

Ana Galvão
Bruno Magalhães

Gestão de contextos de trabalho seguros, saudáveis e felizes
Meu trabalho... minha saúde...

Chiado Books – Chiado Grupo Editorial
2024

Gestão de contextos de trabalho seguros, saudáveis e felizes

Meu trabalho... minha saúde...

Coordenação:

Ana Galvão, Instituto Politécnico de Bragança; UICISA: E

Bruno Magalhães, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; RISE-Health Research Network

Prefácio:

Pedro Pita Barros, NovaSBE – Universidade Nova de Lisboa

Revisores:

Clarisse Pais, Instituto Politécnico de Bragança

Marco Pinheiro, ISCTE-IUL; bten - business & technology experts' network

Autores:

Afonso Gouveia	Helena Canhão	Mário Caldeira Dias
Alcina Nunes	Isabel Fragoeiro	Maria José Gomes
Alexandra R. Costa	Isabel Nunes	Maria Santos Silva
Ana Cerqueira	Isabel Torres	Marta Paulo
Ana Galvão	João Areosa	Miguel Pereira Leite
Ana Maria Pereira	João Paulo Almeida	Miguel Xavier
Ana Paula Moreira	João Tavares	Olga Moura Ramos
Bruno Magalhães	José António Pinho	Patrícia Maria Pires
Bruno Teixeira	Jorge Lameiras	Pedro M. Rodrigues
Carla Sílvia Fernandes	José L. Pais Ribeiro	Pedro Melo
Cecília Colunga-Rodríguez	Julio César Vázquez-Colunga	Pedro Moura
Cristiana do Nascimento	Liliana Sousa	Raul F. Bartolomeu
Cristina Augusto	Manuela Faia Correia	Rui Pimenta
Cristina Pereira	Manuela Frederico	Rodrigo Fernandes
Cristina Vaz de Almeida	Marco Pinheiro	Sara Gomes
Emília Telo	Márcia Leite	Sara Guerra
Eugénia Anes	Margarida Alvarenga	Saul Jesus
Fábio Botelho-Guedes	Margarida Gaspar de Matos	Tatiana Casado
Fernando Pereira	Maria Assunção Nogueira	Tânia Gaspar
	Maria do Céu Machado	Telma Filipa Pires

ISBN: 9789403720470

© 2023 - Todos os direitos estão reservados, não sendo permitida a reprodução total ou parcial desta edição, seja por meio eletrónico, mecânico, fotocópia ou outros, sem prévia autorização escrita dos detentores dos direitos de autor.

Prefácio

Pedro Pita Barros

Nova SBE – Universidade Nova de Lisboa

A promoção do bem-estar e saúde mental dos trabalhadores ganhou uma atenção renovada com a pandemia da COVID-19, acelerando uma tendência vinda de anos anteriores. Esta preocupação chegou a Portugal, como é natural que suceda.

A presente obra consolida visões e experiências neste campo. Cobre diferentes áreas, e com a diversidade presente permite um conhecimento rico e repleto de complementaridades.

Um elemento muito relevante dos múltiplos textos é a visão ampla – o bem-estar e saúde mental dos trabalhadores são vistos como um problema da organização e não unicamente como um problema individual do trabalhador.

É do que a presença de doença mental num trabalhador, e em que a própria doença mental tende a perder o estigma associado a essa situação tão frequente no passado.

Os diversos textos espelham bem este alargar de perspetiva e de responsabilidade da organização. A identificação de fatores de ambiente positivos (e negativos) para a saúde mental e bem-estar dos trabalhadores numa organização, a promoção do seu bem-estar, conceito mais geral que a ausência de doença mental, e responsabilização das lideranças das organizações são claramente discutidas como características das modernas práticas de gestão.

Adicionalmente, a situação individual de um trabalhador que sinta uma deterioração da sua saúde mental tem de receber, crescentemente, respostas quer inicialmente na própria organização, quer, quando necessário, no encaminhamento do trabalhador para apoio especializado. E, por fim, há a considerar o pós-episódio de doença mental de um trabalhador, quer do ponto de vista do trabalhador quer do ponto de vista da organização. Podemos pensar em seis etapas relevantes, que operam a nível da organização e a nível do indivíduo: promoção de bem-estar e saúde mental, identificação de potenciais aspetos positivos e negativos no ambiente da organização; procura de auxílio por parte do trabalhador; apoio e encaminhamento para atenção especializada; recuperação do bem-estar e saúde mental; regresso pleno à organização (de forma produtiva). A estas diferentes etapas e momentos correspondem diversas possibilidades de intervenção e atuação.

Os textos presentes neste livro centram-se na organização (empresa ou outra) e na forma como pode promover o bem-estar e a saúde mental, no que são elementos que favorecem ou antagonizam os trabalhadores no seu bem-estar e saúde mental.

A Introdução do livro estabelece de forma feliz o contexto global, bem sumariado na afirmação que a encerra: a “relação [positiva] entre gestão do capital humano e gestão da promoção da saúde é uma relação provável”.

Os diversos textos desdobram-se por vários temas, oferecendo uma grande diversidade de ideias, estruturadas em três grandes áreas naturais – o contexto laboral, intervenções e casos práticos. Esta divisão em áreas não implica que sejam estanques, e textos em diferentes áreas partilham preocupações e argumentos.

Um ponto de partida comum, explícito ou implícito, está nas vantagens de maior bem-estar e melhor saúde mental (e física) dos trabalhadores para as organizações, que incluem maior lealdade, maior compromisso com a organização, mais criatividade, melhor desempenho e maior produtividade (capítulos 1, 6, 7). Daqui, é fácil passar à discussão da importância da liderança nas organizações como elemento de construção de espaços de trabalho saudáveis, promotores do bem-estar dos trabalhadores (capítulos 1, 6, 10). A liderança deverá construir “organizações alfabetizadas em saúde” (capítulo 21), com o desenvolvimento da literacia em saúde dentro da organização, para que seja possível construir locais de trabalho que sejam favoráveis a maior bem-estar.

A evolução das características dos empregos, com a transição de trabalho físico (material) para trabalho intelectual (imaterial), incluindo aspetos de criatividade e cooperação, traduz-se também num maior papel da saúde mental (capítulo 2). A crescente digitalização dos locais de trabalho leva a desafios novos no campo da saúde mental, ainda que reduzam outros, por exemplo do ponto de vista das relações (capítulo 3) e com a automação de tarefas digitais (capítulo 15). Surgiram preocupações crescentes com o equilíbrio entre vida pessoal e profissional (capítulos 5, 12, 10, 28).

O bem-estar e a saúde mental podem ser, implicitamente, representados por um stock de saúde que se desgasta durante o dia de trabalho, e que é recuperado com atividades de lazer físicas, sociais e de baixo esforço (capítulo 12), enquanto as atividades relacionadas com o trabalho diminuem essa recuperação. Fica em aberto o que sucede quando estas atividades

(eventualmente) de recuperação são organizadas pelas organizações, pelos empregadores.

Preocupações específicas, como o stress, a depressão e o *burnout*, estão presentes em vários capítulos, associadas à necessidade de estratégias organizacionais que as evitem, preferível à alternativa de encontrar formas de as compensar (capítulo 7, 12, 17, 19) ainda que práticas de *mindfulness* (atenção plena) sejam defendidas como uma forma fácil e de baixo custo de ter um fator positivo e favorável a maior bem-estar no local de trabalho (capítulos 13, 18).

Há diversas intervenções, dentro das organizações, que têm como objetivo conseguir maior bem-estar e melhor saúde mental dos trabalhadores. Sendo impossível uma exaustividade total, são discutidas várias intervenções. Uma preocupação comum é a redução de riscos no ambiente laboral (capítulos 7, 22, 10), e uma intervenção tratada é a medição exposição a riscos ambientais e sociais (capítulo 22), eventualmente através de sensores ambientais e fisiológicos, gerando a necessidade de equilíbrio entre princípios éticos, questões legais de proteção da privacidade e proteção do bem-estar e da saúde mental que se consegue alcançar (capítulo 22).

Aspetos específicos tratados no livro são a) a promoção do envelhecimento saudável nos locais de trabalho, ou seja, a criação de ambientes de trabalho saudáveis e adaptados aos idosos (capítulo 26), b) o trabalho em unidades de saúde, em cuidados paliativos (capítulo 23), que levanta desafios particulares, c) em instituições do ensino superior (capítulo 28), com a proposta de uso de metodologias de cocriação também na construção de contextos laborais mais saudáveis, d) os riscos das consequências físicas do sedentarismo, nomeadamente problemas músculo-esqueléticos, e o papel de intervenções específicas, como atenção à ergonomia e elementos simples como o uso de mesas de pé (capítulos 16, 20); e) a importância da promoção de uma alimentação saudável no local de trabalho, com um papel ativo para nutricionistas (capítulo 9); f) o que pode ser conseguido com o desenvolvimento de “comunidades de trabalho” (capítulo 8); g) ações de saúde ocupacional, com análise de um caso concreto (capítulo 11).

Este livro transmite um conjunto importante de ideias e de experiências reais para que as organizações, designação genérica que abrange empresas e outras entidades públicas e privadas, reconheçam a importância e consigam fazer uma transição para ambientes de trabalho que levem a maior bem-estar e melhor saúde mental de quem lá trabalha. Como se torna mais claro depois da leitura desta obra, os caminhos para essa transição são múltiplos,

oferecendo a cada organização a possibilidade de encontrar o que mais se adapta às suas circunstâncias.

Em suma, a presente obra sublinha a importância da promoção do bem-estar e saúde mental dos trabalhadores nas organizações, dando destaque à responsabilidade organizacional. Abordando um amplo leque de estratégias práticas e intervenções, desde a identificação de fatores ambientais até ao apoio especializado, o livro oferece um guia abrangente para a criação de ambientes de trabalho saudáveis. A melhoria do bem-estar e saúde mental dos trabalhadores não só beneficia os indivíduos, mas também aumenta a produtividade e eficácia das organizações, destacando-se a interdependência entre o sucesso da organização e a saúde mental dos trabalhadores.

São, por isso, devidas felicitações a quem coordenou e a quem partilhou o seu conhecimento nesta obra!

Índice

Prefácio	4
Pedro Pita Barros	
Índice	8
Introdução	11
¹ Ana Galvão & ² Sílvia Ala	
Gestão do Capital Humano nas Organizações	14
¹ Ana Galvão, ² Fernando Pereira, & ³ Marco Pinheiro	
Contextos de trabalho na modernidade líquida	24
João Areosa	
Trabalho Seguro e Saudável na era digital	39
¹ Emília Telo & ¹ Isabel Nunes	
Organização do espaço de trabalho – Teoria dos 5S	62
¹ Telma Filipa Pires, ² Bruno Magalhães, ¹ Marta Paulo, & ¹ Patrícia Maria Pires	
Reflexões sobre a felicidade no local de trabalho no contexto da economia da felicidade	78
Alcina Nunes	
Empenhamento Organizacional	94
¹ Manuela Frederico & ² Eugénia Anes	
Laboratório Português de Ambientes de Trabalho Saudáveis: Modelo Multidimensional de Diagnóstico, Monitorização e Intervenção	102
Tânia Gaspar, Maria do Céu Machado, Miguel Xavier, Saul Jesus, José Luís Pais Ribeiro, Manuela Faia Correia, Mário Caldeira Dias, João Areosa, Fábio Botelho-Guedes, Ana Cerqueira, Helena Canhão, & Margarida Gaspar de Matos	
Gestão da Saúde na comunidade laboral: uma perspetiva ecossistémica	123
Pedro Melo	
Promoção da alimentação saudável no local de trabalho	135
¹ Ana Maria Pereira, ² Rodrigo Fernandes, & ³ Jorge Lameiras	
Ambientes de trabalho saudáveis nas organizações de saúde	160
¹ Olga Moura Ramos, ² Cristina Augusto, & ³ Maria José Gomes	
Riscos psicossociais em contexto laboral	169

Pedro Moura & Afonso Gouveia

Perspetivas psicológicas sobre a recuperação do trabalho	187
--	-----

¹Alexandra R. Costa & ²Isabel Torres

Boas práticas: gestão da saúde mental e bem-estar em contexto laboral, programa [PSMBE]	198
---	-----

Cristiana do Nascimento, S. Dias, & C. Lomba

Stresse em profissionais de unidades de cuidados de saúde	209
---	-----

José L. Pais Ribeiro

A Automação Robótica de Processos como catalisador de felicidade no local de trabalho	222
---	-----

Marco Pinheiro

Gestão do exercício físico em contexto laboral - a ginástica laboral - uma abordagem pragmática	230
---	-----

Pedro M. Rodrigues & Raul F. Bartolomeu

Programas de intervenção em contexto laboral para redução dos riscos psicossociais	257
--	-----

Cristina Pereira

Mindfulness em contexto laboral: proposta de um programa baseado em mindfulness para a redução do stress ocupacional	268
--	-----

Bruno Teixeira

Salud mental positiva ocupacional: propuesta de un modelo teórico multidimensional para abordar la promoción de la salud mental en ambientes laborales	286
--	-----

Julio César Vázquez-Colunga & Cecilia Colunga-Rodríguez

Programas multifatoriais para prevenção de lesões músculo esqueléticas relacionadas com o trabalho	298
--	-----

¹Carla Sílvia Fernandes & ²Bruno Magalhães

Boas Práticas de literacia em saúde e comportamentos salutogénicos nos locais de trabalho	308
---	-----

Cristina Vaz de Almeida & Isabel Fragoeiro

Tecnologias e segurança no trabalho	322
---	-----

¹Bruno Magalhães, ²Ana Paula Moreira, & ³Carla Sílvia Fernandes

A importância da liderança na saúde e para a saúde dos trabalhadores...	332
---	-----

¹Cristina Augusto, ²Olga Ramos, ³Maria Assunção Nogueira, & ⁴Maria José Gomes

Avaliação da autonomia funcional após internamento em unidade de cuidados intensivos	341
--	-----

¹Maria do Carmo da Piedade dos Santos Silva, ¹Rui da Assunção Esteves Pimenta, & ²José António Pinho

Trabalhar em Cuidados Paliativos: em prol do trabalho em equipa.....	358
--	-----

¹Margarida Alvarenga & ²Sara Gomes

Gestão de contextos de trabalho saudáveis e envelhecimento.....	369
---	-----

¹João Tavares, ²Liliana Sousa, ³Sara Guerra, & ⁴Tatiana Casado

Enquadramento legal em ambiente laboral - Análise crítica à legislação portuguesa na área da Segurança e Saúde no Trabalho, Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais.....	384
--	-----

¹Márcia Lemos & ²Miguel Pereira Leite

Processos de co criação como ferramenta transformadora nos contextos educacionais	402
---	-----

¹Fernando Pereira & ²João Paulo Almeida

Introdução

¹Ana Galvão & ²Sílvia Ala

¹Instituto Politécnico de Bragança; UICISA: E

²Instituto Politécnico de Bragança

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera um ambiente de trabalho saudável: “aquele em que os trabalhadores e gestores colaboram entre si num processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho” (WHO, 2010, p. 6). Esta sustentabilidade refere-se à manutenção contínua de condições e hábitos que promovem a saúde e bem-estar no ambiente psicossocial de trabalho, como: infraestrutura adequada; incentivo à preservação da saúde física e mental; conforto; suporte emocional; ética; respeito; diversidade; inclusão; comunicação clara e reconhecimento (WHO, 2010).

A OMS no Modelo Global para Ambientes de Trabalho Saudáveis, considera o ambiente físico de trabalho e psicossocial, os recursos para a saúde pessoal e o envolvimento da organização na comunidade, estando sempre presente com o compromisso da liderança, a participação ativa do trabalhador e o respeito pelos valores e a ética. O processo implica um ciclo de atividades, nomeadamente mobilizar, reunir, diagnosticar, priorizar, planejar, executar, avaliar, melhorar e assim sucessivamente (Figura 1).



Figura 1 - Modelo de ambientes de trabalho saudáveis. Adaptado de: WHO. (2010). *Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners*.

Em 2008, teve lugar na Coreia do Sul o XVIII Congresso sobre Segurança e Saúde no Trabalho, resultando uma declaração sobre Segurança e Saúde Ocupacional, a qual afirma que “um ambiente de trabalho seguro e saudável é um direito humano fundamental” (Internation Labour Organization, 2008, p. 2). A Agenda 2030 identifica os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, incluindo no 8º objetivo “Proteger os direitos do trabalho e promover ambientes de trabalho seguros e protegidos para todos os trabalhadores” (United Nations, 2015, p. 24).

Assinala-se a nível mundial desde 1996, o dia 28 de Abril como o Dia Mundial da Segurança e Saúde no Trabalho, tendo como objetivo chamar a atenção da sociedade para a importância da prevenção dos riscos profissionais, proporcionando uma oportunidade de reflexão sobre a necessidade da prevenção como única estratégia de garantir a segurança e a saúde nos locais de trabalhos e evitar a ocorrência de acidentes de trabalho e doenças profissionais. No sentido de evidenciar os custos associados a problemas de saúde psicológica no trabalho, a Ordem dos Psicólogos Portugueses disponibilizou o documento "Prosperidade e Sustentabilidade das Organizações – Relatório do Custo do Stresse e dos Problemas de Saúde Psicológica no Trabalho" (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2020). Menciona o documento citado que os custos subiram mais de 60% nos últimos dois anos (5,3 mil milhões), representando um valor equivalente ao que o governo gastou em 2021 em medidas para mitigar os impactos da pandemia COVID_19. Acrescenta que do ponto de vista económico, os problemas de saúde psicológica no trabalho acarretam custos significativos para os empregadores e para as organizações. Os custos indiretos, nomeadamente o burnout, o absentismo, o presentismo e a perda de produtividade, representam a maior parte do total destes custos.

