Universidade de Lisboa, Portugal, [tcotrim@fmh.ulisboa.pt](mailto:tcotrim@fmh.ulisboa.pt); <sup>2 4 5</sup> Departamento de Educação e Psicologia, Universidade de Aveiro, Portugal; <sup>3</sup> Serviços de Ação Social, Universidade de Aveiro, Portugal

**Resumo:** A necessidade de avaliação e monitorização dos factores de risco de natureza psicossocial tem sido estabelecida como uma prioridade pelos organismos internacionais e definida como uma meta ao nível nacional no âmbito das políticas de Segurança e Saúde do Trabalho. Os modelos e métodos de avaliação são diversos e frequentemente multidimensionais. Em Portugal a adaptação e validação do COPSQ II nas suas versões curta, média e longa tornou-o um instrumento cada vez mais usado nos processos de avaliação e monitorização dos factores de risco psicossociais, numa perspectiva de investigação e de prática quotidiana das organizações de trabalho. Com este artigo pretende-se fazer uma abordagem teórica às perspectivas de evolução do Copenhagen Psychosocial Questionnaire II (COPSQ II), um instrumento de avaliação de riscos psicossociais adaptado e validado para Portugal.

**Palavras-chave:** COPSQ II, COPSQ III, Riscos Psicossociais.

## **Development of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire: from COPSQ II to COPSQ III**

**Abstract:** The need for evaluation and monitoring of psychosocial risk factors has been established as a priority by international organizations and defined as a national goal in the field of Occupational Safety and Health policies. The models and methods of evaluation are diverse and often multidimensional. In Portugal, the adaptation and validation of COPSQ II in its short, medium and long versions has made it an increasingly used tool in the processes of evaluation and monitoring of psychosocial risk factors, from a research perspective and in the daily practice of work organizations. This paper intends to make a theoretical approach to the evolution perspectives of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire II (COPSQ II), an instrument for the evaluation of psychosocial risks adapted and validated for Portugal.

**Keywords:** COPSQ II, COPSQ III, Psychosocial Risks.

## 1. Introdução

A necessidade de avaliação e monitorização dos factores de risco de natureza psicossocial tem sido estabelecida como uma prioridade pelos organismos internacionais (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2015) e definida como uma meta ao nível nacional no âmbito das políticas de Segurança e Saúde do Trabalho. Os resultados do Segundo Inquérito Europeu às Empresas sobre Riscos Novos e Emergentes (ESENER-2), realizado em 2014, mostram que os factores de risco psicossociais são identificados pelas empresas como frequentes, em particular, o lidar com clientes, alunos e doentes difíceis (58%) ou a pressão relativamente aos prazos a cumprir (43%). No mesmo inquérito as empresas Europeias referem que os riscos psicossociais são mais difíceis de gerir que os riscos tradicionais e que há falta de informação ou de ferramentas para gerir estes riscos de forma eficaz (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2015). Ou seja, estes riscos adquiriram uma maior relevância no contexto da segurança e saúde no trabalho, o que determina que sejam avaliados e analisados pelas organizações, de modo a definirem-se políticas e estratégias para a sua gestão nas empresas, conducentes aos objectivos de saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores, assim como à eficiência e qualidade dos sistemas produtivos.

No entanto, apesar do reconhecimento deste tipo de riscos ser cada vez mais amplo no mundo laboral (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2015; Camerino et al., 2014; Dupret, Bocerean, Teherani, Feltrin, & Pejtersen, 2012; EU-OSHA, 2014b), continua a existir algum desconhecimento sobre as metodologias de avaliação e gestão dos riscos psicossociais no âmbito do contexto empresarial, e muitas empresas consideram ser difícil a implementação de sistemas de gestão deste tipo de riscos em contextos de trabalho sujeitos a mudanças frequentes e numa conjuntura económica recessiva (Camerino et al., 2014), apesar dos inúmeros trabalhos realizados no campo da investigação (Aust, Rugulies, Skakon, Scherzer, & Jensen, 2007; Collins & O'Sullivan, 2015; Cotrim et al., 2017; Fernandes & Pereira, 2016; Fuß, Nübling, Hasselhorn, Schwappach, & Rieger, 2008; Gomes et al., 2015; Ilić, Arandjelović, Jovanović, & Nešić, 2017; Tage S. Kristensen, Borg, & Hannerz, 2002; Leijten et al., 2015; Liang et al., 2018; Mc Carthy, Perry, & Greiner, 2014; Moncada et al., 2010; Nübling et al., 2010; Nübling, Stöbel, Hasselhorn, Michaelis, & Hofmann, 2006; Nuebling et al., 2013).