Um ambiente de trabalho seguro e saudável é essencial para que as pessoas se sintam felizes e desejem permanecer nele, o que se traduz na redução de gastos e rotatividade de funcionários e num aumento da produtividade. O mesmo é fonte de desenvolvimento pessoal, reforça as competências e as capacidades individuais e contribui para o desenvolvimento do potencial de saúde e bem-estar do trabalhador e seus fatores de proteção.

Atualmente encontramos-nos perante uma volatilidade tanto ao nível das características do mercado do trabalho como das expectativas das diferentes gerações *Baby Boomers*, X, Y, Z que hoje integram o quadro de colaboradores nas organizações. Aqui destacamos um perfil de liderança positiva e também a presença de psicólogos do trabalho como facilitadores junto das equipas.

Este livro inserido na área da gestão do capital humano, integra estratégias específicas, promotoras da saúde e do bem-estar dos colaboradores. Como por exemplo o desenvolvimento do capital humano nas organizações; programas de redução do stress ocupacional; prevenção de riscos psicossociais; programas de exercício físico em contexto laboral; o recurso à co criação com o objetivo de gerar valor nas organizações aumentando a satisfação e o bem estar dos colaboradores e consequentemente a produtividade.

Efetivamente este é um livro disruptivo na medida em que aborda a gestão do capital humano em contexto laboral direcionado para a gestão do bem-estar geral e felicidade. Acreditamos que a relação entre gestão do capital humano e gestão da promoção da saúde é uma relação provável!

Referências

- Gaspar, T., Correia, M., Machado, M. do C., Xavier, M., Guedes, F. B., Ribeiro, J. P., & de Matos, M. G. (2022). Ecossistemas dos Ambientes de Trabalho Saudáveis (EATS): Instrumento de Avaliação dos Healthy Workplaces. *Psicologia, Saúde & Doença*, 23(01), 253–269.
- International Labour Organization. (2008). Seoul Declaration on safety and health at work.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020). *Prosperidade e sustentabilidade das organizações. Relatório do custo do stresse e dos problemas de saúde psicológica no trabalho, em Portugal*.
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. <https://doi.org/10.1201/b20466-7>
- WHO. (2010). *Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners*.

Gestão do Capital Humano nas Organizações

¹Ana Galvão, ²Fernando Pereira, & ³Marco Pinheiro

¹Instituto Politécnico de Bragança; UICISA: E

²Instituto Politécnico de Bragança; CIIE da FPCEUP

³ISCTE-IUL; bten - business & technology experts' network

A gestão do capital humano nas organizações refere-se às estratégias e práticas utilizadas para gerir os recursos humanos que trabalham numa empresa. Isto inclui o recrutamento e seleção; o treino e o desenvolvimento (melhorar habilidades e competências); a gestão do desempenho (avaliar o desempenho dos colaboradores regularmente para identificar pontos fortes e fracos, estabelecer metas realistas e fornecer feedback para melhorias contínuas) e a retenção de colaboradores, através de uma cultura organizacional positiva e de apoio que ajuda a motivar e a aumentar a satisfação no trabalho.

A gestão do capital humano é importante porque as pessoas são a principal fonte de valor e vantagem competitiva para uma empresa. Uma equipa altamente qualificada e motivada pode impulsionar a inovação, melhorar a produtividade e aumentar a satisfação do cliente. Por outro lado, a má gestão do capital humano pode levar a elevados níveis de rotatividade dos colaboradores, baixa produtividade e resultados financeiros insatisfatórios.

Este capítulo pretende refletir sobre o impacto da prática da liderança transformacional e positiva no desenvolvimento e gestão do capital humano, no desempenho e no bem-estar dos colaboradores. Pretende também analisar as características necessárias ao novo líder que pratique uma liderança inclusiva e flexível, decorrente da diversidade de colaboradores.

A liderança transformacional

Na atualidade os líderes são desafiados a criar ambientes laborais que permitam que pessoas com origens e perfis diversos colaborem, aprendam e inspirem uns aos outros. Isso permitir-lhes-á criar relacionamentos positivos com uma variedade de colaboradores, demonstrando interesse, disponibilidade e acessibilidade (Hollander 2009) e Donaldson e Ko (2010), definem liderança positiva como a capacidade de liderar com ideias e pensamentos positivos para criar significado e valor positivos numa atmosfera positiva. Cameron et al. (2003) sugerem que a liderança positiva se concentra no desempenho positivo ou no desempenho bem-sucedido e é uma orientação

positiva e otimista. A liderança transformacional é considerada um tipo de liderança positiva.

De acordo com Headen (2013), o *engagement* comportamental positivo dos líderes promove o pensamento positivo, apoio aos membros, comunicação e colaboração eficazes, além de melhorar o clima e a cultura organizacional geral por meio da prática de comportamentos positivos.

Os líderes desempenham um papel importante nos processos de transformação subjacentes ao desenvolvimento do capital humano. Por vezes os próprios líderes precisam de desenvolver competências de autenticidade, confiança, transparência e positividade, por forma a serem facilitadores de um clima organizacional que promova nos colaboradores o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Assim, a prática de uma liderança transformacional e positiva, é um fator-chave no desenvolvimento e gestão do capital humano. Esta prática de liderança, requer uma mentalidade de abertura e investigativa.

A crença genuína e autêntica no valor dos colaboradores, a motivação e o desejo de desenvolver os pontos fortes e os recursos psicológicos dos colaboradores são necessários para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Em qualquer organização o tipo de prática de liderança desempenha um impacto significativo no desempenho dos colaboradores, bem como na sua satisfação pessoal e profissional.

Na atualidade a volatilidade e a incerteza caracterizam a realidade dos diversos contextos nos quais nos inserimos, destacando o contexto laboral. As organizações deparam-se com demandas constantes no sentido de se adaptarem aos novos desafios para darem resposta célere às exigências constantes do mercado em particular e da sociedade em geral. Nunca tanto se falou de inovação, de cocriação de investigação colaborativa. Estes processos são ferramentas que ajudam as organizações a reorganizar-se e a dar respostas em tempo útil. Todas estas mudanças refletem-se na forma como os recursos humanos são geridos e em particular no relacionamento interpessoal do líder com os colaboradores. Uma liderança positiva denota preocupação com os colaboradores, pois estes conseguem identificar no líder características humanistas, sentindo-se mais comprometidos com a organização. Neste sentido colocamos como questão: A liderança transformacional e positiva promove a qualidade de vida, o bem-estar e a felicidade dos colaboradores?

Este tipo de liderança, engloba as componentes: influência idealizada (atributos e comportamentos), motivação inspiradora, estimulação intelectual e consideração individualizada e caracteriza os líderes que inspiram confiança, motivam e estimulam o desenvolvimento pessoal dos seus colaboradores, são otimistas, criativos e encorajam a partilha de ideias inovadoras (Awdah Alatawi, 2017). Bass (1985, 1998), a propósito da Liderança Transformacional, descreveu quatro tipos de comportamento do líder, este é considerado carismático e inspirador, os seus colaboradores percebem-se motivados e inspirados, identificando-se com o seu líder, denominando-se por “influência nos ideais”. O líder inspira os colaboradores a atingirem objetivos ambiciosos, passíveis de serem concretizáveis, identificando assim como característica do líder a “motivação inspiradora”. Também desafia os colaboradores a experimentarem novos comportamentos e a procurarem novas soluções para resolver problemas antigos, denominando esta característica por “estimulação intelectual”. A quarta característica comportamental é demonstrar preocupação com as necessidades individuais, de crescimento e de desenvolvimento dos seus colaboradores, “consideração individualizada”. Os estudos empíricos evidenciam que algumas características do líder transformacional relacionam-se ao bem-estar dos colaboradores. Por exemplo, um líder transformacional ao evidenciar o comportamento de “consideração individualizada” demonstrando preocupação com as necessidades e sentimentos dos colaboradores, pode estar associado a respostas afetivas favoráveis, como por exemplo a satisfação no trabalho. O comportamento de “motivação inspiradora” pode aumentar a clareza da tarefa dos colaboradores e eliminar a incerteza e a ambiguidade, fornecendo um quadro de referência para descrever o desempenho esperado, que, por sua vez, está relacionado com níveis mais baixos de stress percebido no trabalho e menos sintomas de stress (Turner et al., 2002) e ainda níveis elevados de bem-estar no trabalho. Podsakoff et al. (1990) demonstraram que os comportamentos do líder transformacional influenciavam a satisfação no trabalho dos colaboradores.

Seltzer et al. (1989) realizaram uma pesquisa com alunos de MBA que trabalhavam em período integral e observou que os sintomas de stress e burnout poderiam ser atribuídos à falta de liderança transformacional. Densten (2005) numa amostra de gerentes seniores de uma organização policial australiana, chegou a conclusões semelhantes, o comportamento do líder transformacional pode reduzir os sintomas de stress e o esgotamento do trabalho dos subordinados.

A abordagem positiva em contexto organizacional, foca-se na dinâmica que leva ao desempenho individual e organizacional excecional, como o desenvolvimento da força humana, produção de resiliência e restauração e promoção da vitalidade. Integra uma variedade de características positivas, estados, processos, dinâmicas e resultados, todos relevantes para as organizações (Spreitzer & Cameron, 2012). O desenvolvimento dos pontos fortes dos recursos humanos positivamente orientados e as capacidades psicológicas podem ser desenvolvidas e efetivamente geridas para a melhoria do desempenho no local de trabalho. A liderança positiva e transformacional remete-nos para a autoeficácia, a convicção ou confiança do colaborador sobre as suas habilidades para mobilizar a motivação, os recursos cognitivos ou forças de ação necessários para executar, com sucesso, as tarefas específicas e atividades no contexto laboral. A ferramenta feedback tem um papel determinante em todo o processo, tendo impacto nas atitudes, comportamentos, desempenho e bem-estar dos colaboradores. A liderança positiva desenvolve a resiliência, a inaudita capacidade humana de adaptação positiva para superar adversidades ou fatores de risco, capitalizando recursos pessoais, sociais ou psicológicos (Donaldson & Ko, 2010).

O desenvolvimento e gestão do capital humano através da prática deste tipo de liderança, além de aumentar a produtividade, a satisfação, o *engagement* e o bem-estar dos colaboradores, promove ainda o comportamento ético e a responsabilidade social e torna o trabalho em geral um lugar mais significativo e civilizado onde as pessoas desejam estar.

O foco do desenvolvimento da teoria da liderança mudou da teoria da liderança centrada no líder para o modelo mental das expectativas que os colaboradores têm dos líderes e da prática de liderança. Na atualidade emerge a necessidade de uma prática de liderança inclusiva e flexível, decorrente da diversidade de colaboradores. Este perfil de novo líder irá ancorar em características de autenticidade, autoconsciência e autorregulação. Este estilo de liderança implica elevados padrões morais e éticos, influenciando os colaboradores através de atitudes positivas. Os líderes inclusivos criam relacionamentos de alta qualidade com os seus colaboradores exibindo “abertura, acessibilidade e disponibilidade” (Carmeli et al., 2010). É, portanto, uma liderança baseada no respeito e no bom relacionamento interpessoal.

Mais recentemente, apresentam-se como novas tendências da liderança: a liderança partilhada (Zhu et al., 2018), a e-liderança (Liu et al., 2018) e a liderança servidora (Santos, 2020). Em franca era digital, nos últimos anos do século XX, surge a e-liderança, como resposta ao processo de

internacionalização das empresas e à necessidade de reorganizar as estruturas organizacionais e os métodos de trabalho para dar respostas aos desafios impostos pelo contexto laboral (Paschoiotto et al., 2020). Este tipo de liderança foi fortemente influenciado pelas tecnologias de informação e comunicação (TIC), que permitiram esbater as barreiras temporais, físicas e culturais que pudessem existir entre os membros da equipa (Chamakiotis et al., 2021). Segundo Asatiani et al. (2021), a e-liderança descreve o processo de influência social mediado pelas TIC para produzir mudanças nas atitudes, comportamentos e no desempenho dos colaboradores que se encontram espacial e temporalmente distantes.

O que se espera do líder na liderança transformacional?

Existe unanimidade quanto ao facto de a liderança estar associada à capacidade do indivíduo para se motivar a si e aos outros com o objetivo de alcançar objetivos comuns (Ferreira & Sampaio, 2018). Para Santos (2020), a distinção entre as várias definições de liderança depende da ênfase que se atribui às características do líder, ao seu estilo comportamental, à racionalidade das suas propostas, à forma como apela aos fatores emocionais e ao seu papel no grupo. Efetivamente, apesar das diversas teorias sobre a prática de liderança não existe um consenso de conceitos, nem um estilo de liderança ideal, pelo que o líder deve praticar o estilo de liderança que melhor se adequa à situação, aos subordinados e às tarefas a executar, porque liderar significa inspirar, motivar e servir de exemplo aos demais (Israel, 2021).

O bem-estar dos colaboradores é um importante tópico a abordar quando falamos de gestão do capital humano no contexto de trabalho. Isto porque está em causa a produtividade e a felicidade dos colaboradores, o seu bem-estar é afetado não apenas pelo ambiente físico do trabalho, mas também pelo ambiente psicossocial do trabalho. O estilo de liderança e gestão é uma das quatro principais questões psicossociais do ambiente de trabalho e que são uma preocupação atual para o bem-estar e a saúde ocupacional dos colaboradores no local de trabalho do século XXI. O foco tem sido nos supervisores porque eles podem ser uma grande influência na vida profissional dos colaboradores, positiva ou negativamente, uma vez que os supervisores têm um grande impacto nas demandas de trabalho, controlo e suporte social (Gilbreath & Benson, 2004; Harris & Kacmar, 2006).

Argumenta-se que a liderança positiva, que compreende atitudes positivas de interesse genuíno, habilidades e confiança para inspirar colaboradores, tem

o potencial de elevar os mesmos a longo prazo em áreas como confiança, comprometimento e bem-estar. O estilo de liderança mais próximo da liderança positiva é a liderança transformacional, a prática da liderança positiva tem como objetivo major valorizar as forças pessoais e descobrir que fatores promovem a qualidade de vida, o bem-estar e a felicidade dos colaboradores. Este tipo de liderança propõe construir, nas organizações, uma gestão organizacional mais autêntica, com líderes mais autoconscientes e relações mais transparentes e éticas. O papel deste líder, será:

- influenciar positivamente os seus colaboradores;
- possuir boas competências comunicativas e de escuta ativa “ouvir com os olhos”;
- ser capaz de oferecer feedback positivo;
- ser flexível e criativo;
- saber delegar;
- ter habilidades de gestão de conflitos e stress no trabalho;
- evidenciar empatia com os seus colaboradores.

Espera-se do líder a sensibilidade para entender o mercado de trabalho atual e as expectativas das diferentes gerações: Baby Boomers, Z, Y, X e, que hoje integram o quadro de colaboradores nas organizações (Barkhuizen & Gumede, 2021; Cilliers, 2017; Moritsugu et al., 2019; Rothman, 2014). Estes colaboradores distinguem-se em comportamentos, crenças e costumes.

Em contexto laboral, para promover a comunicação e a interação saudável entre as gerações X, Y e Z, é necessário entender como cada uma se comporta e o qual o seu propósito pessoal e profissional.

A geração X prioriza a estabilidade financeira e carreira, valorizam a alta competitividade e o espírito empreendedor (Reynolds et al., 2008). Entendem a importância do equilíbrio entre trabalho e vida pessoal são mais resistentes a mudanças.

Os colaboradores da geração Y conhecidos como Millenials, são informais, movidos por desafios; priorizam as *soft skills*, sendo mais flexíveis a mudanças (Barkhuizen & Gumede, 2021; Gesellschaft für Konsumforschung, 2013); procuram o crescimento rápido, valorizam o feedback, são criativos, impulsionados pela inovação, por transformações e por experiências; são multitarefas, o que pode resultar numa identidade fragmentada, composta por referências múltiplas; entendem que a estabilidade financeira não é *status* mas sim uma forma de serem livres; apresentam um perfil marcado pela ansiedade (Barkhuizen & Gumede, 2021).

Os nativos digitais da Geração Z, também conhecidos como Centennials, estão constantemente conectados e nunca viveram num mundo sem computadores, internet ou smartphones (Cilliers, 2017; Rothman, 2014); talvez pela intensa conexão virtual, deparam-se com mais dificuldade no relacionamento interpessoal presencial, assim como na comunicação verbal e respetiva escuta ativa; são mais individualistas, com traços de personalidade fluídos, focados no constante autodesenvolvimento e acreditam na flexibilização das relações profissionais; para eles a carreira laboral não é o único caminho para o seu bem estar, visualizam-se em diferentes profissões ao longo da vida (Cilliers, 2017; Rothman, 2014; Serafin et al., 2020).

Compreender as particularidades das diferentes gerações no contexto de trabalho e, sobretudo, entender como explorar as potencialidades de cada uma, pode ser uma estratégia efetiva para obter sucesso no desempenho e no bem-estar dos colaboradores.

Para conciliar esta diversidade, de líderes e de colaboradores, a liderança deve ser capaz de se adaptar às circunstâncias e gerir conflitos, além de contribuir para o desenvolvimento de habilidades técnicas e comportamentais para cada membro da equipa (Barkhuizen & Gumede, 2021; Cilliers, 2017; Reynolds et al., 2008).

Um líder capaz de gerir o capital humano é aquele que exerce uma função ativa e acompanha as mudanças e tendências sociais. As organizações integram perfis diferentes de colaboradores; expectativas das diferentes gerações, Z, Y, X e Baby Boomers. Este líder trabalha também no aprimoramento do autodesenvolvimento.

Quando os colaboradores percecionam que a liderança demonstra interesse genuíno na promoção do seu bem-estar e contribui para a realização dos propósitos individuais, vão retribuir de forma positiva, com lealdade, *engagement*, criatividade, motivação e elevado desempenho, gerando assim resultados positivos.

As evidências demonstram benefícios da prática da liderança transformacional positiva na gestão do capital humano das organizações. Ao adotar a prática da liderança transformacional na gestão do capital humano, as organizações podem melhorar significativamente a sua capacidade de atrair, desenvolver e reter colaboradores talentosos e, deste modo, aumentar a sua competitividade e sucesso a longo prazo.

Referências

- Asatiani, A., Hämäläinen, J., Penttinen, E., & Rossi, M. (2021). Constructing continuity across the organisational culture boundary in a highly virtual work environment. *Information Systems Journal*, 31(1), 62–93.
<https://doi.org/10.1111/isj.12293>
- Awdah Alatawi, M. (2017). The Myth of the Additive Effect of The Transformational Leadership Model. *Contemporary Management Research*, 13(1), 19–30. <https://doi.org/10.7903/cmr.16269>
- Barkhuizen, N. E., & Gumede, B. (2021). The relationship between talent management, job satisfaction and voluntary turnover intentions of employees in a selected government institution. *SA Journal of Human Resource Management*, 19, 1–12.
<https://doi.org/10.4102/sajhrm.v19i0.1396>
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. Free Press.
- Bass, B. M. (1998). *Transformational leadership: Industrial, military, and educational impact*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Cameron, K. S., Dutton, J., & Quinn, R. (2003). An introduction to positive organizational scholarship. In K. S. Cameron, J. Dutton, & R. Quinn (Eds.), *Positive Organizational Scholarship* (pp. 3–13). Berret-Koehler.
- Carmeli, A., Reiter-Palmon, R., & Ziv, E. (2010). Inclusive leadership and employee involvement in creative tasks in the workplace: The mediating role of psychological safety. *Creativity Research Journal*, 22(3), 250–260.
<https://doi.org/10.1080/10400419.2010.504654>
- Chamakiotis, P., Panteli, N., & Davison, R. M. (2021). Reimagining e-leadership for reconfigured virtual teams due to Covid-19. *International Journal of Information Management*, 60(October 2020), 102381.
<https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2021.102381>
- Cilliers, E. J. (2017). The Challenge of Teaching Generation Z. *International Journal of Social Sciences*, 3(1), 188–198.
<https://doi.org/10.20319/pijss.2017.31.188198>
- Densten, I. L. (2005). The relationship between visioning behaviours of leaders and follower burnout. *British Journal of Management*, 16(2), 105–118.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8551.2005.00428.x>
- Donaldson, S. I., & Ko, I. (2010). Positive organizational psychology, behavior, and scholarship: A review of the emerging literature and evidence base. *Journal of Positive Psychology*, 5(3), 177–191.
<https://doi.org/10.1080/17439761003790930>

- Ferreira, R. M., & Sampaio, L. M. (2018). Liderança organizacional: uma estratégia eficaz para assegurar a sustentabilidade no negócio. *Revista Científica Fagoc Multidisciplinar*, III, 17–22.
- Gesellschaft für Konsumforschung. (2013). *Global Entrepreneurship Report - 2013*. www.gemconsortium.org
- Gilbreath, B., & Benson, P. G. (2004). The contribution of supervisor behaviour to employee psychological well-being. *Work and Stress*, 18(3), 255–266. <https://doi.org/10.1080/02678370412331317499>
- Harris, K. J., & Kacmar, K. M. (2006). Too much of a good thing: The curvilinear effect of leader-member exchange on stress. *Journal of Social Psychology*, 146(1), 65–84. <https://doi.org/10.3200/SOCP.146.1.65-84>
- Headen, M. D. (2013). *The Role of the Principal in the Implementation of Positive Behavioral Interventions and Supports in Exemplar Elementary Schools in North Carolina* [Doctoral Thesis]. North Carolina State University.
- Hollander, E. P. (2009). *Inclusive leadership: The essential leader-follower relationship*. Routledge.
- Israel, C. R. Q. (2021). Uma Análise sobre Liderança: da Teoria dos Traços à Liderança 4.0. *Revista Boletim Do Gerenciamento*, 24, 21–30.
- Liu, C., Ready, D., Roman, A., van Wart, M., Wang, X. H., McCarthy, A., & Kim, S. (2018). E-leadership: an empirical study of organizational leaders' virtual communication adoption. *Leadership and Organization Development Journal*, 39(7), 826–843. <https://doi.org/10.1108/LODJ-10-2017-0297>
- Moritsugu, J., Vera, E., Wong, F. Y., & Duffy, K. G. (2019). *Community Psychology*. Routledge. <https://doi.org/10.4135/9781412956321.n94>
- Paschoioto, W. P., Soares, S. V., & Lima, C. R. M. (2020). Mapeamento dos métodos quantitativos empregados na pesquisa sobre e- liderança em periódicos internacionais de alto impacto. *International Conference in Management and Accounting*, November, 1–20.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Moorman, R. H., & Fetter, R. (1990). Transformational leader behaviors and their effects on followers' trust in leader, satisfaction, and organizational citizenship behaviors. *The Leadership Quarterly*, 1(2), 107–142. [https://doi.org/10.1016/1048-9843\(90\)90009-7](https://doi.org/10.1016/1048-9843(90)90009-7)
- Reynolds, P. D., Gartner, W. B., Greene, P. G., Cox, L. W., & Carter, N. M. (2008). The Entrepreneur Next Door: Characteristics of Individuals Starting Companies in America: An Executive Summary of the Panel Study of Entrepreneurial Dynamics. Ssrn, May 2018. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1262320>

- Rothman, D. (2014). A Tsunami of Learners Called Generation Z. 1(1), 5.
http://www.mdle.net/Journal/A_Tsunami_of_Learners_Called_Generation_Z.pdf
- Santos, J. (2020). Liderança nas organizações. In A. Caetano, J. Neves, & J. Ferreira (Eds.), *Psicossociologia das organizações: fundamentos e aplicações* (pp. 357–379). Sílabo.
- Seltzer, J., Numerof, R. E., & Bass, B. M. (1989). Transformational leadership: Is it a source of more burnout and stress? *Journal of Health and Human Resources Administration*, 12(2), 174–185.
- Serafin, L., Danilewicz, D., Chyla, P., & Czarkowska-Pączek, B. (2020). What is the most needed competence for newly graduated generation z nurses? Focus groups study. *Nurse Education Today*, 94(August), 104583.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104583>
- Spreitzer, G. M., & Cameron, K. S. (2012). The Oxford handbook of positive organizational scholarship. In *The Oxford Handbook of Positive Organizational Scholarship*. Oxford Handbooks Online.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199734610.013.0063>
- Turner, N., Barling, J., & Zacharatos, A. (2002). Positive psychology at work. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 715–728). Oxford University Press.
- Zhu, J., Liao, Z., Yam, K. C., & Johnson, R. E. (2018). Shared leadership: A state-of-the-art review and future research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 39(7), 834–852. <https://doi.org/10.1002/job.2296>

Contextos de trabalho na modernidade líquida

João Areosa

Instituto Politécnico de Setúbal; CICS.NOVA

Introdução

A centralidade do trabalho na vida das pessoas é inquestionável. No entanto, esta mesma centralidade é ambivalente, dado que tanto pode acarretar aspetos positivos, como negativos. Para muitos trabalhadores o trabalho representa uma forma penosa de garantir a subsistência, relegando-os para a ultraperiferia da existência (Areosa, 2022). Neste texto, pretendemos traçar uma perspetiva crítica sobre o mundo atual, independentemente dos termos que possam ser usados para o caracterizar: modernidade tardia (Giddens, 1994), modernidade líquida (Bauman, 2001), pós-modernidade (Lyotard, 1986), sociedade do risco (Beck, 1992) ou modernização reflexiva (Beck, Giddens & Lash, 2000).

O universo laboral contemporâneo é uma miríade de novas e velhas formas de risco para os trabalhadores. As políticas de pendor neoliberal estão na origem de múltiplas condicionantes que degradam as relações de trabalho e a qualidade de vida das populações. Como toda a sua estratégia gira em torno do lucro, isso implica mais horas de trabalho, está na génese de um exército de desempregados, promove diferentes formas de precarização com salários desmesuradamente baixos, utiliza técnicas de gestão opressoras e elabora a organização do trabalho de um modo que corrói os laços de solidariedade entre trabalhadores (Gaulejac, 2007) e gera condições de trabalho, por vezes, degradantes, geradoras de mal-estar e potenciadoras de acidentes de trabalho ou doenças profissionais. Isto vai ao encontro daquilo que é defendido por Bauman (2001), em que o conceito de *modernidade líquida* indica que as relações económicas, sociais e de produção da nossa época são frágeis, fugazes, desestruturadas e maleáveis, como os líquidos. Deste modo, o contexto hodierno para os trabalhadores é profundamente desfavorável. Todavia, vale a pena olhar o último meio século para compreender melhor a situação atual.

Durante a década de 1970 foram geradas condições estruturais para iniciar a degradação dos ambientes de trabalho. Nesse período, a crise do capitalismo e do sistema produtivo esteve no âmago desta situação. As políticas neoliberais defendiam que o desenvolvimento e o crescimento económicos só seriam viáveis perante um aumento da competitividade e da concorrência no seio dos

mercados. Era apregoado que os países deveriam estimular a flexibilidade das relações de trabalho e de produção, num mundo cada vez mais globalizado. Aparentemente, a época de ouro do pós segunda guerra mundial, a qual estava alicerçada no crescimento económico (sempre positivo), no pleno emprego (ou perto disso), na paz social e no bem-estar social estava esgotado. O “novo” paradigma, baseado nas políticas neoliberais, pretendia desestabilizar a classe trabalhadora, as suas formas de organização social, particularmente ao nível sindical, bem como os seus mecanismos de proteções e direitos. A ideia de um emprego estável para toda a vida começava a desmoronar-se. Este cenário traduziu-se numa agenda que pretendia transferir os riscos e a insegurança apenas para o lado dos trabalhadores (Standing, 2014).

O resultado desta conjuntura gizada pelos ideais neoliberais abriu espaço para a emergência de um grupo de trabalhadores cada vez mais isolados, desprovidos de segurança, estabilidade e bem-estar. O desemprego foi crescendo e os designados empregos estáveis foram diminuindo e transformados em múltiplas formas atípicas de emprego, constituindo-se uma nova morfologia do trabalho ao nível global, caracterizada pelo trabalho subcontratado, precarizado, flexibilizado, intensificado, pelas formas de trabalho em *part time*, pelo empreendedorismo, “trabalho voluntário”, teletrabalho, estágios profissionais, ou ainda, pelo trabalho por plataformas (uberizado) (Areosa, 2021). A título de exemplo, cálculos efetuados nos Estados Unidos preconizam que os jovens com um nível médio de educação possam mudar de emprego 11 vezes durante a sua vida de trabalho; isto significa que a sua vida laboral está saturada de incertezas (Bauman, 2001).

Por oposição ao lado negativo do ambiente laboral, também existem fontes de satisfação, prazer e realização no trabalho, as quais são construídas, por exemplo, a partir do nível de autonomia no trabalho. O nível de autonomia depende do grau de liberdade detido pelo trabalhador para identificar os obstáculos e arduidades colocadas pelo trabalho, o uso da imaginação para conceber soluções, para as superar e estruturar o leque de possibilidade que tem para as aplicar por si (sem grandes constrangimentos às conceções que entende como válidas). O trabalho é realizado com maior agrado quando é executado com criatividade e quando é permitido ao trabalhador mobilizar vários recursos para ultrapassar as dificuldades. Contudo, no mundo hodierno, a organização do trabalho está profundamente construída de forma a limitar a autonomia dos trabalhadores. Mesmo aquelas profissões tendencialmente com elevados níveis de autonomia se veem sujeitas a múltiplos protocolos, normas, regras e procedimentos *standard* que têm de cumprir. Estes constrangimentos

ao trabalho-vivo são inibidores para o prazer potencialmente gerado pelo trabalho (Dejours, 2013). A organização do trabalho está em grande medida construída por decisões dos outros, e isso acaba por vulnerabilizar o trabalho enquanto fonte de emancipação, de estruturação da identidade e do próprio reconhecimento. Há uma crescente diluição do sentido e do significado atribuídos ao trabalho e isso vulnerabiliza a promoção da saúde por via do trabalho.

Metamorfose do universo laboral

Nas últimas décadas iniciou-se uma transição gradual do trabalho material para o trabalho imaterial. A predominância dos riscos inerentes ao trabalho físico tem vindo a ceder o seu lugar aos riscos do trabalho intelectual e relacional, impostos pelo trabalho não-material. Sabemos que os riscos ocupacionais são as pré-condições ou antecâmaras para a ocorrência de eventos negativos (Areosa, 2011). Sabemos também que os tipos de riscos ocupacionais associados ao trabalho material são naturalmente distintos dos riscos laborais do trabalho imaterial, bem como as respetivas consequências para a saúde dos trabalhadores. Com a passagem de um número significativo de trabalhadores do setor primário e secundário para o setor terciário - ou seja, do trabalho material para o imaterial - é suposto que se tenha modificado a tipologia de patologias laborais, nomeadamente em termos de doenças profissionais e acidentes de trabalho, pelo menos nas sociedades que sofreram de forma mais vincada essa alteração. Atualmente, na Grã-Bretanha, cerca de 83% da população ativa trabalha no setor dos serviços, quando até meados da década de 1960, 40% trabalhava no setor secundário e apenas 25% no setor terciário (Suzman, 2021). Vejamos agora o caso português. A tabela 1, apresentada abaixo, ilustra a transformação e evolução na sociedade portuguesa. Destaca-se que em 1974 os três grandes setores de atividade estavam relativamente equilibrados, em termos de distribuição da população ativa, enquanto em 2021 o desequilíbrio era bem notório: 2,7% no setor primário; 24,6% no setor secundário e 72,7% no setor terciário.

Tabela 1 - Evolução da população ativa portuguesa, por setor de atividade

Ano	Distribuição de população ativa portuguesa, por setores de atividade económica, em percentagem (%)		
	Primário	Secundário	Terciário
1974	34,9	33,7	31,4
1984	23,8	33,8	42,4
1994	11,8	32,6	55,6
2004	12,3	31	56,7
2014	3,7	25,1	71,1
2015	3,3	25,5	71,2
2016	3,2	25,5	71,3
2017	3	25,6	71,3
2018	3,1	25,6	71,3
2019	2,8	25,4	71,8
2020	2,8	25,5	71,8
2021	2,7	24,6	72,7

Fonte: PORDATA (2022).

É pertinente ter em conta que tanto no trabalho material (tendencialmente físico) como no trabalho imaterial (tendencialmente intelectual), além da energia física, o trabalhador faz igualmente uso dos seus saberes e experiências, da sua inteligência, da sua capacidade de análise e interpretação. Mas, o trabalho imaterial tem maior propensão para afetar a saúde mental dos trabalhadores (Areosa & Queirós, 2020). Para a realização do trabalho imaterial não são apenas necessárias as competências profissionais, são, sobretudo, necessárias as habilidades sociais, a mobilização das capacidades cognitivas, de improvisação e de cooperação, tendencialmente adquiridas fora do ambiente de trabalho. Neste sentido, Gorz (2005) preconiza que o tempo livre dos trabalhadores é colocado ao serviço da produção. O autor ainda observa que as empresas consideram “seu” esse “capital humano” que é, de facto, um recurso gratuito oferecido pelos trabalhadores. E sabemos que este “capital humano” é imprescindível para que haja êxito na produção.

Todavia, há um extenso leque de problemas associados ao trabalho imaterial, os quais são apresentados na citação seguinte: “Tratados juntos os diversos tipos de lesões por esforços repetitivos mais estresse, depressão, hipertensão e gastrite começa-se a obter um perfil dos problemas de saúde decorrentes da intensificação do trabalho imaterial. De alguma maneira, esse conjunto de condições negativas da saúde do trabalhador decorre de qualidades próprias do trabalho imaterial denso: tarefas que se repetem ininterruptamente por períodos prolongados, pressão sobre os trabalhadores

sob a forma de cobranças de resultados por chefes e administradores, pressão através das formas de controle sobre a quantidade e qualidade do trabalho realizado, pressão por parte das exigências da clientela que impõem um esforço mental e um controle emocional sobre-humanos e efeitos sobre o lado psíquico e relacional do trabalhador, que deixaram marcas sobre o corpo nas formas de tendinite, gastrite, hipertensões e que extrapolam o ambiente de trabalho com reflexo sobre a vida familiar e societária dos indivíduos” (Rosso, 2008: 145).

Ainda a propósito do trabalho no terceiro setor (trabalho imaterial) vale a pena destacar o estudo do cientista social David Graeber em que o autor faz a distinção entre empregos verdadeiramente úteis e empregos designados como “*bullshit jobs*” (Graeber, 2019). Há uma percentagem significativa de trabalhadores que acredita (secretamente) que o seu emprego não é útil e necessário. Isso é absolutamente dramático para o sentido e significado do trabalho, bem como para a vida e identidade dos trabalhadores. Alguns deles podem sentir que estão a burlar a sociedade e isso pode acarretar inúmeros problemas, nomeadamente ao nível de como é feita a gestão mental desta questão. Seguramente que o seu psiquismo estará mais vulnerável e haverá necessidade de encontrar algumas estratégias de defesa para mascarar esse sofrimento (Areosa, 2019). Mas voltemos à forma como Graeber (2019) olha para a polarização entre estes dois tipos de empregos (“úteis” e “inúteis”). No leque de empregos “úteis” podemos encontrar médicos, professores, agricultores ou cientistas. Já no conjunto de empregos “inúteis”, em que parece que foram criados apenas para manter as pessoas a trabalhar, podemos encontrar “advogados de multinacionais, executivos de relações públicas, administradores académicos e de saúde, e prestadores de serviços financeiros, «empregos da treta», e [o autor] definiu-os enquanto formas «de emprego que é tão completamente espúrio, desnecessário, ou pernicioso que nem o empregado lhe consegue justificar a existência” (Suzman, 2021: 290).