Sendo frequente a ausência de consenso na definição de factores de risco psicossocial, a EU-OSHA e outros autores consideram que os mesmos resultam das relações entre a forma como o trabalho é concebido, organizado e gerido, e o contexto económico e social do trabalho, e que apresentam um potencial efeito sobre a saúde física e mental dos trabalhadores (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2015; EU-OSHA, 2014a, 2014b; Leka, Griffiths, & Cox, 2003). Ou seja, resultam da interação entre o indivíduo, as suas condições de vida e as suas condições de trabalho e determinam riscos para a saúde física, mental e social gerados pelas condições de emprego, factores organizacionais e relacionais que podem interagir com o funcionamento mental e bem-estar psicossocial dos trabalhadores (EU-OSHA, 2014b; Wahrendorf & Siegrist, 2014). A maior visibilidade dos riscos psicossociais nos contextos ocupacionais está, também, relacionada com as mudanças nos modelos de organização do trabalho, com as alterações socioeconómicas, com as modificações do conteúdo e da natureza do trabalho, com a transformação do valor e do significado do trabalho para os indivíduos e para os grupos, e com a inovação tecnológica que se traduz em mudanças frequentes nos

processos de trabalho e com custos organizacionais e para a saúde dos trabalhadores (Costa & Santos, 2013; Dupret et al., 2012; EU-OSHA, 2014a; Leka et al., 2003). Nalguns estudos, os países do sul da Europa surgem com níveis mais elevados de exposição aos riscos psicossociais no trabalho, o que pode ser condicionado também pela ausência de políticas nacionais integradas para a sua gestão (Wahrendorf & Siegrist, 2014).

Os modelos e métodos de avaliação são diversos e frequentemente multidimensionais (Neto, 2014). Em Portugal a adaptação e validação do Questionário Psicossocial de Copenhaga II (COPSOQ II) nas suas versões curta, média e longa (C. Silva et al., 2012) tornou-o um instrumento cada vez mais usado nos processos de avaliação e monitorização dos factores de risco psicossociais, numa perspectiva de investigação e na prática quotidiana das organizações de trabalho.

Com este artigo pretende-se fazer uma abordagem teórica às perspectivas de evolução do COPSOQ II e à sua aplicação, uma vez que é um instrumento de avaliação de riscos psicossociais adaptado e validado para Portugal (C. Silva et al., 2012). Assim, aborda-se a criação do COPSOQ I, o desenvolvimento do COPSOQ II e as perspectivas para a evolução do COPSOQ III.

## 2. A evolução do COPSOQ: da criação do COPSOQ I ao desenvolvimento do COPSOQ II

### 2.1. O COPSOQ I

O Questionário Psicossocial de Copenhaga (COPSOQ) foi criado e desenvolvido em 1997 por investigadores Dinamarqueses, em colaboração com o Instituto Dinamarquês de Saúde Ocupacional, com a finalidade de obterem um instrumento válido, holístico e com aplicabilidade prática (Tage S. Kristensen, Hannerz, Høgh, & Borg, 2005; C. Silva et al., 2012). A primeira versão surgiu no ano 2000 (Tage S. Kristensen et al., 2005; Tage Søndergård Kristensen, 2010) e desde logo se iniciaram as primeiras adaptações para várias línguas, em 2003 para Espanhol (Moncada et al., 2010, 2014) e em 2005 para o Inglês (Tage S. Kristensen et al., 2005; Tage Søndergård Kristensen, 2010), entre outras.

O desenvolvimento do COPSOQ I surgiu numa época em que os riscos psicossociais nas empresas eram ainda pouco valorizados, apesar de já ser reconhecida a necessidade da sua avaliação de modo credível. Assim, o COPSOQ I tinha como objectivo não apenas ser um instrumento de avaliação e monitorização dos factores de risco psicossocial, mas também contribuir para uma mais fácil compreensão de conceitos e teorias múltiplos e complexos no domínio dos factores de risco psicossociais no trabalho, para a sensibilização de empregadores e trabalhadores para esta problemática, para a melhoria das condições de realização do trabalho e permitir comparações nacionais e internacionais (Tage Søndergård Kristensen, 2010). Era um instrumento multidimensional destinado a todo o tipo de sectores de atividade ou profissões (Dupret et al., 2012; Tage S. Kristensen et al., 2005).

Como princípio para o seu desenvolvimento os autores integraram as principais dimensões das teorias da psicologia em saúde ocupacional, tais como o modelo das exigências-controlo de Karasek e de esforço-recompensa de Siegrist, baseando-se nos respectivos instrumentos (Dupret et al., 2012; Tage S. Kristensen et al., 2005; Tage Søndergård Kristensen, 2010; Moncada et al., 2014). Foram criadas três versões, curta, média e longa, dependendo dos objectivos de aplicação, sendo a versão longa destinada à investigação e as versões média e curta à avaliação do risco (Tage Søndergård

Kristensen, 2010; Moncada et al., 2014). Inovador foi também a integração de uma dimensão relacional no desenvolvimento do COPSOQ I e que integrava as características das relações entre colegas, ou entre os trabalhadores e as chefias diretas (Tage Søndergård Kristensen, 2010).