A intensificação do trabalho

A temática da intensificação do trabalho foi discutida desde Marx (1966), no seu trabalho clássico “O capital”. Para descrever a intensificação do trabalho o autor utilizou a metáfora da porosidade. Durante o tempo de trabalho podemos compreender a existência de períodos de trabalho (produtivo) e de não-trabalho (improdutivo). Os tempos considerados improdutivos foram apelidados de porosidade, são os “momentos” em que não é realizado trabalho produtivo. Isto significa de durante os tempos porosos, improdutivos, de não-trabalho, os trabalhadores não acrescentam valor ao capital (não produzem bens ou serviços). A intensificação dá-se a partir da eliminação da porosidade

durante o tempo de trabalho. A ideia de porosidade foi uma configuração imaginativa de olhar para o trabalho e verificar que em favor da produção se devem eliminar tempos mortos, torná-lo mais denso e concentrado, eventualmente mais acelerado, reduzindo gestos ou etapas desnecessárias durante o mesmo período de tempo. Como a intensificação visa até combater as mini-pausas de descanso e recuperação dos trabalhadores, isso acaba por ter inúmeras consequências negativas para a sua saúde (incluindo ao nível mental). No mundo hodierno, com o fenómeno da uberização do trabalho, os tempos de não-trabalho foram totalmente transferidos para os trabalhadores que exercem a sua atividade por via das plataformas (algo não imaginado pelos mentores da organização científica do trabalho que iremos abordar adiante). Contudo, hoje é amplamente aceite (através de várias ciências: psicologia, sociologia, ergonomia, fisiologia, biologia, etc.) que o nível de produtividade pode variar ao longo da jornada de trabalho. Por exemplo, tende a ser mais lenta no início e fim da jornada e quando os picos de cansaço são grandes a intensidade e a produção baixam progressivamente até ocorrer uma pausa.¹

Atualmente, a intensificação do trabalho generalizou-se a quase todos os setores de atividade e profissões. Com o aumento da intensidade laboral aumenta também o nível de exploração. A intensificação do trabalho pode ser vista como uma espécie de batalha contra a “improdutividade” laboral. Há uma reorganização do trabalho, muitas vezes obtida através de mecanismos subtis, mediante pequenas regulações que controlam os desempenhos ou a produtividade dos trabalhadores. Podemos interrogarmo-nos se haverá algum grau socialmente admissível de intensidade no trabalho? Aparentemente o grau de intensidade depende das pessoas, das circunstâncias e, particularmente, do nível de resistência oferecido por parte dos trabalhadores. Mas não podemos esquecer que o capitalismo joga sempre na ofensiva, é uma força invasora, conquistadora e colonizadora da subjetividade dos trabalhadores (Bauman, 2001) e que promove a alienação, transformando alguns trabalhadores numa espécie de *zombies* que se auto-exploram, não em benefício próprio, mas em benefício do capital. E o que mais atormenta é alguns

¹ Daniel Kahneman (2012) relatou um estudo realizado sobre juizes israelitas, cujo seu trabalho era analisar a atribuição de liberdade condicional a prisioneiros. Porém, a investigação chegou a conclusões algo perturbadoras. Os tempos que os juizes levavam a analisar os processos de cada recluso foram rigorosamente cronometrados (em média eram gastos 6 minutos para cada caso), era anotada a respetiva decisão, bem como o período em que eram efetuados os seus três intervalos diários para refeição – manhã, almoço e lanche. Apenas 35% dos pedidos eram autorizados e o momento do dia em que cada decisão era tomada foi igualmente registada. A investigação foi comparar a proporção de pedidos aprovados com o tempo decorrido desde o último intervalo. Os resultados foram surpreendentes! Cerca de 65% das autorizações foi concedida logo após cada intervalo para refeição, caindo regularmente com o passar do tempo, chegando quase a zero até ao momento da pausa seguinte. Os investigadores analisaram várias explicações para este padrão, mas a melhor justificação não é animadora para a alegada neutralidade da justiça; ou seja, verificou-se que os juizes quando estão mais cansados e com fome tendem a acomodar-se na decisão mais fácil: negar os pedidos de liberdade condicional. Isto significa que as pausas, a fadiga e a fome influenciaram as suas decisões. Estes resultados não significam que estamos perante maus juizes, significa apenas que aqueles juizes se comportam como qualquer outro ser humano na sua relação com o trabalho, em que a mediação biopsicossocial exerce o seu poder sobre os processos de tomada de decisão.

trabalhadores não quererem sair dessa condição, parecendo sofrer de uma espécie de lesão cerebral coletiva ou sendo vítimas da síndrome de Estocolmo. O “vício do trabalho” (algo similar ao termo *workaholic*) é uma compulsão que afeta muitos trabalhadores espalhados pelo mundo. De modo a ilustrar esta situação, há estudos que indicam que 8,3% dos trabalhadores noruegueses eram viciados no trabalho; sendo esta taxa de prevalência bastante alta merece preocupação enquanto problema de saúde pública (Suzman, 2021). Porém, numa espécie de semi-defesa destes trabalhadores, é pertinente lembrar a existência de múltiplos tentáculos sedutores impostos pelo enorme poderio do capital, dado que vivemos numa “sociedade da modernidade fluida”, a qual é inóspita à reflexão, a críticas e autocríticas (Bauman, 2001). O discurso obnubilado do capital alicia os trabalhadores ao afirmar o *slogan*: “trabalhe muito, pois quanto mais trabalhar mais pode consumir”!

O trabalho intensificado é um meio de aumentar o capital. No entanto, o crescimento e a reprodução do capital, dos dividendos, dos lucros e a satisfação dos *stakeholders* tornou-se independente de qualquer compromisso com o trabalho e com os trabalhadores. As deslocalizações de empresas, normalmente multinacionais, visam apenas ampliar os lucros, independentemente de mandarem para o desemprego centenas ou milhares de trabalhadores. O capital sabe como chantagear os governos de muitos países, tornando-os dóceis e colaborantes. O seu poder está na ameaça migrar o capital para outro lugar mais lucrativo e que não ofereça reivindicações. Sabemos hoje que o capital está liberto de quaisquer amarras, é extraterritorial. As assimetrias na distribuição de rendimento são, no mínimo, obscenas. Estima-se que os 10% mais ricos do mundo possuem agora 85% dos ativos globais e que o 1% mais rico possua 45% desses ativos globais (Suzman, 2021). Atualmente, o compromisso do capital não é com os trabalhadores - e deveria ser, porque na verdade é quem o gerar - mas sim com os consumidores. Para o capital o trabalho é apenas um agente secundarizado. Nas palavras de Bauman: “A presente versão «liquefeita», «fluida», dispersa, espalhada e desregulada da modernidade pode não implicar o divórcio e rutura final da comunicação, mas anuncia o advento do capitalismo leve e flutuante, marcado pelo *desengajamento* e enfraquecimento dos laços que prendem o capital ao trabalho” (Bauman, 2001: 171).

Diversos estudos comprovam que quando as empresas conseguem impor um trabalho mais denso, mais intenso, é normalmente a saúde dos trabalhadores que é diretamente afetada (Gaulejac, 2007; Rosso, 2008; Standing, 2014; Areosa, 2022). Mas esta intensidade que degrada a saúde e

aumenta a produção tende a não ser acompanhada por uma maior e melhor distribuição dos recursos produzidos “em excesso”, caso não tivesse sido implementada a referida intensificação. São as empresas (e os seus acionistas) quem ganha com a intensificação do trabalho, à custa do esforço e da energia sugada aos corpos dos trabalhadores. A era da intensificação do trabalho ganhou folego através da organização científica do trabalho preconizada por Taylor, Ford e, mais tarde, por Taiichi Ohno; este último, a sua principal preocupação era aumentar a produção com menos trabalhadores. Mas foi essencialmente a partir da década de 1980 que as “novas” técnicas de gestão degradaram ainda mais as relações laborais, de forma cada vez mais evidente (Gaulejac, 2007; Dejours, 2013; Sznclwar, 2015; Areosa, 2022). Entre muitas outras práticas de gestão, podemos destacar a produção magra que também visa intensificar o trabalho dentro da organização, a gestão pela ameaça ou pelo assédio ou, como já foi reapelidada por Parker e Slaughter (1995), a gestão por *stress*, a qual tem como meta assegurar uma pressão constante sobre os trabalhadores para manter a produção elevada.

De certo modo, a polivalência de funções, dentro das empresas, representa o cerne da intensificação do trabalho. Esta técnica de gestão aplicada na organização do trabalho obriga o trabalhador a conhecer e/ou executar várias funções, reduzindo as porosidades durante a jornada de trabalho. A polivalência determina o fim da especialização - amplamente utilizada nos modelos taylorista e fordista - requalificando os trabalhadores para executarem múltiplos serviços; mas isso implica um esforço adicional e um aumento do consumo de energias físicas, mentais ou emocionais, por parte dos trabalhadores. Paralelamente, ainda existe a intensificação do trabalho por via do *multiemprego* (Standing, 2014).

No mundo hodierno do trabalho a intensificação é generalizada, está longe de estar circunscrita ao setor industrial. Aliás, ela é particularmente marcante no ramo dos serviços. A competitividade sem limites e sem fronteiras tornou-se regra e isso faz aumentar a quantidade de trabalho que é realizado. Quase todas as áreas que envolvem elevadas somas de capital estão subjugadas à intensificação laboral. Esta intensificação revela-se através de uma espécie de despotismo gestor que visa aumentar o ritmo de trabalho e a produtividade. Frequentemente os trabalhadores são incentivados a um maior envolvimento com a empresa e são cobrados por resultados, metas e objetivos cada vez mais elevados (em certas situações, inalcançáveis). Em alguns casos a pressão é tão marcante que já foi referido que “na cabeça dos trabalhadores, o

grau de exigência de resultados impõe-se como uma espada de Dâmocles” (Rosso, 2008: 133).

Alguns autores defendem que vivemos atualmente numa fase de capitalismo cognitivo, dado que este modelo económico consegue até controlar uma parte da subjetividade dos trabalhadores. Embora, não possamos esquecer, que para cada poder dominante, hegemónico, pode também existir um contrapoder dominado, aparentemente mais frágil, mas ainda assim imprescindível no processo de resistência aos múltiplos efeitos adversos oriundos do teatro laboral. É pertinente referir que as relações de trabalho são um “jogo” permanente de tensão entre poderes dominantes e contrapoderes dominados. No entanto, já observámos que as grandes beneficiárias da intensificação do trabalho são as empresas, dado que esta prática aumenta a mais-valia. Nem mesmo o contínuo aumento dos lucros ao nível global, principalmente das grandes empresas multinacionais, fez atenuar as desigualdades, as assimetrias, o desemprego e a precariedade laboral.

A precarização do trabalho

No ponto anterior pudemos constatar que a intensificação do trabalho pode potenciar a degradação da saúde dos trabalhadores. A precarização do trabalho é igualmente um fator desestabilizador da saúde. Começemos por traçar algumas características da precarização do trabalho. Regra geral, a precariedade laboral está associada a fracos níveis de reconhecimento, a valorização social é tendencialmente baixa, o conteúdo do trabalho é considerado insipiente, os direitos e a proteção do emprego são frágeis, o estatuto social e os salários são baixos e o trabalhador está, normalmente, sujeito a inúmeros riscos e vulnerabilidades. No seio do trabalho precário torna-se mais difícil para os trabalhadores encontrarem um sentido e um significado para o trabalho que desenvolvem. Por norma, os trabalhadores precários são sistematicamente “invisibilizados” e são considerados “descartáveis”. A precariedade pode também ser vista como um processo de profissionalização falhado, decorrente, por exemplo, da aplicação de algumas técnicas iatrogénicas de gestão empresarial (Areosa, 2022). Na última década, a precarização laboral foi fortemente ampliada, considerando a emergência da plataformização do trabalho, também designada como uberização ou capitalismo de plataforma (Areosa, 2021).

Todavia, a precarização laboral não deve ser entendida como uma inevitabilidade económica, fruto dos mecanismos da globalização; acima de tudo, a precarização do trabalho deve ser enquadrada como uma decisão

económica (mediada pelo capital), política (por parte dos Estados) e gestonária (por parte das empresas). É uma estratégia concertada por parte do capital económico-financeiro para aumentar os lucros, através da exploração e da degradação das condições de trabalho. Aparentemente, o capital económico-financeiro tem maior importância do que o próprio homem. Esta afirmação não é excessiva se tivermos em conta que a hegemonia dos mercados de capitais empurra para a precariedade e para a pobreza um número crescente de trabalhadores.

A precarização também pode ser compreendida como um processo social que promove a insegurança no trabalho, mediante a fragilização dos vínculos relacionais, bem como na diluição de direitos relacionados ao emprego. Na perspetiva de Bauman (2001), a precariedade pode combinar diversas dimensões: 1) instabilidade da posição no emprego; 2) estatuto socioprofissional; 3) modo de vida; 4) incerteza quanto ao futuro; e 5) insegurança pessoal. Para além disso, a precariedade pode constituir-se como um elemento desestruturador e desestabilizador da vida psíquica dos trabalhadores, fomentando processos de adoecimento mental (Dejours, 1999). Aumento do *stress*, do *burnout* ou de outras patologias associadas à sobrecarga são situações banalizadas no teatro laboral contemporâneo.

As políticas de pendor neoliberal têm gerado uma extensa desestabilização dos empregos estáveis, enviando diversos trabalhadores para uma alternância entre trabalho precário e desemprego. A intensificação do trabalho, a brutalização das técnicas de gestão (Areosa, 2022) e a superexploração da força de trabalho, além de aumentar o desemprego estrutural, faz igualmente ampliar o trabalho informal, a subcontratação, as formas atípicas de emprego, o subemprego, a precariedade e a flexibilização da força de trabalho (Antunes, 2018). Isto significa que, no mundo ocidental, a máquina geradora de empregos dignos e com direitos parece estar a degradar-se (Standing, 2014).

Segundo as palavras de Standing (2014) o precariado pode estar a transformar-se na nova classe perigosa, devido, em parte, às múltiplas formas de opressão às quais se encontra submetida. Esta situação gera uma espécie de subcidadãos (dado que se encontram privados de alguns direitos de cidadania), representando também a imagem de nómadas urbanos. Existem ainda outras características desta “classe emergente”: “O precariado não sente que faz parte de uma comunidade solidária de trabalho. Isso intensifica a sensação de alienação e instrumentalidade naquilo que os seus membros têm de fazer. Ações e atitudes, derivadas da precariedade, tendem a derivar para o oportunismo. Não há qualquer «laivo de futuro» que paire sobre as suas ações,

para lhes dar uma sensação de que o que lhes dizem, fazem ou sentem hoje terá um efeito forte ou uma ligação com os seus relacionamentos de longo prazo. O precariado sabe que não há laivo de futuro, porque não há futuro no que estão a fazer. Ser «posto na rua» amanhã não é olhado com surpresa; e sair pode não ser uma coisa má, se aparecer outro trabalho ou uma atividade que os atraia” (Standing, 2014: 38).

Deste modo, aquilo que se pode observar, em diversos contextos, é uma profunda precarização das relações laborais, além da própria precarização do trabalho. Na perspetiva de Bourdieu (1998) a precariedade está em toda a parte, é uma patologia social que se dissemina universalmente. De modo complementar, podemos ainda afirmar que a precariedade tem ainda múltiplas consequências perniciosas: promove a degradação da autoimagem dos trabalhadores e da sua identidade, suscita a destruição das resistências dos trabalhadores e a fragilização do seu coletivo, que, por sua vez, gera obediência, submissão, passividade, incentiva o servilismo e produz uma maior capacidade de aceitação da exploração. Neste contexto de flexibilização e precariedade sabemos que os trabalhadores não estabelecem relações de aliança com a empresa onde laboram, pois é difícil estabelecer relações de confiança no seio da precarização laboral. Hoje torna-se evidente que a precariedade pode desregular profundamente a saúde física e mental dos trabalhadores, bem como a sua qualidade de vida (Bauman, 2001; Standing, 2014).

Para além disso, o trabalho precário não oferece mobilidade ascendente e isso é profundamente desmotivador. Não há qualquer sonho ou perspetiva de progressão e tudo se transforma numa frustrante consciencialização de que o trabalho executado não é valorizado nem reconhecido. Os laços com as organizações são cada vez mais frágeis. Os vínculos não se constroem, porque já não há confiança. “O emprego parece um acampamento que se visita por alguns dias e que se pode abandonar a qualquer momento se as vantagens oferecidas não se verificarem ou se forem consideradas insatisfatórias – e não como um domicílio compartilhado onde nos inclinamos a ter trabalho e construir pacientemente regras aceitáveis de convivência” (Bauman, 2001: 171).

O teletrabalho: uma nova reconfiguração do trabalho?

O teletrabalho não é uma nova forma de trabalho, já existe há vários anos. No entanto, foi durante a pandemia que a sua utilização cresceu exponencialmente. Esse facto, veio levantar algumas questões que hoje ainda estão longe de estar totalmente esclarecidas, nomeadamente no impacto que

esta forma de trabalho tem na saúde, na segurança e nas relações sociais, particularmente nas relações dentro do agregado familiar. De certo modo, o teletrabalho transformou a casa dos trabalhadores “num escritório” da empresa. A separação entre tempo de trabalho e tempo de lazer (não-trabalho) ficou mais ténue, desregulando a vida e os horários dos trabalhadores. Os mecanismos de controlo e vigilância dos teletrabalhadores, por parte das empresas, em certos casos, estão perto de ser humilhantes. Os custos associados a eletricidade, mobiliário, internet, equipamentos informáticos, etc. apesar de estarem legislados, na sua maioria, acarretam custos para os trabalhadores, dado que a forma de cálculo é, no mínimo, dúbia ou inadequada. Há atualmente inúmeros relatos sobre a utilização abusiva do teletrabalho, em que o trabalhador se vê coagido a aceitar esta forma de trabalho, sob pena de ou não ser contratado ou eventualmente vir a ser demitido (o que se traduz numa clara violação do espírito da Lei n.º 83/2021 de 6 de dezembro de 2021). Os objetivos e as metas produtivas parecem estar a aumentar, o que se traduz numa nova forma de intensificação do trabalho, por via do teletrabalho.

O aumento progressivo do teletrabalho começa a dar indícios de um certo mal-estar, apesar de numa fase inicial muitos teletrabalhadores concordarem e estarem satisfeitos com este formato laboral. Entre outros aspetos, essa alegada “satisfação” pode estar relacionada com o facto de as relações sociais de trabalho estarem tão degradadas no interior das organizações, que os trabalhadores veem no teletrabalho uma fuga ao ambiente tóxico das empresas e ao respetivo sofrimento associado a estas situações (Areosa, 2018; 2019). Todavia, a médio ou longo prazo ficará mais claro que o isolamento e a falta de contacto direto (face-a-face) entre trabalhadores, provavelmente, irá fazer aumentar o *stress*, o *burnout* (exaustão), as depressões, a ansiedade, a conflitualidade (quer no seio organizacional, quer no seio familiar, incluindo o aumento de episódios de violência doméstica) e tudo isso fará diminuir a produção (Areosa & Queirós, 2020). A ausência de um ambiente físico comum (o local de trabalho), que se traduz num espaço partilhado de sociabilidade fica potencialmente comprometido com o modelo do teletrabalho. A construção de relações de confiança, solidariedade, empatia, entreajuda, companheirismo ficam profundamente inibidas, ou seja, é a construção dos coletivos de trabalho coesos e protetores que deixa de se efetivar. Possivelmente, a longo prazo, isso será terrível para a saúde mental e física dos teletrabalhadores.

Paralelamente, a análise, avaliação, controlo e gestão dos riscos ocupacionais dos teletrabalhadores abre diversas “zonas cinzentas”, quer para os serviços de segurança e saúde no trabalho, quer para as autoridades

nacionais (inspetores de trabalho). O teletrabalhador deve autorizar eventuais visitas, dentro da sua casa, a estas entidades? É verdade que a legislação prevê estas situações em abstrato, mas a grande preocupação será como tudo irá decorrer na prática, no mundo real quotidiano? Essa é uma questão que só o futuro poderá responder após ser possível recolher os primeiros dados sobre esta matéria. Em resumo, este modelo seminovo de trabalho, designado por teletrabalho, levanta inúmeras dúvidas, incertezas, questões e, seguramente, exige um amplo debate sobre os novos caminhos e os novos desafios para a investigação no campo das ciências do trabalho.

Notas finais

Ao longo do texto pretendemos delinear alguns aspetos que caracterizam o mundo hodierno, nomeadamente a relação capital-trabalho, bem como as suas consequências para os contextos de trabalho inseridos na *modernidade líquida*. Os trabalhadores são vítimas da conjuntura em que se encontram mergulhados, por via do modelo socioeconómico vigente: o capitalismo. Têm ocorrido diversas alterações no teatro laboral contemporâneo, nomeadamente a migração da população ativa para o terceiro setor (trabalho imaterial), bem como uma crescente intensificação e precarização do trabalho. Com estas (e muitas outras) alterações no âmago do trabalho é a saúde dos trabalhadores, bem como a sua qualidade de vida que é colocada em causa. A título de exemplo, verifica-se que mais de meio milhão de trabalhadores chineses morre em cada ano devido a excesso de trabalho (Suzman, 2021). Paradoxalmente, há um batalhão (de reserva) de trabalhadores desempregados.

É verdade que há múltiplas causas para explicar o desemprego. No entanto, o designado “desemprego tecnológico” parece dar um importante contributo. Há quase um século, quando John Keynes descreveu a utopia pós-trabalho, afirmou que o desemprego tecnológico significa que os novos meios que estamos a utilizar para reduzir a necessidade do uso de mão-de-obra estão ultrapassar o ritmo para o qual estamos a conseguir alocar novos usos para essa mesma mão-de-obra (cf. Suzman, 2021). Isso é um problema grave quando fazemos depender a subsistência humana do fator trabalho, mas não conseguimos criar empregos para todos. Este problema continua atual. A partir deste ponto de vista, faz sentido repensar a larga dependência da subsistência humana por via do trabalho. O uso adequado das técnicas e tecnologias poderiam ter aqui um importante papel. Na ótica de Marcuse (1978) e de outros autores da escola de Frankfurt a tecnologia deve ser verdadeiramente colocada ao serviço do Homem, embora esta premissa ainda esteja por cumprir. A *sociedade tecnológica* tornou-se num sistema de dominação, mas se usada em

favor do bem-comum poderia libertar a humanidade de inúmeras contrariedades (Marcuse, 1978). É neste contexto que vale a pena refletir sobre as palavras do filósofo Agostinho da Silva, em que a tecnologia poderia assumir o papel de “escravos não-humanos” que trabalhem por e para nós: “Não foram Homens esmagados de trabalho que compuseram música ou poesia, conceberam e executaram pintura e escultura, ou, num domínio que mais interessa para a solução do problema, fantasiaram a ciência que depois, transformada em técnica, contribuiria para progressivamente ir libertando o escravo. Não temos nada que abolir os escravos se isso significa que ninguém ficará com tempo livre para coisa alguma que não signifique assegurar a subsistência. O que temos é de inventar escravos que nos não ponham, trabalhando para nós, problemas de consciência” (Silva, 1990: 11).

Conclui-se este trabalho com um pequeno parágrafo de Jean-Jaques Rousseau (1995), sobre a origem das desigualdades, o qual nos deve deixar apreensivos sobre a essência da natureza humana, que é capaz de explorar os seus semelhantes e de gerar profundas assimetrias no seio das sociedades. É pertinente lembrar que para a esmagadora maioria da população mundial a sua única “propriedade” é precisamente a sua força de trabalho. “O primeiro [Homem] que tendo cercado um terreno se lembrou de dizer: Isto é meu, e encontrou pessoas bastantes simples para acreditar, foi o verdadeiro fundador da sociedade civil. Quantos crimes, guerras, assassinios, misérias e horrores não teria poupado o gênero humano aquele que, arrancando as estacas ou tapando os buracos, tivesse gritado aos seus semelhantes: Livrai-vos de escutar esse impostor; estareis perdidos se esquecerdes que os frutos são de todos, e a terra de ninguém!”.

Referências

- Antunes, R. (2018). *O privilégio da servidão*. São Paulo: Boitempo.
- Areosa, J. (2011). Riscos ocupacionais da imagiologia: estudo de caso num hospital português. *Tempo Social*, 23(2), 297-318.
- Areosa, J. (2018). O trabalho como palco do sofrimento. *International Journal on Working Condition*, 15, 81-95.
- Areosa, J. (2019). O mundo do trabalho em (re)análise: um olhar a partir da psicodinâmica do trabalho. *Laboreal*, 15(2), 1-24.
- Areosa, J. & Queirós, C. (2020). Burnout: uma patologia social reconfigurada na era COVID-19? *International Journal on Working Condition*, 20, 71-90.
- Areosa, J. (2021). O meu chefe é um algoritmo - Reflexões preliminares sobre a uberização do trabalho. *Revista Segurança Comportamental*, 14, 51-56.

- Areosa, J. (2022). Os efeitos iatrogênicos das técnicas de gestão. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 25, 1-17.
- Bauman, Z. (2001). *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Beck, U. (1992). *Risk society. Towards a new modernity*. London: Sage.
- Beck, U., Giddens, A. & Lash, S. (2000). *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. Oeiras: Celta Editora.
- Bourdieu, P. (1998). *Contrafogos*. Oeiras: Celta.
- Dejours, C. (1999). *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: FGV Editora.
- Dejours, C. (2013). A sublimação, entre o sofrimento e prazer no trabalho. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 33(2), 9-28.
- Gaulejac, V. (2007). *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. São Paulo: Ideias e Letras.
- Giddens, A. (1994). *Modernidade e identidade pessoal*. Oeiras: Celta Editora.
- Gorz, A. (2005). *O imaterial: conhecimento, valor e capital*. São Paulo: Annablume.
- Graeber, D. (2019). *Bullshit jobs - The rise of pointless work, and what we can do about it*. London: Penguin Books.
- Kahneman, D. (2012). *Pensar depressa e devagar*. Lisboa: Temas e Debates.
- Liotard, J. (1986). *O Pós-Moderno*. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Marcuse, H. (1978). *A ideologia da sociedade industrial. O homem unidimensional*. Rio de Janeiro: Zahar editores.
- Marx, K. (1966). *O Capital*. São Paulo: Editora Nova Cultural Ltda.
- Parker, M. & Slaughter, J. (1995). Unions and management by stress. In S. Babson (Org.), *Lean work: Empowerment and exploitation in the global auto industry*. Detroit: Wayne State University Press, 41-53.
- Rosso, S. (2008). *Mais trabalho: a intensificação do labor na sociedade contemporânea*. São Paulo: Boitempo.
- Rousseau, J. J. (1995). *Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens*. Mem Martins: Europa-América.
- Silva, A. (1990). *As aproximações*. Lisboa: Relógio d'Água editores.
- Standing, G. (2014). *O precariado - a nova classe perigosa*. Lisboa: Editorial Presença.
- Suzman, J. (2021). *Trabalho: Uma história de como utilizamos o nosso tempo*. Lisboa: Desassossego.
- Sznelwar, L. I. (2015). *Quando trabalhar é ser protagonista e o protagonismo no trabalho*. São Paulo: Blucher.

Trabalho Seguro e Saudável na era digital

¹Emília Telo & ¹Isabel Nunes

¹EU-OSHA (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho)

Introdução

O futuro conduz-se a si próprio e reduzir a sinistralidade laboral, reduzir a poluição e garantir locais de trabalho saudáveis, são alguns dos desafios que a sociedade tem de enfrentar.

O nosso país, como é consabido, tem o desígnio de querer ser pioneiro em matérias como a transição digital e a transição verde (energética), as quais se constituem como base do nosso desenvolvimento, dada a existência, de recursos naturais, da posição geográfica que ocupamos, dos recursos profissionais de que dispomos, cujas competências são ímpares face à evolução tecnológica, que nos proporcionam capacidades de digitalização de qualquer processo ou ambientes de negócio.

Não obstante, também o mundo do trabalho tem sido objeto de mudanças, decorrentes nomeadamente da pandemia devido à COVID-19 e, ainda da digitalização e da transição ecológica, as quais introduzem alterações sem precedentes na natureza do trabalho, nos locais de trabalho e na forma como o executamos.

A sociologia refere-se a um “novo mundo”, o mundo BANI² (Frágil, Ansioso, Não linear e Incompreensível), que explica esta atual dinâmica, no cenário imprevisível ampliado pelo SARS-CoV-2, um evento histórico capaz de revelar a impotência dos seres humanos em colocar ordem nos acontecimentos. O mundo BANI é o sucessor do mundo VUCA³ (Volátil, Incerto, Complexo e Ambíguo).

Este “novo mundo”, na era digital, depende de uma maior digitalização e automatização de tarefas e integração das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), contudo, acarreta riscos novos e outros emergentes para a área da Segurança e Saúde no Trabalho (SST).

² O acrónimo BANI (Brittle, Anxious, Nonlinear and Incomprehensible) ganhou popularidade quando o antropólogo norte-americano Jamais Cascio publicou, em abril de 2020, o artigo “Facing The Age Of Chaos”, perante o colapso mundial causado pela pandemia da COVID-19.

³ VUCA (Volatile, Uncertain, Complex and Ambiguous) é um termo utilizado já há muitos anos para salientar as mudanças frequentes na tecnologia e na cultura, com impactos no dia a dia da sociedade como um todo.

Novas Formas de Trabalho

O trabalho e os locais de trabalho encontram-se em constante mudança, com a introdução de novas tecnologias, substâncias e processos de trabalho, alterações na estrutura da mão de obra e no mercado de trabalho e ainda, novas formas de emprego e organização do trabalho.

A robótica (incluindo a robótica colaborativa - cobô), a automatização, os algoritmos, a inteligência artificial (IA), a realidade virtual (RV) ⁴ e a realidade aumentada (RA), a computação em nuvem (sistemas baseados na nuvem), as análises de big data (Megadados, por ex: monitorização e análise preditiva) e sistemas ciber-físicos (CPS), estão a ser cada vez mais usados para fins de trabalho, e a inovação nessas tecnologias continuará. Admite-se que irão co-existir o fabrico por processos de maquinação ADITIVA (fabrico aditivo: impressão 3D) e SUBTRATIVA de materiais. Para além da impressão 3D já é possível a impressão 4D e a bioimpressão. As empresas como a Google, a BMW e a Hyundai, já nos apresentaram os automóveis autónomos (incluindo veículos não tripulados). Há outros meios de transporte (incluindo drones). O *e-commerce* e o *e-retail* já não são o futuro, mas sim uma realidade atual. As plataformas em linha - online platforms (por ex: combinação da oferta de trabalho), a Internet das Coisas (IoT)⁵ (por ex: automação industrial), os dispositivos móveis viáveis e conectividade - *wearable mobile devices and connectivity* (por ex: monitorização e vigilância de ambientes de trabalho seguros e saudáveis), a biónica ou os exoesqueletos (para reduzir a carga muscular), serão utilizados para melhorar ou monitorizar o desempenho humano, gerando quantidades consideráveis de dados.

A contínua evolução das interfaces homem-máquina permitirá ao Homem interagir com máquinas, e uns com os outros à distância, através de tecnologias baseadas nas TIC, de formas muito similares à interação cara a cara. As tendências indicam que, até 2025, a interface direta cérebro-máquina poderá ser já uma realidade, mas não será ainda generalizada.

⁴ RV define-se como "uma grande variedade de aplicações baseadas em computador comumente associadas a características imersivas, altamente visuais, a 3D, que permitem ao participante olhar em volta e navegar num mundo aparentemente real ou físico".

⁵ IoT – Internet of Things: a rede de objetos físicos – dispositivos, veículos, edifícios e outros elementos – que têm integrados dispositivos eletrónicos, programas informáticos, sensores, e conectividade a redes que permite a esses objetos recolher e trocar dados.

O *crowdsourcing*⁶ e a *gig economy*⁷ avançam a passos largos graças à tecnologia e serão a principal tendência dentro das organizações nos próximos anos. Hoje, os locais de trabalho digitais variam na forma como é aplicada a tecnologia existente para facilitar a cooperação em equipa. Assim, podemos ter vários tipos de trabalho à distância, entre outras as que se seguem: teletrabalho ou trabalho remoto⁸; empregos em linha⁹; *hot desking*¹⁰; empregos “em casa”¹¹; equipa virtual¹²; equipa distribuída geograficamente/equipa virtual dispersa¹³.

De forma não exaustiva, estas são algumas das novas formas de trabalho, as quais trazem consigo novos desafios do ponto de vista laboral.

Riscos para o trabalhador do Trabalho Digital

Nas últimas décadas, a digitalização afetou vastos setores de produção e a força de trabalho, e tornou-se impossível fazer parte da mão-de-obra sem lidar com o mundo digitalizado e os seus desafios.

Prevê-se que mudem profundamente aspetos como: onde e como trabalhamos, quem irá trabalhar e a nossa perceção relativamente ao trabalho.

A Mudança Tecnológica é a fórmula para acabar com as atividades monótonas e repetitivas e altamente padronizadas, onde não havia espaço para a iniciativa individual ou para a criatividade.

Uma publicação da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, 2019) colocou a questão "O que significa a digitalização para a SST?", esta descreveu várias tecnologias digitais, cujos desenvolvimentos poderiam criar novos desafios para a SST e a sua gestão no futuro imediato, a um ritmo mais rápido do que nunca.

O mundo digitalizado, não implica apenas trabalho inteligente ou tecnologias de ponta, na verdade, a digitalização tornou-se parte de processos

6 O "crowdsourcing" combina os esforços de voluntários identificados ou de trabalhadores em tempo parcial, num ambiente onde cada colaborador, por sua própria iniciativa, adiciona uma pequena parte para gerar um resultado maior. O "crowdsourcing" distingue-se de terceirização pelo facto de o trabalho ser feito por um público indefinido, em vez de ser encomendado ou atribuído a um grupo especificamente designado para realizá-lo.

7 A "Gig economy" – economia baseada no trabalho sob a forma de tarefas pontuais (e não numa base continuada), em que o trabalho temporário é comum e os trabalhadores (independentes) são contratados através de plataformas em linha com contratos de curta duração.

8 A disponibilidade e utilização de tecnologias da comunicação, tais como a Internet, para trabalhar num local fora das instalações do empregador.

9 Empregos que são desempenhados apenas em linha, à distância. O termo "teletrabalhador (ou nómada digital)" é geralmente utilizado para se referir a todo o tipo de trabalho que é desempenhado à distância.

10 Partilha de espaços individuais de trabalho numa empresa: os trabalhadores não possuem secretárias individuais, sendo-lhes atribuída diariamente uma secretária onde podem aceder aos serviços de tecnologia, nomeadamente à Internet, ao correio eletrónico e aos ficheiros na rede de computadores.

11 Empregos desempenhados em casa, também designados por trabalho a partir de casa, são habitualmente desempenhados 100% do tempo a partir de um espaço de trabalho no domicílio, sem necessidade de deslocação a outro espaço de trabalho.

12 Os trabalhadores colaboram em estreita cooperação e com contacto regular, usando tecnologias apoiados nas TIC, ainda que situados fisicamente em diferentes partes do mundo.

13 Grupos de pessoas que trabalham (muitas vezes a partir de casa) em regiões geográficas e fusos horários diferentes.

em quase todos os setores. Desde a utilização de computadores em cada trabalho de secretária, até às aplicações mais modernas na indústria e agricultura de precisão, este último, um setor geralmente considerado mais tradicional e menos digitalizado.

Para os trabalhadores atuais, significa que se tornou impossível fazer parte da força de trabalho sem estar enredado em alguma forma de tecnologia e/ou das suas aplicações. A força de trabalho está assim destinada a tornar-se cada vez mais diversificada e dispersa, com probabilidade de mais rendimento, mas também de maior instabilidade de emprego, com necessidade em adquirir novas competências digitais para se manter empregável (Charles *et al.*, 2022).