A adaptação e validação da primeira versão do questionário foi realizada em vários países, como na Alemanha e em Espanha, e a sua aplicação feita em diversos contextos (Kiss, De Meester, Kruse, Chavée, & Braeckman, 2013; Moncada et al., 2014; C. F. Silva et al., 2014). Os resultados da sua aplicação em projetos de investigação e em contextos laborais diversos levou à identificação de algumas lacunas no COPSOQ I, como a ausência de factores relevantes relativos às dimensões de reconhecimento, justiça e confiança, ou seja uma dimensão colaborativa da empresa e que representa parte do seu capital psicossocial (Tage Søndergård Kristensen, 2010; Moncada et al., 2014).

A investigação dinamarquesa sobre os factores psicossociais do trabalho de 1980 a 2010 evoluiu em três etapas: os factores relacionados com o trabalho (organização temporal do trabalho, quantidade de trabalho,...); os factores relacionais (relações entre colegas, entre trabalhadores e chefias); e, finalmente, os factores relacionados com a empresa (um nível macro relacionado com o capital social das empresas) (Tage Søndergård Kristensen, 2010), o que se refletiu também no desenvolvimento do COPSOQ. Assim, em 2004 iniciou-se o desenvolvimento do COPSOQ II (Pejtersen, Kristensen, Borg, & Bjorner, 2010).

## 2.2. O COPSOQ II

A criação do COPSOQ II baseou-se no conhecimento decorrente da aplicação da primeira versão em estudos de investigação e na informação resultante da aplicação prática nos contextos reais de trabalho, respeitando quatro princípios: não fazer mudanças frequentemente (aguardar pelo menos 5 anos entre cada versão); só alterar as escalas que revelaram problemas nas avaliações psicométricas ou na sua aplicabilidade prática; eliminar as escalas que não são usadas; incluir novas escalas que reflitam novas perspectivas ou novas teorias (Aust et al., 2007; Pejtersen et al., 2010).

À semelhança do COPSOQ I, o primeiro modelo do COPSOQ II também foi criado em três versões, curta, média e longa, e foi testado numa amostra de 4732 adultos dinamarqueses selecionados aleatoriamente, com a avaliação das suas características psicométricas através da análise factorial exploratória, da consistência interna e da análise da sensibilidade, através dos efeitos de tecto e de chão na distribuição das respostas. Nesta mudança do COPSOQ I para o II apenas 57% dos itens do COPSOQ I permaneceram; o número de escalas foi reduzido de 41 para 28; o número de itens por escala foi limitado a um máximo de três ou de quatro para manter a precisão sem aumentar a carga nos respondentes; as escalas de resposta nominal dicotómica (Sim / Não) foram substituídas por escalas tipo *Likert* de cinco opções; e foram introduzidas novas escalas.

Estas novas escalas integram dimensões já existentes ou que surgem de novo no COPSOQ II (Pejtersen et al., 2010). As dimensões existentes que integraram novas escalas, que se apresentam entre parêntesis, correspondem às Exigências do Trabalho (Ritmo de Trabalho), à Organização e Conteúdo do Trabalho (Possibilidades de Desenvolvimento), às Relações Sociais e Liderança (Reconhecimento), ao Interface Trabalho-Indivíduo (Conflito Trabalho-Família), à Personalidade (Autoeficácia) e à Saúde e Bem-Estar (Stress, *Burnout*, Sintomas Depressivos e Problemas em Dormir). Uma

dimensão nova designada de Valores no Local de Trabalho, que reflete uma visão mais holística da empresa com grande impacto nos processos sociais nos locais de trabalho e no bem estar dos trabalhadores, integrou as escalas: Confiança Vertical, Confiança Horizontal, Justiça e Respeito, e Comunidade Social no Trabalho (Pejtersen et al., 2010; C. Silva et al., 2012; C. F. Silva et al., 2014).

A versão curta visa a aplicação em locais de trabalho com menos de 30 pessoas ou a autoavaliação e inclui 23 escalas e 40 perguntas. A versão média destina-se a ser usada por profissionais de saúde ocupacional na avaliação e prevenção dos riscos ocupacionais e integra 28 escalas e 87 perguntas. A versão longa tem como objectivo ser usada para fins de investigação e integra 41 escalas e 128 perguntas (Pejtersen et al., 2010; C. F. Silva et al., 2014).

Nas três versões os itens são avaliados numa escala tipo Likert de cinco pontos, de 1 (nunca/quase nunca) a 5 (extremamente) e a sua cotação é também feita usando estes mesmos cinco pontos (Pejtersen et al., 2010; C. Silva et al., 2012; C. F. Silva et al., 2014). O cálculo de cada escala baseia-se nas médias dos itens, e podem ser usados os pontos de corte 2,33 e 3,66 de modo a classificá-las de forma tripartida, ao encontro de uma interpretação tipo semáforo, com o objectivo de facilitar a sua interpretação e definição de medidas preventivas no contexto das organizações (C. Silva et al., 2012; C. F. Silva et al., 2014). Internacionalmente, tem sido comum a conversão da pontuação das escalas de 1-5 em 1-100 pontos, numa perspectiva de uniformização dos valores de referência e melhoria da compreensibilidade dos resultados (Fuß et al., 2008; Kiss et al., 2013). A adaptação da segunda versão do questionário foi concretizada em várias línguas: Chinês, Inglês, Flamengo, Alemão, Japonês, Malaio, Norueguês, Persa, Português, Espanhol, Sueco e Turco (Arsalani, Fallahi-Khoshknab, Ghaffari, Josephson, & Lagerstrom, 2011; Dupret et al., 2012; Kiss et al., 2013; Moncada et al., 2010, 2014; Pejtersen et al., 2010; Pournik et al., 2015; C. Silva et al., 2012).

No que concerne às características psicométricas do COPSOQ, estas foram analisadas em diversos estudos que apontam para uma boa fiabilidade, no que se refere à consistência interna das escalas (Moncada et al., 2014; Nübling et al., 2006; Thorsen & Bjorner, 2010) e uma boa diferenciação entre grupos, tais como o sexo, a profissão, ou o nível socioeconómico (Gomes et al., 2015; Moncada et al., 2014; Nuebling et al., 2013). No entanto, as análises da validade de constructo conduziram a resultados pouco consistentes entre os países, com as análises factoriais realizadas a determinarem diferentes conjuntos de factores (Dupret et al., 2012; Nübling et al., 2006; C. F. Silva et al., 2014). Por exemplo, no processo de aferição das características psicométricas da versão Francesa, a análise factorial determinou quatro grupos de factores (Exigências do Trabalho, Relações Sociais e Liderança, Influência e Desenvolvimento e Saúde e Bem-Estar), porém, apesar da similaridade com as estruturas factoriais das versões Dinamarquesa e Alemã, não continha exatamente o mesmo tipo e número de escalas em cada factor (Dupret et al., 2012).

Em Portugal a adaptação, validação e aferição do COPSOQ II teve início em 2006, no âmbito de um projeto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (PTDC/SAU-ESA/66163/2006) (C. Silva et al., 2012; C. F. Silva et al., 2010, 2014) e desde então tem sido usado em diversos estudos nacionais (Cardoso et al., 2013; Cotrim et al., 2017; Gomes et al., 2015). O COPSOQ II em Portugal também se apresenta em três versões: curta, média e longa. A versão média, após os procedimentos de adaptação semântica e avaliação da compreensibilidade e relevância dos itens, ficou com 76 itens

agrupados em 29 escalas (C. Silva et al., 2012; C. F. Silva et al., 2014) (Tabela 2). A versão média Portuguesa também apresentou resultados satisfatórios no que concerne à sua fiabilidade, tendo sido avaliada a consistência interna das escalas. A análise factorial realizada evidenciou uma estrutura factorial congruente com o constructo teórico original (versão dinamarquesa), mas com algumas variações (C. F. Silva et al., 2014). Finalmente, é relevante destacar que este instrumento permite desenvolver valores de referência nacionais, estratificados de acordo com as variáveis mais pertinentes, como o sexo, os sectores de atividade, os grupos etários, etc. (C. Silva et al., 2012).

### 2.2.1 Resultados da aplicação do COPSOQ II

Na Dinamarca e em Espanha, o COPSOQ tem sido usado como instrumento oficial de avaliação dos factores de risco psicossociais (Moncada et al., 2010, 2014), mas a sua aplicação em diferentes países tem decorrido nos mais diversos contextos ocupacionais, desde a população trabalhadora em geral (Fernandes & Pereira, 2016; Leijten et al., 2015), ao sector da Saúde (Fernández-Prada, González-Cabrera, Iribar-Ibabe, & Peinado, 2017; Fuß et al., 2008; Gomes et al., 2015; Ilić et al., 2017; Liang et al., 2018; Nübling et al., 2010), dos Transportes (Cotrim et al., 2017), da Administração Pública (Cardoso et al., 2013; Collins & O'Sullivan, 2015), ou outros, com vários objectivos.

Assim, encontram-se estudos que relacionam as exigências emocionais com a saúde e bem-estar, nomeadamente através da percepção de stress (Fernandes & Pereira, 2016; Kiss et al., 2013), a organização temporal do trabalho com a saúde e bem-estar dos trabalhadores (Cotrim et al., 2017), a influência do nível socioeconómico (Moncada et al., 2010), da idade (Gomes et al., 2015) e as diferenças de género (Gomes et al., 2015; Nuebling et al., 2013) nas escalas do COPSOQ II. Também há estudos que comparam ou relacionam o COPSOQ II com outros instrumentos contribuindo para o seu processo de validação (Dupret et al., 2012; Nuebling et al., 2013), ou que usam as escalas do COPSOQ em modelos preditivos com outras escalas como variáveis resposta (Fuß et al., 2008).