A Comissão Europeia (2022) acompanha o desempenho digital dos estados-membros em termos de competitividade digital com o DESI (*Digital Economy and Society Index*). Os últimos resultados¹⁴ mostraram que a Finlândia e os Países Baixos (79% dos indivíduos têm aptidões digitais básicas) estão na vanguarda dentro da EU (média EU27 = 54%), em Portugal, apenas 55% dos indivíduos têm competências digitais básicas¹⁵, contudo foi dado um grande impulso nos esforços de digitalização durante a pandemia devido à COVID-19. No entanto, muitos Estados Membros ainda estão a colmatar estas lacunas: apenas 54% dos cidadãos da UE em idade ativa possuem pelo menos competências digitais básicas e apenas 55% das pequenas e médias empresas atingiram pelo menos um nível básico na adoção de tecnologias digitais.

Constata-se ainda que para as pessoas com idades mais avançadas é mais difícil a aprendizagem das competências digitais, principalmente as aptidões médias (por exemplo, excel) e as avançadas (por exemplo, Dash boards, Power BI, data scientist).

De acordo com estes dados, podemos afirmar que nem todos os trabalhadores têm aptidões para o trabalho digital, o que se torna um risco para a segurança e saúde destes.

O impacto da pandemia da COVID-19 sobre o fenómeno

A pandemia causada pela COVID-19 teve um impacto importante na propagação do trabalho digital (especialmente através do teletrabalho) e na saúde mental dos trabalhadores¹⁶.

¹⁴ [https://www.pordata.pt/en/europe/share-of-individuals-having-at-least-basic-digital-skills-by-sex-\(percentage\)-3655](https://www.pordata.pt/en/europe/share-of-individuals-having-at-least-basic-digital-skills-by-sex-(percentage)-3655)

¹⁵ Competências digitais básicas: Pesquisar, analisar e organizar conteúdos digitais; Comunicar e interagir através de tecnologias digitais; Criar e editar conteúdos digitais; Proteger dispositivos e dados pessoais e identificar riscos para a saúde e ambiente.

¹⁶ O sofrimento mental levou a um aumento da procura de cuidados de saúde mental em vários países (OECD/European Union, 2022).

O surto do SARS-CoV-2 fez do “trabalho a partir de casa” a nova forma de trabalhar para milhões de trabalhadores em todo o mundo. Muitos trabalhadores e empregadores tiveram que subitamente, mudar para o trabalho à distância, muitas vezes sem qualquer preparação. Estimativas iniciais da Eurofound (Ahrendt et al., 2020) indicaram que, devido à pandemia, aproximadamente 50% dos europeus “trabalhavam a partir de casa” (pelo menos parcialmente) em comparação com 12% antes da emergência pandémica, e estes números são aproximadamente os mesmos após a pandemia. É interessante notar como o “trabalho a partir de casa” não é um fenómeno novo e muitos países europeus adotaram regularmente esta forma de trabalhar antes da pandemia. No entanto, o “trabalho a partir de casa” está a ser mais adotado, também em países menos habituados a ele, parcialmente graças à digitalização, novas tecnologias e a fenómenos pandémicos.

Em relação à saúde mental, Santomauro *et al.* (2021) quantifica o impacto da pandemia devido à COVID-19 na prevalência e no peso das principais perturbações depressivas e de ansiedade a nível mundial em 2020. Particularmente, a prevalência estimada da doença depressiva grave alterou de 193 milhões para 246 milhões de pessoas, com um aumento de 27,6% de novos casos, enquanto que a prevalência global estimada das perturbações da ansiedade passou de 298 milhões para 374 milhões de pessoas, com um aumento de 25,6% de novos casos a nível global. O estudo concluiu que a diminuição da mobilidade humana e a taxa diária de infeção pelo SARS-CoV-2 foram responsáveis por estas perturbações.

A saúde mental no trabalho

De acordo com o relatório Health at Glance 2018, da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (OECD/European Union, 2018), quase um quinto (18,4%) da população portuguesa sofria de doença mental, onde se inclui ansiedade, depressão ou problemas com o consumo de álcool e drogas. A média europeia era de 17,3%, ou seja, as estimativas apontavam para perto de 84 milhões de pessoas que sofriam de doença mental.

Na primeira metade de 2022, a saúde mental e o bem-estar de muitos adultos nos países da UE continuaram a ser afetados pelo impacto permanente e incerteza em torno da pandemia, para a qual novas questões como o aumento do custo de vida e a guerra da Rússia contra a Ucrânia foram acrescentadas. Os dados do inquérito eletrónico da Eurofound indicam que na Primavera de 2022, mais de uma em cada duas pessoas (55%) poderia em média ser considerada em risco de depressão em todos os países da UE (61% em Portugal). A percentagem

de pessoas em risco de depressão variava entre cerca de 40% na Eslovénia, Dinamarca e Países Baixos e cerca de 65% na Polónia, Grécia e Chipre. Em quase todos os países, a percentagem na Primavera de 2022 permaneceu mais elevada do que na Primavera 2020 (OECD/European Union, 2022).

Assim, a saúde mental é um grande desafio social para a UE. Afeta profundamente a saúde e o bem-estar das pessoas e tem profundas implicações para a economia e a coesão social. Por tal preocupação a Comissão Europeia lançou uma consulta pública: “Uma abordagem abrangente da saúde mental”¹⁷. Esta iniciativa é apresentada:

- como a ação a nível da UE pode ajudar a promover a boa saúde mental e a prevenir, mitigar e responder aos desafios da saúde mental,
- como as considerações de saúde mental devem ser integradas numa grande variedade de políticas resilientes da UE e nacionais, em benefício das pessoas em toda a UE.

De toda a investigação em curso promovida pela EU-OSHA e outras instancias, mostram que o fenómeno da digitalização traz mais riscos psicossociais nos locais de trabalho da era digital.

De um modo geral, com base na literatura, pudemos identificar os seguintes aspetos:

- A digitalização cria desafios para os trabalhadores, tais como: solicitação de elevadas capacidades cognitivas, interferência no trabalho e na vida privada, aumento da carga de trabalho, horários de trabalho mais longos, atualização contínua dos programas e sobrecarga de informação digital, isolamento social, presentismo, aumento das exigências de educação, especialização e novas competências a adquirir, impacto nos empregos existentes (*phasing out*);
- A digitalização proporciona aos trabalhadores: maior flexibilidade e autonomia, melhor equilíbrio entre trabalho e vida privada, menor contacto com o público, o que poderia ser uma fonte de angústia adicional, maior qualidade e eficiência.

Contudo, quando se fala de saúde mental e digitalização, as generalizações são muitas vezes sem sentido e inúteis: o que poderia ser um desafio para um trabalhador poderia, por sua vez, ser um facilitador para outro trabalhador. A

¹⁷ Consulta pública de 18 de janeiro a 15 de fevereiro de 2023 https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/13676-A-comprehensive-approach-to-mental-health_en.

relação com a tecnologia não deve ser vista como única ou unívoca, mas sim adaptada às necessidades dos indivíduos.

A dimensão do fenómeno

É difícil calcular o número de trabalhadores da UE que vivem com perturbações mentais devido à subnotificação destas doenças/perturbações, que está relacionada com o estigma ¹⁸, a confiança e a privacidade, e o subdiagnóstico de alguns distúrbios mentais.

O relatório Saúde Mental no Trabalho (World Health Organization, 2022) salientou que menos de 25% dos gestores recebem formação em saúde mental. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a formação de gestores para a saúde mental tem a capacidade de ajudar os responsáveis a reconhecer e agir sobre as condições de saúde mental no trabalho e a promover uma melhor compreensão de como os fatores de stresse no trabalho e os fatores de risco psicossociais afetam a saúde mental; desenvolve competências interpessoais, como a comunicação aberta e a escuta ativa; e como podem ser geridos os riscos psicossociais.

No entanto, a percentagem de trabalhadores com uma perturbação mental foi estimada utilizando diferentes conjuntos de dados. Por exemplo, de acordo com dados da OCDE, em 2021 cerca de 20% da população em idade ativa sofria de uma perturbação mental em qualquer momento da vida (The European House - Ambrosetti, 2021), enquanto que noutro estudo europeu (OCDE/União Europeia, 2018) estes dados eram de 27%, ou seja aproximadamente 80 milhões de pessoas. Além disso, 1/3 da população em estudo, teve uma ou mais doenças mentais coexistentes, aumentando assim a carga das perturbações mentais sem necessariamente aumentar a população afetada, como já referia Wittchen & Jacobi (2005).

Ao mesmo tempo, mais de 44% dos trabalhadores com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos declararam enfrentar fatores de risco para o seu bem-estar mental no trabalho (Eurostat, 2021). Estes são fatores de risco que podem afetar a resposta psicológica dos trabalhadores ao trabalho e ao local de trabalho, e podem possivelmente exacerbar as perturbações mentais subjacentes. O fator de risco mais frequentemente mencionado foi a pressão do tempo ou a sobrecarga de trabalho, seguido de como lidar com o público e a instabilidade do emprego.

18 Estigma: fenómeno complexo composto por 3 dimensões: conhecimento (ignorância ou desinformação), atitudes (preconceito) e comportamentos (discriminação) (Thornicroft et al., 2007; Brohan et al., 2010; Krupa, 2009).

Outros estudos analisaram a saúde mental dos trabalhadores através dos indicadores de alguns comportamentos associados a uma saúde mental deficiente no trabalho: presenteísmo¹⁹ e absentismo ou licença por doença.

De acordo com a EU-OSHA, os fatores de risco psicossociais mencionados anteriormente podem estar diretamente relacionados com um aumento tanto do absentismo como do presenteísmo (EU-OSHA, 2021f).

Outros estudos mostraram que a licença por doença ou a reforma antecipada devido a condições de saúde mental aumentaram nas últimas décadas (OECD/União Europeia, 2018).

Desafios e oportunidades

A oportunidade para os empregadores é apoiar uma mão-de-obra competente, capaz, diversificada e produtiva.

A colaboração coordenada entre os domínios da medicina do trabalho e da psicologia do trabalho, a revisão dos protocolos de vigilância da saúde que esclarecessem melhor os riscos psicossociais, particularmente os relacionados com a utilização de novas tecnologias e a sua gestão, poderia ser útil para melhorar a saúde mental dos trabalhadores.

Promover a interação entre o serviço de SST (médico do trabalho, enfermeiro do trabalho, psicólogo do trabalho, técnico de segurança) e o trabalhador irá proporcionar um ambiente de trabalho seguro e protegido e pode fomentar a possibilidade de abordar as necessidades específicas de cada trabalhador com a equipa de saúde ocupacional. Isto pode apoiar o trabalhador a sentir-se bem e satisfeito consigo próprio, melhorar ou desenvolver competências, aptidão e experiência, fomentar a autonomia e dar uma fonte de propósito que lhe permita contribuir para a organização e sentir-se parte ativa da sociedade. O emprego é também um fator de recuperação importante e amplamente reconhecido para quem tem perturbações do foro mental (ver, por exemplo, Pai et al., 2021; Mental Health Foundation, 2002; Wahl, 1999; Thornicroft et al., 2009; Corrigan et al., 2001).

A tecnologia e a digitalização podem apresentar a vantagem de suavizar ou prevenir problemas relacionais importantes, tais como irritação, manipulação nas relações pessoais, expectativas irrealistas e frustrações.

Por conseguinte, seria adequado, em primeiro lugar, que o serviço de saúde ocupacional, fosse capaz de detetar sinais indiretos de perturbações mentais,

¹⁹ Significa estar no trabalho, com desempenho reduzido, ou a sensação de realizar menos do que o desejado devido a problemas de saúde mental ou física.

tais como perturbações da qualidade do sono, dependência de qualquer tipo de substância, e sinais de somatização dos estados de ansiedade, através de uma anamnese precisa e da observação cuidadosa do trabalhador. Como apoio durante as atividades de vigilância da saúde, seria útil propor um questionário aos trabalhadores para compreender a extensão e as razões do stresse, com o objetivo de compreender se existe uma perturbação mental não diagnosticada e para o diagnóstico precoce das perturbações relacionadas com a digitalização. Uma vez o problema intercetado, o profissional de saúde ocupacional deve ser apoiado para implementar medidas preventivas e de reintegração adequadas.

O empregador tem um papel fundamental a desempenhar neste contexto. É também desejável que ele informe claramente os trabalhadores sobre os riscos psicossociais e as doenças mentais e que permita uma Formação Digital (para o Desenvolvimento das Competências Digitais) adequada a todos os trabalhadores. Falando especificamente de teletrabalho, é necessário que o empregador forneça regras claras que protejam o trabalhador, em termos de horas e carga de trabalho, ambiente de trabalho, acesso à informação da empresa e reuniões com colegas.

Não existe uma única solução e apenas um esforço conjunto entre o médico do trabalho, psicólogo do trabalho, técnico de segurança, empregador e trabalhador pode abordar adequadamente a questão.

Principais Iniciativas Europeias

À medida que a nossa sociedade evolui, sob a influência das novas tecnologias e das mudanças nas condições económicas e sociais, os nossos locais de trabalho, as práticas e os processos de trabalho sofrem mutações constantes. Estas novas situações trazem consigo novos riscos para os trabalhadores e desafios para os empregadores, que, por sua vez, exigem abordagens políticas, administrativas e técnicas que devem ser previstos e abordados antecipadamente, a fim de garantir locais de trabalho seguros e saudáveis no futuro.

Foram criadas várias políticas europeias e nacionais que permitem acompanhar esta evolução digital e verde.

O emprego ligado à sustentabilidade aumentou e até 2030, deverão existir 70 mil novos postos de trabalho na área do ambiente. Cálculo feito pelo Governo, no Compromisso para o Crescimento Verde, onde coloca a meta de duplicar os postos de trabalho até 2030. Na União Europeia, o número sobe para os dois milhões de empregos. Já a Organização Internacional do Trabalho

estima que, a nível mundial, haja mais mil milhões de empregos verdes daqui a 15 anos. Já o encontramos no turismo de natureza; nas energias renováveis; nas novas formas da construção, mais sustentável, na arquitetura sustentável; na produção audiovisual, com documentários sobre a vida selvagem; mecatrónica, que repara carros elétricos movidos a bateria; os drones e carros autónomos; na eficiência energética, com cada vez mais empresas preocupadas em reduzir custos, principalmente nestes tempos de guerra que presenciamos.

As sucessivas estratégias europeias sobre SST²⁰ identificaram a necessidade do **Observatório Europeu dos Riscos**, que tem trazido valor acrescentado, mediante a recolha e análise de informação, a contextualização da mesma (em particular em relação à agenda social europeia e à estratégia comunitária), na identificação de tendências para “antecipar a mudança”, e a comunicação das questões mais importantes de forma eficaz aos público-alvo.

Em 2021, na Presidência portuguesa da União Europeia (1º semestre de 2021), foi lançado o **Quadro Estratégico da EU para a SST 2021-2027** que marca o início de uma nova era na proteção dos trabalhadores: independentemente do local, do momento ou da forma como o trabalho é realizado, todos, sem exceção, devem ter o direito ao trabalho em condições de SST.

Uma prevenção eficaz pode dar um importante contributo para o objetivo global da **Estratégia Europa 2030**, no sentido de atingir um crescimento económico inteligente, sustentável e inclusivo, bem como para o aumento da taxa de emprego de 69 para 75 %. São muitos os que abandonam o mercado de trabalho devido a uma SST insuficiente, pelo que é essencial antecipar melhor os riscos se quisermos melhorar a sua prevenção e conseguir carreiras sustentáveis, bem como taxas de emprego mais elevadas.

Outra iniciativa foi a criação de um **Mercado Único Digital** na Europa²¹ que é uma das 10 principais prioridades da Comissão Europeia. Através deste permitiu-se nomeadamente, que a banda larga 5G tenha sido implantada em

20 Estratégia comunitária para a SST 2002-2006, que instou a EU-OSHA de o criar; tendo sido seguida pela de 2007-2012, que salientou a importância da antecipação dos riscos e solicitou ao Observatório da EU-OSHA que tomasse uma série de iniciativas; a anterior estratégia europeia SST 2014-2020, deu continuidade a este tema, apelando a que se apoiem as conclusões do Observatório; a atual Estratégia Europeia para a SST 2021-2027 foi publicada a 28 de junho ainda na PPUE 2021. Em Portugal está prevista a publicação da Estratégia Nacional ainda para este ano.

21 A Comissão Europeia adotou a estratégia do Mercado Único Digital para a Europa em 2015, destacando-a como uma das suas prioridades políticas. A Comunicação da Comissão de 2016 sobre a Agenda Europeia para a Economia Colaborativa clarifica as regras e as recomendações políticas neste domínio para os cidadãos, as empresas e os Estados Membros.

Comissão Europeia: [Mercado Único Digital](#)

Comissão Europeia: [Economia colaborativa](#)

Comissão Europeia: [Uma Agenda Europeia para a Economia Colaborativa](#)

toda a Europa, incluindo nas zonas rurais. A *IoT* está generalizada quer na vida profissional quer na vida pessoal, de modo que a maioria dos dispositivos funcionam de modo inteligente e conectados.

Por seu turno, a Comissão Europeia adotou um **Programa de Trabalho**²² para 2022: *Tornar juntos uma Europa mais forte*, definindo os próximos passos da sua agenda ousada e transformadora para uma Europa pós-COVID-19 mais verde, mais justa, mais digital e mais resiliente, objetivos também da nossa Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia (PPUE) no 1º semestre de 2021. Este Programa de Trabalho da Comissão contém 42 novas iniciativas políticas em todas as seis principais ambições das Diretrizes Políticas defendidas pela Presidente Ursula von der Leyen. Ademais, no âmbito do mencionado programa, encontram-se também refletidas as lições aprendidas com a crise sem precedentes, causada pela pandemia, prestando atenção especial à nossa geração jovem graças à proposta do Ano Europeu da Juventude 2022 e o Ano Europeu das Competências 2023.