Como as escalas que integram o COPSOQ II podem ser usadas de forma independente, há também diversos estudos em que apenas são usadas algumas escalas de acordo com os objectivos dos mesmos, como por exemplo, as escalas relativas às “Possibilidades de Desenvolvimento” e “Influência no Trabalho” (Mc Carthy et al., 2014), ou ao “Suporte Social de Colegas” e de “Supervisores” (Leijten et al., 2015), escalas relacionadas com as exigências do trabalho (exigências cognitivas, emocionais, quantitativas e ritmo de trabalho), com o “Suporte Social de Colegas”, a “Satisfação com o trabalho” e com a saúde e bem-estar (saúde geral, perturbações do sono, sintomas depressivos, burnout e stress) (Cotrim et al., 2017; Gomes et al., 2015).

Os resultados obtidos nos diversos estudos permitem caracterizar diferenças em termos de variáveis sociodemográficas: em função do sexo, com as mulheres a apresentarem piores resultados nas escalas de stress, *burnout* e sintomas depressivos relacionadas com a saúde e bem-estar (Dupret et al., 2012; Gomes et al., 2015) (tabela 1); em função do nível socioeconómico, com níveis mais elevados de exigências cognitivas e quantitativas, nos grupos mais diferenciados, mas também maiores possibilidades de desenvolvimento, maior significado do trabalho, maior compromisso com o local de trabalho (Dupret et al., 2012; Tage S. Kristensen et al., 2002); em função dos locais de trabalho (Nübling et al., 2010); ou do grupo profissional (Tage S. Kristensen et al., 2005).

A relação entre as diversas dimensões do COPSOQ II também foram estudadas, mormente em estudos longitudinais onde foi possível identificar a influência do elevado ritmo de trabalho, da baixa influência no trabalho, das fracas possibilidades de desenvolvimento e do baixo suporte social dos colegas e das chefias no declínio da percepção da saúde ao longo de 5 anos (Burr, Hasselhorn, Kersten, Pohrt, & Rugulies, 2009). Num outro exemplo na área da saúde, as escalas relativas às exigências quantitativas e o sentido de pertença a uma comunidade no trabalho foram preditoras, respectivamente de um maior ou menor conflito trabalho-família, ou seja, as escalas da versão média do COPSOQ II têm sido usadas, também, numa perspectiva de compreensão da variação de outras escalas (Fuß et al., 2008).

**Tabela 1. Exemplo da aplicação da versão média do COPSOQ II no sector da saúde em Portugal**

Autores	País	Amostra e Contexto laboral	Breve descrição do estudo	Escalas Utilizadas	Resultados (M±DP)
Gomes et al, 2015	Portugal	150 Profissionais de saúde	Explora a relações entre os factores psicossociais de saúde e bem-estar no trabalho e a perturbação mental ligeira.	Saúde Geral	Mulheres: 3,40±,90 Homens: 3,56±,84
				Problemas em dormir	Mulheres: 2,67±1,10 Homens: 2,45±1,05
				Burnout	Mulheres: 3,02±,96 Homens: 2,53±,94
				Stress	Mulheres: 2,97±,91 Homens: 2,68±,82
				Sintomas depressivos	Mulheres: 2,67±1,04 Homens: 2,16±,80

Fonte: Adaptado de Gomes et al, 2015.

### 3. Perspectivas Futuras: o desenvolvimento do COPSOQ III

Mais recentemente, a análise da experiência na utilização do COPSOQ II e as dificuldades evidenciadas pelas análises da validade das diferentes versões, em que os resultados dos vários países não foram, muitas vezes, consistentes (Kiss e cols., 2013; Kristensen e cols., 2005; Moncada e cols., 2014; Silva e cols., 2014), determinaram que a evolução do processo de desenvolvimento do instrumento continue e uma terceira versão seja preparada. Não obstante um quadro conceptual comum e as orientações para a sua aplicação serem semelhantes, as versões dos vários países apresentam algumas diferenças quanto ao número de escalas que constituem a versão média do COPSOQ II (Moncada e cols., 2014; Silva e cols., 2014). Esta dinâmica na utilização e adaptação do COPSOQ reflete as diferenças culturais entre países e ilustra o seu interesse internacional e a sua utilidade no campo da avaliação do risco psicossocial.

Neste processo de evolução do COPSOQ II para o COPSOQ III, as principais mudanças estão centradas na introdução de mais itens em cinco escalas, alteração na formulação de alguns itens para obviar os obstáculos decorrentes das dificuldades de compreensão dos mesmos, alteração da designação da escala “Justiça e Respeito” para “Justiça Organizacional”, criação de escalas para as quais transitam itens já existentes ou se integram novos itens, criação de três novas escalas, “Controlo sobre o Tempo de Trabalho” com cinco itens, “Insegurança com as Condições de Trabalho” com três itens e “Qualidade do Trabalho” com um item (Tabela 2). A escala “Insegurança com as

Condições de Trabalho” foi criada para a versão Espanhola do COPSOQ (Moncada et al., 2014) e é agora sugerido que seja integrada em todas as versões. A escala “Qualidade do Trabalho” é sugerida a partir da versão Sueca.

Atualmente, está a ser preparada, pela equipa portuguesa que realizou a adaptação e validação do COPSOQ II para Portugal (C. Silva et al., 2012), a terceira versão para que se proceda ao processo de validação. É relevante ter também em consideração a usabilidade do instrumento, ou seja a facilidade e o tempo de aplicação, assim como a facilidade de standardização dos resultados e de correção e interpretação (Almeida & Freire, 1997), pois isso influencia a sua aplicabilidade, em particular no contexto empresarial Português.

**Tabela 2. Escalas, nº de itens e valores de referência de 2012 da versão média Portuguesa de COPSOQ II e modificações para o COPSOQ III.**

Escalas	Nº de Itens	Média ± DP Valores de Referência Nacionais 2012	Modificações a considerar
Exigências Quantitativas	3	2,48 ± 0,86	Mantem o número de itens, em que o item “Precisa fazer horas extra?” muda para uma nova escala “Controlo sobre o tempo de trabalho” e é substituído pelo item “Com que frequência tem trabalho em atraso?”
Ritmo de Trabalho	1	3,18 ± 1,00	Aumenta o número de itens para 2.
Exigências Cognitivas	3	3,79 ± 0,71	Aumenta o número de itens para 4.
Exigências Emocionais	1	3,42 ± 1,15	Aumenta o número de itens para 2.
Influência no Trabalho	4	2,83 ± 0,89	1 item sofre alterações na redação. O número de itens aumenta para cinco, sendo acrescentado 1 item de modo a refletir as diferenças nos países em que a influência é percebida como baixa.
Possibilidades de Desenvolvimento	3	3,85 ± 0,81	Não sofre alterações.
Previsibilidade	2	3,23 ± 0,92	Não sofre alterações.
Transparência do Papel Laboral	3	4,19 ± 0,72	Não sofre alterações.
Recompensas / Reconhecimento	3	3,71 ± 0,87	Não sofre alterações.
Conflitos Laborais	3	2,94 ± 0,69	Mantem o número de itens, em que o item “Por vezes tem que fazer coisas que considera desnecessárias?” é colocado numa nova escala “Tarefas Ilegítimas / Desnecessárias” e é substituído pelo item “O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?”
Apoio Social de Colegas	3	3,44 ± 0,77	2 itens sofrem alterações na redação.
Apoio Social de Superiores	3	3,13 ± 0,97	2 itens sofrem alterações na redação.
Comunidade Social no Trabalho	3	3,97 ± 0,81	Não sofre alterações.
Qualidade da Liderança	4	3,49 ± 0,93	Não sofre alterações.
Confiança Horizontal	3	2,79 ± 0,64	Não sofre alterações.
Confiança Vertical	3	3,60 ± 0,60	Os itens em que se nomeiam os “trabalhadores” sofrem alterações na redação para os “colaboradores”.
Justiça e Respeito	3	3,37 ± 0,81	A designação das escala pode ser alterada para “Justiça Organizacional”. O número de itens aumenta para 4.
Autoeficácia	2	3,90 ± 0,67	Não sofre alterações.
Significado do Trabalho	3	4,03 ± 0,72	Não sofre alterações.



Compromisso com o Local de Trabalho	2	3,40 ± 0,90	O número de itens aumenta para 3.
Satisfação no Trabalho	4	3,37 ± 0,75	Não sofre alterações.
Insegurança Laboral	1	3,13 ± 1,47	Não sofre alterações.
Saúde Geral	1	3,44 ± 0,91	Não sofre alterações.
Conflito Trabalho-Família	3	2,67 ± 1,05	O número de itens aumenta para 6. O item 64 é retirado e são introduzidos 3 novos itens.
Problemas em Dormir	2	2,46 ± 1,05	Não sofre alterações.
Burnout	2	2,70 ± 0,97	Não sofre alterações.
Stress	2	2,70 ± 0,90	Não sofre alterações.
Sintomas Depressivos	2	2,35 ± 0,91	Não sofre alterações.
Comportamentos Ofensivos	4	1,23 ± 0,48	Não sofre alterações.

#### 4. Considerações Finais

Dado que os sistemas de Gestão da Saúde e Segurança do Trabalho devem integrar a Gestão dos Riscos Psicossociais, são necessários instrumentos que permitam dar resposta às várias etapas do processo de avaliação e monitorização dos riscos, e equipas multidisciplinares que assegurem competências específicas para as diversas áreas de intervenção em Saúde Ocupacional. O COPSOQ tornou-se um instrumento útil para a avaliação dos factores de risco psicossocial, de utilização generalizada, adaptado para várias línguas e o seu desenvolvimento e evolução assenta no trabalho de investigação realizado nos vários países e pela rede de colaboração internacional. Por conseguinte, a evolução do COPSOQ através das suas várias versões é sinal da dinâmica de aplicabilidade prática complementar à investigação, que contribui para a melhoria contínua das suas características. Neste sentido, pela mesma equipa que efetuou a validação para o COPSOQ II está em curso a validação para a população Portuguesa do COPSOQ III.

#### 5. Referências

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2015). *Segundo Inquérito Europeu às Empresas sobre Riscos Novos e Emergentes - ESENER-2 - Sumário*. Luxemburgo: Serviço de Publicações da União Europeia. <http://doi.org/10.2802/36543>
- Almeida, L., & Freire, T. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (1ª). Coimbra: APPORT.
- Arsalani, N., Fallahi-Khoshknab, M., Ghaffari, M., Josephson, M., & Lagerstrom, M. (2011). Adaptation of questionnaire measuring working conditions and health problems among Iranian nursing personnel. *Asian Nursing Research*. <http://doi.org/10.1016/j.anr.2011.09.004>
- Aust, B., Rugulies, R., Skakon, J., Scherzer, T., & Jensen, C. (2007). Psychosocial work environment of hospital workers: Validation of a comprehensive assessment scale. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 814–825. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.01.008>
- Burr, H., Hasselhorn, H. M., Kersten, N., Pohrt, A., & Rugulies, R. (2009). Does age modify the association between psychosocial factors at work and deterioration of self-rated health? *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35(1), 1–80. <http://doi.org/10.5271/sjweh.3648>
- Camerino, D., Conway, P. M., Fattori, A., Cassito, M. G., Punzi, S., Fichera, G. P., ... Campanini, P. (2014). Context specificity in the assessment of psychosocial risk at work: an empirical study on Italian call centre workers. *La Medicina Del Lavoro*, 105(2), 130–138.
- Cardoso, C., Cotrim, T. P., Silva, C. F., Cardoso, C., Rebelo, F., & Silva, C. F. (2013). Comparing Work Ability and Psychosocial Factors among Workers from Municipal Services and a Control Center. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 16.

- Collins, J. D., & O'Sullivan, L. W. (2015). Musculoskeletal disorder prevalence and psychosocial risk exposures by age and gender in a cohort of office based employees in two academic institutions. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 46, 85–97. <http://doi.org/10.1016/j.ergon.2014.12.013>
- Costa, L. S., & Santos, M. (2013). Factores Psicossociais de Risco no Trabalho: Lições Aprendidas e Novos Caminhos. *International Journal on Working Conditions*, (5), 39–58.
- Cotrim, T., Carvalhais, J., Neto, C., Teles, J., Noriega, P., & Rebelo, F. (2017). Determinants of sleepiness at work among railway control workers. *Applied Ergonomics*. <http://doi.org/10.1016/j.apergo.2016.07.006>
- Dupret, E., Bocerean, C., Teherani, M., Feltrin, M., & Pejtersen, J. H. (2012). Psychosocial risk assessment: French validation of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ). *Scandinavian Journal of Public Health*. <http://doi.org/10.1177/1403494812453888>
- EU-OSHA. (2014a). *Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks*. *Www.Healthy-Workplaces.Eu*. <http://doi.org/10.2802/20493>
- EU-OSHA. (2014b). *Psychosocial Risks in Europe - Prevalence and Strategies for Prevention*. <http://doi.org/10.2806/70971>
- Fernandes, C., & Pereira, A. (2016). Exposure to psychosocial risk factors in the context of work: a systematic review. *Revista de Saúde Pública*, 50(24), 1–14. <http://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006129>
- Fernández-Prada, M., González-Cabrera, J., Iribar-Ibabe, C., & Peinado, J. M. (2017). Riesgos psicosociales y estrés como predictores del burnout en médicos internos residentes en el Servicio de Urgencias. *Gaceta de Mexico*, 153(4). <http://doi.org/10.24875/GMM.17002395>
- Fuß, I., Nübling, M., Hasselhorn, H.-M., Schwappach, D., & Rieger, M. A. (2008). Working conditions and Work-Family Conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health*, 8(353). <http://doi.org/10.1186/1471-2458-8-353>
- Gomes, A., Bem-Haja, P., Alberty, A., Brito-Costa, S., Fernández, M. I. R., Silva, C., & Almeida, H. de. (2015). Capacidade Para O Trabalho E Fatores Psicossociais De Saúde Mental: Uma Amostra De Profissionais De Saúde Portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology - INFAD Revista de Psicología*, 2(1), 95–104. <http://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.326>
- Ilić, I., Arandjelović, M., Jovanović, J., & Nešić, M. (2017). Relationships of work-related psychosocial risks, stress, individual factors and burnout – Questionnaire survey among emergency physicians and nurses. *Medycyna Pracy*, 68(2), 167–178. <http://doi.org/10.13075/mp.5893.00516>
- Kiss, P., De Meester, M., Kruse, A., Chavée, B., & Braeckman, L. (2013). Comparison between the first and second versions of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire: Psychosocial risk factors for a high need for recovery after work. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. <http://doi.org/10.1007/s00420-012-0741-0>
- Kristensen, T. S. (2010). A questionnaire is more than a questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(3\_suppl), 149–155. <http://doi.org/10.1177/1403494809354437>
- Kristensen, T. S., Borg, V., & Hannerz, H. (2002). Socioeconomic status and psychosocial work environment: results from a Danish national study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30(41). <http://doi.org/10.1177/14034948020300030701>
- Kristensen, T. S., 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 Work, Environment and Health*, 31(6), 438–449. <http://doi.org/10.5271/sjweh.948>
- Leijten, F. R. M., van den Heuvel, S. G., van der Beek, A. J., Ybema, J. F., Robroek, S. J. W., & Burdorf, A. (2015). Associations of Work-Related Factors and Work Engagement with Mental and Physical Health: A 1-Year Follow-up Study Among Older Workers. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(1), 86–95. <http://doi.org/10.1007/s10926-014-9525-6>
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2003). *Work, Organization & Stress*. Geneva: WHO.

- Liang, Y.-Z., Chu, X., Meng, S.-J., Zhang, J., Wu, L.-J., & Yan, Y.-X. (2018). Relationship between stress-related psychosocial work factors and suboptimal health among Chinese medical staff: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(3), e018485. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018485>
- Mc Carthy, V. J. C., Perry, I. J., & Greiner, B. A. (2014). Job control and ambulatory blood pressure. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 40(5), 457–464. <http://doi.org/10.5271/sjweh.3435>
- 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*. <http://doi.org/10.1177/1403494809353825>
- Moncada, S., Utzet, M., Molinero, E., Llorens, C., Moreno, N., Galtés, A., & Navarro, A. (2014). The copenhagen psychosocial questionnaire II (COPSOQ II) in Spain-A tool for psychosocial risk assessment at the workplace. *American Journal of Industrial Medicine*. <http://doi.org/10.1002/ajim.22238>
- Neto, H. V. (2014). Metodologias agregadas de avaliação de riscos psicossociais: o caso FPSICO e do QARPIS. In H. V. Neto, J. Areosa, & P. Arezes (Eds.), *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho* (pp. 294–316). Porto: Civeri Publishing.
- Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H.-M., Michaelis, M., & Hofmann, F. (2006). Measuring psychological stress and strain at work - Evaluation of the COPSOQ Questionnaire in Germany. *Psycho-Social Medicine*, 3, Doc05. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19742072%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2736502>
- Nübling, M., Vomstein, M., Schmidt, S. G., Gregersen, S., Dulon, M., & Nienhaus, A. (2010). Psychosocial work load and stress in the geriatric care. *BMC Public Health*, 10(428), 1–12. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-10-428>
- Nuebling, M., Seidler, A., Garthus-Niegel, S., Latza, U., Wagner, M., Hegewald, J., ... Letzel, S. (2013). The Gutenberg Health Study: measuring psychosocial factors at work and predicting health and work-related outcomes with the ERI and the COPSOQ questionnaire. *BMC Public Health*, 13, 1. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-538>
- Pejtersen, J. H., Kristensen, T. S., Borg, V., & Bjorner, J. B. (2010). The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(Suppl 3), 8–24. <http://doi.org/10.1177/1403494809349858>
- Pournik, O., Ghalichi, L., TehraniYazdi, A., Tabatabaee, S. M., Ghaffari, M., & Vingard, E. (2015). Measuring psychosocial exposures: Validation of the Persian of the copenhagen psychosocial questionnaire (COPSOQ). *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 29(1).
- Silva, C., Amaral, V., Pereira, A., Bem-Haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., ... Nossa, P. (2012). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire - COPSOQ - Portugal e países africanos de língua oficial portuguesa*. (C. Fernandes da Silva, Ed.) (1st ed.). Universidade de Aveiro.
- Silva, C. F., Bem-Haja, P., Amaral, V., Pereira, A., Pereira, A. M., Cotrim, T. P., ... Rodrigues, V. (2014). Versão Portuguesa do Copenhagen Psychosocial Questionnaire - COPSOQ II. In H. V. Neto, J. Areosa, & P. Arezes (Eds.), *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho* (pp. 347–365). Porto: Civeri Publishing.
- Silva, C. F., Pereira, A., Amaral, V., Rodrigues, V., Silverio, J., Nossa, P., ... Cotrim, T. (2010). THE PORTUGUESE VERSION OF COPENHAGEN PSYCHOSOCIAL QUESTIONNAIRE. *International Journal of Behavioral Medicine*. Retrieved from [http://gateway.webofknowledge.com/gateway/Gateway.cgi?GWVersion=2&SrcAuth=ORCID&SrcApp=OrcidOrg&DestLinkType=FullRecord&DestApp=WOS\\_CPL&KeyUT=WOS:000280088500583&KeyUID=WOS:000280088500583](http://gateway.webofknowledge.com/gateway/Gateway.cgi?GWVersion=2&SrcAuth=ORCID&SrcApp=OrcidOrg&DestLinkType=FullRecord&DestApp=WOS_CPL&KeyUT=WOS:000280088500583&KeyUID=WOS:000280088500583)
- Thorsen, S. V., & Bjorner, J. B. (2010). Reliability of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(3\_suppl), 25–32. <http://doi.org/10.1177/1403494809349859>
- Wahrendorf, M., & Siegrist, J. (2014). Proximal and distal determinants of stressful work: Framework and analysis of retrospective European data. *BMC Public Health*, 14(1), 1–12. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-14-849>