Com o intuito de acompanhar estas mudanças, a EU-OSHA e consequentemente a Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT), mantêm-se ativas, ao tentar identificar e fornecer dados credíveis, atuais e de elevada qualidade sobre os riscos novos e emergentes para a SST que satisfaçam as necessidades dos decisores políticos, dos parceiros sociais, dos investigadores, assim como dos técnicos de segurança, ergonomistas, higienistas, enfermeiros e médicos do trabalho, para que lhes seja permitido tomarem medidas atempadas e eficazes.

Assim, a EU-OSHA tem recorrido, ao longo de vários anos, a abordagens prospetivas no âmbito da sua missão, tendo em vista contribuir para a consecução de condições de trabalho mais seguras e mais saudáveis na UE.

A EU-OSHA tem desenvolvido uma série de projetos de investigação (que se baseiam em diversos métodos, incluindo revisões da literatura; estudos de meta análise; consulta de peritos; desenvolvimento de cenários; fontes de dados – Barómetro SST, custos SST, envelhecimento e SST; e dados de inquéritos – como o Inquérito europeu às empresas sobre riscos novos e emergentes (ESENER) 2009, 2014, 2019), publicando-os em vários formatos (artigo, documentos de debate, relatórios, resumos e apresentações ou plataforma OSHwiki) com o objetivo de promover o debate sobre as novas formas de trabalho e os fatores subjacentes com impacto nos locais de trabalho

²² Cumprir as seis ambições: 1. Um acordo verde europeu; 2. Uma Europa apta para a era digital; 3. Uma economia que funciona para as pessoas; 4. Uma Europa mais forte no mundo; 5. Promover o nosso modo de vida europeu; 6. Um novo impulso para a democracia europeia.

e nas questões emergentes relacionadas com a SST. As conclusões destes artigos propõem, frequentemente, aspetos que merecem ser mais investigados ou que devem ser objeto de ação.

Assim, alguns dos temas já investigados pela EU-OSHA incluem:

- Os Empregos Verdes
- Uma revisão sobre o futuro do trabalho: robótica
- Impressão 3D e fabrico por processo aditivo - as implicações para a SST
- Nanotecnologias
- Eletromobilidade
- Uma revisão sobre o futuro do trabalho: trocas de trabalho online ou *crowdsourcing*
- Digitalização e o impacto da plataforma “gig” economy
- O futuro do *e-commerce* e *e-retail* do ponto de vista de SST
- Trabalho suportado por TI móvel - um desafio para a SST e fatores humanos
- Monitorando riscos novos e emergentes
- Tecnologia de monitorização: a busca do bem-estar do século 21
- Uma revisão sobre o futuro do trabalho: drogas para melhorar o desempenho
- Análise prospetiva sobre riscos novos e emergentes em matéria de segurança e saúde no trabalho associados à digitalização até 2025
- A economia circular e a SST
- Agentes biológicos e prevenção de doenças relacionadas com o trabalho

COVID-19: Voltar ao local de trabalho - Adaptação dos locais de trabalho e proteção dos trabalhadores

Deste modo, a EU-OSHA em parceria com a ACT ao nível nacional, tem como objetivo final sensibilizar para o modo como todos os tipos de mudanças – tecnológicas, sociais, políticas e económicas – podem afetar a saúde e a segurança dos trabalhadores, bem como em encorajar a prevenção precoce de futuros desafios em matéria de SST, para garantir locais de trabalho saudáveis e seguros no futuro.

A abordagem prospetiva da EU-OSHA debruça-se sobre as mudanças que possam ocorrer no futuro, analisando as respetivas consequências para a SST,

de modo a apoiar a formulação de políticas e reforçar a sensibilização, tendo em vista a redução dos acidentes e doenças relacionados com o trabalho.

O futuro pode evoluir em direções diferentes, que podem ser determinadas pelas ações de vários atores e pelas decisões que forem tomadas hoje.

A evolução das TIC e da digitalização do trabalho

Um dos projetos prospetivos que a EU-OSHA desenvolveu examinou o impacto da rápida evolução das tecnologias digitais sobre o trabalho, incluindo a inteligência artificial e a robótica, bem como o potencial impacto sobre a SST. Este projeto visou fornecer aos decisores políticos, governos dos Estados-Membros, sindicatos e empregadores da UE as informações de que necessitam sobre as mudanças nas tecnologias digitais, o seu impacto na natureza e na organização do trabalho e os desafios emergentes que poderão representar para a SST, em linha com um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo na EU.

O impacto potencial destas alterações em matéria de SST até 2025 foi analisado através do desenvolvimento de quatro cenários.

Cada cenário apresenta diferentes desafios e oportunidades para a SST. A investigação ajudará a melhor compreender de que forma a digitalização poderia afetar a segurança e saúde dos trabalhadores na União Europeia e a desenvolver estratégias mais resilientes a estas alterações para o trabalho e a SST.

Um outro estudo descreve os riscos relacionados com a SST que podem resultar do trabalho em plataformas em linha, explora os desafios que a economia da Internet coloca às atuais abordagens regulatórias em matéria de SST e apresenta exemplos de políticas e iniciativas regulatórias, já em efeito ou ainda em desenvolvimento, para dar resposta a estes riscos e desafios. O trabalho em plataformas em linha - seja propriamente nas plataformas, através delas ou por sua mediação - caracteriza-se por uma vasta gama de regimes laborais, nomeadamente trabalho ocasional, trabalho autónomo dependente, trabalho à tarefa, trabalho a partir de casa e «*crowdwork*».

Trabalhar com segurança e saúde na era digital: 2023-2025
A EU-OSHA está a preparar a campanha «Locais de trabalho seguros e saudáveis 2023-25» que tem como objetivo sensibilizar para o impacto das novas tecnologias digitais no trabalho e nos locais de trabalho e para os desafios e oportunidades associados em matéria de SST. Esta Campanha proporcionará

igualmente uma plataforma para o intercâmbio de soluções em matéria de boas práticas.

Tal como nas últimas campanhas, esta irá centrar-se em cinco as áreas prioritárias, a saber:

- Trabalho em plataformas digitais;
- Robótica avançada e inteligência artificial;
- Trabalho à distância;
- Sistemas digitais inteligentes; e
- Gestão de trabalhadores através da inteligência artificial.

Em consonância com a abordagem de «visão zero» relativamente às mortes relacionadas com o trabalho do Quadro Estratégico da UE para a Saúde e Segurança no Trabalho 2021-2027 (Comissão Europeia, 2021b) bem como com os objetivos da Estratégia Digital Europeia ²³, a campanha procura integrar a SST no debate político mais vasto da UE e também tem em conta a dimensão de género e as necessidades de grupos específicos de trabalhadores em situação de maior risco.

Enquadramento Legal

Não existem ainda diretivas atuais da UE que abordem a digitalização no trabalho, nem as implicações desta na saúde mental dos trabalhadores, mas há progressos desde a última década. O objetivo futuro será definir quem é o trabalhador digital e desenvolver uma regulamentação adequada que aumente a proteção na segurança e saúde destes trabalhadores.

Em Portugal, o enquadramento legal, decorrente da Diretiva do Conselho 89/391 (Diretiva Quadro), que orienta todas as decisões nacionais em matéria de segurança e saúde no trabalho é o regime jurídico da SST²⁴. Dada a longevidade da Diretiva, traz inevitavelmente consigo certas limitações, especialmente em relação a um mundo do trabalho com desafios e tecnologias que não foram previstos em 1989, tais como os discutidos neste capítulo. Por esta razão, desde a última década, cada vez mais relatórios da UE e da EU-OSHA (ver, por exemplo, EU-OSHA, 2019) e comunicações têm-se centrado nas novas tecnologias, na digitalização do mundo do trabalho e na promoção da saúde mental no trabalho.

²³ Estratégia Digital Europeia. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policie>.

²⁴ Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro – Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho, alterada e republicada pela Lei n.º 3/2014, de 28 de janeiro, e sucessivas alterações.

No nosso país, a publicação da Lei n.º 73/2017, de 16 de agosto, veio reforçar o quadro legislativo para a prevenção e combate a práticas de assédio no trabalho nos setores público e privado, obrigando o empregador (com mais de sete trabalhadores) a adotar o Código de boa conduta para a prevenção e combate ao assédio no trabalho, e a publicação da Lei n.º 83/2021, de 6 de dezembro, que além de alterar o regime do Teletrabalho, veio instituir o dever do empregador se abster de contactar o trabalhador no período de descanso, ressaltando-se situações de força maior, sob pena de contraordenação grave.

A mais recente resolução parlamentar sobre o tema "saúde mental no mundo digital do trabalho" (European Parliament, 2022), acrescenta mais uma peça ao complexo discurso sobre o mundo do trabalho em mudança e correlacionando-o com as consequências da pandemia causada pelo SARS-CoV-2, que tem desafiado muitas áreas da vida quotidiana, nomeadamente a digitalização e a saúde mental. Muitas das questões sensíveis abordadas neste capítulo são descritas também nesta resolução, tais como os ganhos que nem sempre compensam as consequências negativas da digitalização, o aumento dos riscos psicossociais ligados ao teletrabalho, e que a saúde mental ainda não foi tratada como uma prioridade semelhante à saúde física, tornando-a assim "uma emergência em saúde". O Parlamento Europeu refere que as medidas atuais para prevenir e controlar as condições mentais são insuficientes, e apela aos estados-membros para que tomem melhores medidas a este respeito. Uma das sugestões é que a estratégia de saúde mental da UE deve ter como objetivo, exigir que os estados-membros integrem os cuidados de saúde mental com os cuidados físicos, tendo em conta a estreita correlação entre os dois (European Parliament, 2022).

Por tal preocupação a Comissão Europeia lançou, em 2023, uma consulta pública: "Uma abordagem abrangente da saúde mental"²⁵. Esta iniciativa é apresentada:

- como a ação a nível da UE pode ajudar a promover a boa saúde mental e a prevenir, mitigar e responder aos desafios da saúde mental,
- como as considerações de saúde mental devem ser integradas numa grande variedade de políticas resilientes da UE e nacionais, em benefício das pessoas em toda a UE.

A multiplicidade de aspetos e as complexidades da digitalização apresentam uma oportunidade de implementar uma vasta gama de políticas em termos de

25 Consulta pública de 18 de janeiro a 15 de fevereiro de 2023 https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/13676-A-comprehensive-approach-to-mental-health_en.

redução do risco, e não deve estar apenas confinada ao mundo do teletrabalho. Intervenções como investimentos na capacitação de competências digitais, requisitos padronizados e alinhados para o teletrabalho comuns em toda a UE, medidas de acessibilidade e tecnologias inclusivas para todos os trabalhadores (incluindo os novos) são apenas pequenos passos para a resolução da questão.

Além disso, é de notar que neste momento não existem leis específicas relativas à segurança e saúde no trabalho no mundo digital. O único tipo de trabalhadores protegidos por legislação específica, cujas questões se relacionam com a utilização da tecnologia, são os operadores de Equipamento dotados de Visor (EdV), composta por todos os trabalhadores que utilizam um ecrã de computador (neste momento esta diretiva está a ser revista e prevê-se a sua extinção e integração destas matérias na diretiva equipamentos e locais de trabalho). O pré-requisito para ser abrangido por esta definição é que o trabalhador utilize o terminal de vídeo durante vinte horas por semana ou mais, o que hoje em dia inclui uma vasta percentagem da mão-de-obra devido à disseminação da tecnologia informática nas tarefas quotidianas (Muro *et al.*, 2017).

Esta é uma definição redutora dos riscos do trabalhador na era digital atual, uma vez que os riscos mais minuciosamente investigados são os relacionados com a visão e com a componente musculoesquelética, enquanto outros, como as perturbações de saúde mental e outras implicações mais subtis de saúde e segurança (ou seja, os riscos do espaço de trabalho num teletrabalhador), são menos considerados. Por conseguinte, acreditamos que é necessário repensar e redefinir quem é um trabalhador digitalizado, e quais são os riscos associados ao espaço de trabalho digital moderno e considerar o alinhamento da legislação atual e futura da EU e do nosso país.

Conclusão

Existe certamente a necessidade de investigar mais aprofundadamente o fenómeno a nível da UE, com a implementação de estudos à escala europeia com a colaboração da EU-OSHA e dos estados-membros. As medidas tomadas na última década a nível político apontam para uma boa direção, mas é necessário um maior investimento para melhorar os conhecimentos científicos.

As conclusões destes estudos científicos serão essenciais em três pontos de vista: ajudar o empregador a compreender quais as medidas a implementar para se proteger contra este novo fator de risco, ajudar os profissionais da SST (médico do trabalho, técnico de segurança, ...) a delinear como realizar a

avaliação dos riscos com a introdução de novas tecnologias e, em última análise, beneficiar o trabalhador numa era digitalizada.

De facto, uma das grandes promessas do aumento da digitalização do trabalho é que, de certo modo, nos obriga a ser mais humanos. Assim, teremos que projetar empregos que se baseiem nas nossas competências e capacidades, que são questões exclusivamente humanas, e colocá-las no Trabalho, criando as bases de sustentação do Trabalho em Equipa e em Rede. Os sistemas devem ser humanizados para permitir que o trabalho seja humanizado.

Nos últimos trinta anos, assistimos a um desenvolvimento tecnológico e digital extensivo, que afetou quase todos os setores de produção e alterou sobremaneira o panorama do trabalho. A tecnologia tornou-se parte integrante do modo de funcionamento das empresas: desde o aumento da rentabilidade, até à competitividade num mundo globalizado, passando pelo reforço da segurança e da saúde no trabalho.

Referências

- Ahrendt D, Cabrita J, Clerici E, Hurley J, Leončikas T, Mascherini M, ... & Sándor E. (2020). Living, working and COVID-19. Eurofound. Disponível em: <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2020/living-working-and-covid-19>.
- Aloisi, A. (2019). Negotiating the digital transformation of work: Non-standard workers' voice, collective rights and mobilisation practices in the platform economy (EUI Working Paper, MWP 2019/03). Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3404990.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bakker AB & Demerouti E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309–328.
- Bérastégui, P. (2021). Exposure to psychosocial risk factors in the gig economy: A systematic review. (ETUI Report, European Trade Union Institute). [https://www.etui.org/sites/default/files/2021-01/Exposure to psychosocial risk factors in the gig economy as a systematic review web-2021.pdf](https://www.etui.org/sites/default/files/2021-01/Exposure%20to%20psychosocial%20risk%20factors%20in%20the%20gig%20economy%20as%20a%20systematic%20review%20web%202021.pdf).
- Bond GR, Drake RE, & Becker DR. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World psychiatry*, 11(1), 32-39.

- Brohan E, Henderson C, Little K, Thornicroft G. (2010). Employees with mental health problems: Survey of UK employers' knowledge, attitudes and workplace practices. *Epidemiol Psichiatr Soc*, 19(4), 326-332.
- Charles L, Xia S, & Coutts AP. (2022). Digitalization and Employment, A Review. International Labour Organization. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/documents/publication/wcms_854353.pdf.
- Comissão Europeia (2015) Estratégia para o Mercado Único Digital na Europa. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52015DC0192&from=PT>.
- Comissão Europeia (2020). Study to gather evidence on the working conditions of platform workers. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8280>.
- Comissão Europeia (2021a) Commission work programme 2022 Making Europe stronger together. Disponível em: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/com2021_645_en.pdf.
- Comissão Europeia (2021b) Quadro estratégico da UE para a saúde e segurança no trabalho 2021-2027 Saúde e segurança no trabalho num mundo do trabalho em evolução. Disponível em: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=151>.
- Comissão Europeia (2022) Digital Economy and Society Index (DESI) 2022. Disponível em: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/pt/library/digital-economy-and-society-index-desi-2022>.
- Corrigan P & Lundin R. (2001). Don't Call Me Nuts. Tinley Park, IL: Recovery Press.
- De Stefano, V. (2021). Platform work and the employment relationship. (ILO Working Paper 27), International Labour Organisation. Disponível em: https://www.ilo.org/global/publications/workingpapers/WCMS_777866/lang-en/index.htm.
- Eionet (2021). Digital waste management. European Topic Centre on Waste and Materials in a Green Economy Disponível em: <https://www.eionet.europa.eu/etcs/etcwmge/products/etc-reports/digital-wastemanagement/@@download/file/Digital%20waste%20management.pdf>.
- Ellison ML, Russinova Z, Donald-Wilson KL, Lyass A. (2003). Patterns and correlates of workplace disclosure among professionals and managers with psychiatric conditions. *J Vocat Rehabil*, 18, 13.
- EU-DGIP (2020). Opportunities of post COVID-19 European recovery funds in transitioning towards a circular and climate neutral economy. Directorate-General for Internal Policies. Disponível em:

- [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2020/658186/IPOL_BRI\(2020\)658186_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2020/658186/IPOL_BRI(2020)658186_EN.pdf).
- EU-OSHA (2013a). E-fact 68: a SST e as instalações de energia solar de pequena dimensão. European Agency for Safety and Health at Work. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/publications/e-fact-68-osh-and-small-scale-solar-energy-applications>.
- EU-OSHA (2013b). E-fact 69: Lista de controlo dos perigos: riscos de SST associados às instalações de energia solar de pequena dimensão. European Agency for Safety and Health at Work. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/publications/e-fact-69-hazard-identification-checklist-osh-risks-associated-small-scale-solar-energy>.
- EU-OSHA (2013c). E-fact 70: Occupational safety and health issues associated with green building. European Agency for Safety and Health at Work. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/publications/e-fact-70-occupational-safety-and-health-issues-associated-green-building>.
- EU-OSHA (2013d). E-fact 71: Lista de controlo dos perigos: questões relativas à segurança e saúde no trabalho relacionadas com a construção ecológica. European Agency for Safety and Health at Work. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/publications/e-fact-71-hazard-identification-checklist-occupational-safety-and-health-issues>.
- EU-OSHA (2019). “Digitalisation and occupational safety and health - An EU-OSHA research programme”. European Agency for Safety and Health at Work. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/publications/digitalisation-and-occupational-safety-and-health-eu-osh-research-programme>.
- EU-OSHA (2021a). Digital platform and occupational safety and health: A policy brief. European Agency for Safety and Health at Work. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/publications/digital-platform-work-and-occupational-safety-and-health-policy-brief>
- EU-OSHA (2021b). Digital platform work and occupational safety and health: A review. European Agency for Safety and Health at Work. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/publications/le-travail-sur-plateformes-numeriques-et-la-sante-et-lasecurite-au-travail-analyse>.
- EU-OSHA (2021c). Foresight Study on the Circular Economy and its effects on Occupational Safety and Health Phase 1: Macro-scenarios. European Agency for Safety and Health at Work. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/publications/what-will-circular-economy-mean-occupational-safety-and-health-osh/view>.
- EU-OSHA (2021d). Inteligência artificial para a gestão de trabalhadores: riscos e oportunidades. European Agency for Safety and Health at Work.

Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/publications/artificial-intelligence-worker-management-risks-and-opportunities>.

EU-OSHA (2021f). Psychosocial Risks and Stress at Work. European Agency for Safety and Health at Work. Disponível em:

<https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-stress>.

EU-OSHA (2022a). Occupational safety and health risks of parcel delivery work organised through digital labour platforms. European Agency for Safety and Health at Work.

EU-OSHA (2022b). Occupational safety and health risks of handiwork provided through digital labour platforms. European Agency for Safety and Health at Work.

EU-OSHA (2022c). Occupational safety and health risks of online content review work provided through digital labour platforms. European Agency for Safety and Health at Work.

EU-OSHA (2022d). Occupational safety and health risks of remote programming work organised through digital labour platforms. European Agency for Safety and Health at Work.

EU-OSHA (2022e). Spain: The 'Riders' Law', new regulation on digital platform work. European Agency for Safety and Health at Work.

EU-OSHA (2022f). Italy: A national and local answer to the challenges of the platform economy. European Agency for Safety and Health at Work.

EU-OSHA (2022g). France: Lessons from the legislative framework on digital platform work. European Agency for Safety and Health at Work.

EU-OSHA (2022h). What actions can labour and social security inspectorates take to help manage the OSH risks in platform work? European Agency for Safety and Health at Work.

Eurofound (2020). Back to the future: Policy pointers from platform work scenarios. <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2020/back-to-the-future-policy-pointersfrom-platform-work-scenarios>

European Commission (2013), Green jobs and occupational safety and health: Foresight on new and emerging risks associated with new technologies by 2020 Report Luxembourg: Publications Office of the European Union — 209 pp. — 21 x 29.7 cm ISBN 978-92-9191-966-6.

European Commission (2013), Green jobs and occupational safety and health: Foresight on new and emerging risks associated with new technologies by 2020 Summary Luxembourg: Publications Office of the European Union — 37 pp. — 21 x 29.7 cm ISBN 978-92-9191-968-0.

European Commission (2015). Closing the loop — An EU action plan for the Circular Economy. COM/2015/0614 final of 2 December 2015. Disponível

- em: <https://eurlex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52015DC0614>
- European Commission (2019). The European Green Deal. COM/2019/640 final of 11 December 2019. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/EN/ALL/?uri=CELEX%3A52019DC0640>
- European Commission (2020a). A new Circular Economy Action Plan. For a cleaner and more competitive Europe. COM2020/98 final of 11 March 2020. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=COM:2020:98:FIN>
- European Commission (2020b). Circular Economy Action Plan. For a cleaner and more competitive Europe. Disponível em: https://ec.europa.eu/environment/circulareconomy/pdf/new_circular_economy_action_plan.pdf
- European Parliament (2022). Mental Health in the Digital World of Work. European Parliament resolution of 5 July 2022 on mental health in the digital world of work (2021/2098(INI). Disponível em: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2022-0279_EN.pdf
- Eurostat (2021), news 11/10/2021. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20211012-2>
- ILO (2019). Safety and health at the heart of the future of work: building on 100 years of experience. International Labour Organisation. Disponível em: https://www.ilo.org/safework/events/safeday/WCMS_686645/lang-en/index.htm
- ILO (2021). World employment and social outlook: The role of digital labour platforms in transforming the world of work. ILO Flagship Report. International Labour Organisation. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_771749.pdf
- ISO (2021). ISO 45003:2021 – Occupational health and safety management – Psychological health and safety at work – Guidelines for managing psychosocial risks.
- Krupa T. (2009). Understanding the stigma of mental illness in employment. Work, 33, 413–425.
- Mental Health at Work Report (2017). National Employee Mental Wellbeing Survey Findings 2017. Business in the Community. Disponível em: <https://www.activehw.co.uk/uploads/bitcmental-health-at-work-report-2017.pdf>

- Mental Health Foundation (2002). *Out at Work. A Survey of the Experiences of People with Mental Health Problems within the Workplace*. London: Mental Health Foundation.
- Muro M, Liu S, Whiton J, & Kulkarni S. (2017). *Digitalization and the American workforce*. Brookings Institution. Disponível em: https://www.think-asia.org/bitstream/handle/11540/7892/mpp_2017nov15_digitalization_full_report.pdf?sequence=1
- OECD (2012), *Sick on the Job?: Myths and Realities about Mental Health and Work*. OECD. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/mental-health-and-work-9789264124523-en.htm>
- OECD/European Union (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/European Union, Brussels. Disponível em: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- OECD/European Union (2022), *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.
- Pai N, Dark F, & Castle D. (2021). The Importance of Employment for Recovery, in People with Severe Mental Illness. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 8(3), 217-219.
- Rovelli P & Curnis C. (2021). The perks of narcissism: Behaving like a star speeds up career advancement to the CEO position. *The Leadership Quarterly*, 32(3), 101489.
- Santomauro DF, Herrera AMM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, ... & Ferrari AJ. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700-1712.
- The European House - Ambrosetti (2021). *Headway 2023 – Mental Health Index*. Disponível em: https://eventi.ambrosetti.eu/headway2023/wp-content/uploads/sites/196/2021/10/211005_Headway-2023_Report_DEF.pdf
- Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. (2009). The INDIGO Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 373, 408–415.
- Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*, 190, 192–193.
- Wahl OF. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia bulletin*, 25, 467–478.

Wittchen HU & Jacobi F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376

World Health Organization (2022). Mental Health at Work. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>

Organização do espaço de trabalho – Teoria dos 5S

¹Telma Filipa Pires, ²Bruno Magalhães, ¹Marta Paulo, & ¹Patrícia Maria Pires

¹Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro

²Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução

Numa economia atual baseada no conhecimento, o fator mais relevante do desempenho de uma organização é a qualidade do seu capital humano¹. As organizações tendem a deixar de ser modelos fixos, para os quais são canalizados recursos, tendo em atenção a execução de papéis específicos, para passarem a ser: espaços dinâmicos cuja sobrevivência e prosperidade dependem da capacidade de resposta às mutações envolventes². Assim os esquemas mecanicistas tradicionais que definem fronteiras delimitadas acerca das tarefas de cada elemento na organização, encontram-se completamente desajustados das necessidades dos mercados globalizados atuais. As soluções aos problemas com que as organizações se deparam têm cada vez mais que ser: inovadoras, criativas, céleres, ajustadas às necessidades dos *stakeholders*, adaptadas à conjuntura económica³. As características mais procuradas atualmente pelas empresas são: flexibilidade, inovação, capacidade de resposta, proatividade, iniciativa, inteligência emocional, criatividade e eficiência⁴, o que nos direciona a um dos pontos mais importantes da gestão atual: a competição das empresas pelos talentos, tendo em vista conquistá-los, motivá-los e retê-los⁵.

Uma organização é uma combinação de esforços individuais que tem por finalidade realizar propósitos coletivos⁶. Assim, a gestão de uma organização assume um papel fundamental na transmissão de expectativas (missão, estratégia, políticas) a toda a equipa^{7,8}. Urge a necessidade de manter equipas motivadas e felizes para atingirem os objetivos propostos⁹. Operações de rotina e implementação de programas para cumprir as expectativas, entre outras, a apresentação dos resultados ao conselho de administração, têm vindo a ser estratégias utilizadas para incremento do sucesso de uma organização⁴. Atendendo a que “uma equipa é constituída por um grupo de pessoas ligadas por um objetivo comum”¹⁰, torna-se imperioso que os membros que integram uma organização, se tornem numa fonte de vantagem competitiva, ou seja, ser mais valias (criarem valor para a empresa), ser únicas ou raras (não estarem na posse dos seus concorrentes), ser difíceis de imitar (pela concorrência), não ser substituíveis facilmente (por equivalentes estratégicos), estar alinhados com a

organização (políticas, objetivos, valores)^{11,12}. É sabido que as organizações mais competitivas são as que conseguirem tirar melhor partido do potencial dos indivíduos que as integram¹³. Assiste-se a uma mudança de paradigma das qualificações (ligado ao trabalho e à tarefa) para o paradigma das competências (ancorado no indivíduo). Se o foco era resolver um problema atual da organização, hoje procuramos selecionar o colaborador de acordo com a estratégia de longo prazo da empresa e seus desafios futuros⁴.

Assim, “as pessoas são o nosso ativo mais importante”¹⁴. Estas apoiam-se cada vez mais numa gestão por competências (modelo de gestão procura identificar e desenvolver as competências necessárias para que a organização possa atingir os seus objetivos estratégicos) em conformidade com a estratégia da organização^{1,4,14}. As empresas transformam-se em *learning organizations*, sentem a necessidade de aprender constantemente, de reconhecer as pessoas como mais-valia e com uma grande importância na sua estratégia¹⁵.

Em paralelo com todas estas teorias e modelos de gestão (estratégica, de competências, de recursos humanos, das organizações, de risco, de qualidade) também a logística tem um papel fundamental na organização das empresas. A logística é atualmente, um processo de criação de valor. Ela representa o conjunto de atividades que asseguram a disponibilidade do produto certo, no local certo, no momento certo, nas condições certas, ao preço certo, ou seja, pode ser traduzido como um processo estratégico de planeamento, implementação e controlo de fluxos de bens, serviços e informação relacionada, desde o ponto de origem ao de consumo, de acordo com as necessidades dos elementos a serem servidos pelo sistema em causa¹⁶. Para que se espelhe um manual de boas práticas num local trabalho, em prol de maior rentabilidade, produtividade, sucesso, satisfação e motivação, espera-se que as empresas: empreguem práticas de equilíbrio trabalho/família, facultem oportunidades de experiência internacional, adotem políticas amigas do ambiente, impulsionem a progressão profissional e promovam políticas de bem-estar profissional¹⁷.

A Implantação de um sistema de qualidade vem colmatar as exigências num espaço de trabalho, para que este se torne o mais próximo do ideal. Segundo a literatura, uma das formas de criar um ambiente de trabalho adequado, focado na qualidade, é por meio da implementação da metodologia 5S. Essa metodologia fomenta a criação desse ambiente, pois reúne os componentes da organização, bem como a melhoria do aspeto físico do ambiente de trabalho¹⁸. Nesse contexto, Osada (1991) afirma que o programa 5S é a chave para implementar um sistema de qualidade em qualquer organização¹⁹.

Todos os dias grande parte do nosso tempo é passado nos locais de trabalho. É aqui que desenvolvemos novas ideias, projetos, usamos a nossa criatividade e, por vezes, sentimos o stress sobre todas as tarefas e responsabilidades que nos são atribuídas. Se esse espaço estiver desorganizado será potenciador da desordem e procrastinação dos colaboradores, prejudicando a sua produtividade e motivação para desenvolver o trabalho^{20,21}. Por outro lado, se o espaço de trabalho estiver organizado e otimizado, o ambiente será muito mais agradável e os colaboradores vão sentir-se mais confiantes, animados, criativos e felizes²².

Manter o local de trabalho organizado é, por isso, muito importante para qualquer organização que deseja ser mais eficaz e eficiente nos seus processos internos. Os motivos impulsionadores desta busca, dentro das organizações, apresentam as mais variadas naturezas, desde a necessidade de obter melhores resultados das ações e dos recursos, até ao aumento da qualidade dos bens e serviços, passando pela preocupação com a segurança no trabalho e com a garantia de uma melhor coordenação das várias equipas, entre outros^{22,23}.

Queira-se assim entender, para melhor clarificar os fundamentos seguintes, que trabalho, segundo o dicionário da língua portuguesa, entende-se por: “qualquer ocupação física ou intelectual”, “atividade profissional regulada e remunerada”, “conjunto de tarefas que constituem a obrigação ou o papel que alguém deve desempenhar”, “modo de executar uma tarefa, de realizar algo”, mas também, definições do âmbito da física, da medicina, da biologia e até do ocultismo, contudo, ao tentar fazer uma pesquisa num motor de busca por esta palavra, as primeiras entradas que surgem estão diretamente relacionadas com “emprego”. Espaço, é definido como “lugar mais ou menos bem delimitado, cuja área (maior ou menor) pode conter alguma coisa; extensão indefinida”, “lugar, recinto, dependência”. Embora não exista em nenhum dos dicionários da língua portuguesa consultados uma definição de espaço de trabalho, vamos considerar, neste contexto, que se trata do local onde se exerce uma atividade profissional.

História dos Locais de Trabalho

Historicamente, os espaços de trabalho eram entendidos como meios essencialmente técnicos, e a sua conceção baseada em parâmetros físicos. Ao longo dos tempos, a evolução tecnológica veio modificar fundamentalmente a natureza das atividades do homem no trabalho, alimentando a natureza humana dos meios, o que foi preponderante para a busca de uma adequação entre os equipamentos e as tarefas a serem cumpridas²².

Na idade média, os monges, nos mosteiros, possuíam já áreas de trabalho equiparadas a escritórios. Os mosteiros eram espaços de conhecimento, e os monges, os intelectuais que assumiram a responsabilidade por manter um registo escrito do conhecimento da antiguidade. Escreviam de pé, em salas isoladas, que tinham em vista garantir a concentração total^{20,23}.

Com o passar do tempo a produção intelectual saiu do domínio exclusivo do mundo religioso, passando a desenvolver-se também no domínio da ciência e do comércio. A evolução dá-se simultaneamente ao nível do empreendedorismo, da tecnologia e da economia, o que força uma evolução nos espaços de trabalho. No século XII os escritórios eram usados para a contabilidade e para a elaboração de contratos^{20,22,23}.

Já nos séculos XVII e XVIII, no período do Iluminismo, o trabalho intelectual adquire um novo valor com ênfase na liberdade, na produtividade por meio da aprendizagem plena²²⁻²⁴.

Foi nos EUA, no final do século XIX, após a Revolução Industrial, que surgiram os primeiros escritórios comerciais que a par com outras empresas focadas nos serviços, e com as agências governamentais, consolidaram o trabalho burocrático. Os espaços eram projetados de forma padronizada e para a padronização dos processos, e o foco mantinha-se no isolamento do profissional. Aplicavam-se os ideais do Taylorismo, pretendia-se alcançar o máximo de produção com o mínimo de tempo e esforço. Nos anos 50 a disposição dos escritórios era uma extensão do modelo fabril da Era Industrial^{20,23,24}.

A partir de 1960 começou a dar-se uma maior valorização do trabalho criativo e preocupação com a ergonomia, o que levantou questões relativas ao ambiente de trabalho²⁰.

Até aos anos 80, houve uma mudança para o espaço aberto e o mobiliário modular com o objetivo de aumentar a flexibilidade e a comunicação. Os trabalhadores eram dispostos em filas de cubículos idênticos e os gestores e supervisores mantinham-se em gabinetes fechados^{20,24}.

Atualmente espera-se que os espaços de trabalho suportem os objetivos da organização. Para tal, a tecnologia, os padrões de interação social e os processos de negócio são tidos em consideração na sua conceção. Considera-se que o local de trabalho deve ser projetado com base na tecnologia, nos padrões de interação social, e nos processos de negócio²⁰.

Coworking/Espços Partilhados e Trabalho Remoto/Ambiente Digital

As transformações económicas, ambientais, sociais e tecnológicas, do trabalho e da própria forma como as organizações se posicionam, desenvolvidas nas últimas décadas, resultado das constantes transformações dos modelos produtivos, conduziram à transformação dos espaços de trabalho ditos convencionais e a novos modos de trabalhar, em novos ambientes²⁵.

Coworking ou cotrabalho, trabalho colaborativo e trabalho cooperativo, são sinónimos de um mesmo conceito: um modelo de trabalho que se baseia na partilha de espaço e recursos de escritório, reunindo pessoas que não trabalham necessariamente para a mesma empresa ou na mesma área de atuação, podendo inclusive reunir entre os seus usuários os profissionais liberais, empreendedores e usuários independentes²⁵. O termo “*coworking*” foi usado pela primeira vez em 1999, por Bernie DeKoven descrevendo o trabalho colaborativo com apoio de computadores e novas tecnologias²⁵, segundo Leforestier (2009), e prosperou após 2005²⁶. Deste então tem conquistado adeptos por todo o mundo refletindo os novos valores do mundo contemporâneo^{25,26}.

Em Portugal, os espaços de *coworking* situam-se na sua maioria em Lisboa e Porto mas é possível encontra-los também em locais como [Videmonte](#) (Guarda), [Lapa dos Dinheiros](#) (Seia) ou Alvoco (Oliveira do Hospital).

O *coworking* reúne pessoas que trabalham de forma independente, mas que compartilham valores e procuram sinergias que um espaço comum, compartilhado com pessoas talentosas, pode trazer²⁶. Este ambiente possibilita a geração de novos negócios, a inovação, o empreendedorismo, a disseminação do conhecimento²⁵. Os objetivos destes espaços são compartilhar uma estrutura física, mobiliário, custos de arrendamento, serviços de comunicação, bem como um endereço comercial, criando um ambiente propício ao *networking*, a troca de experiências, a partilha de conhecimentos, participação de eventos e programas de capacitação²⁶. Também existem desvantagens decorrentes da perda de privacidade e confidencialidade, com os custos que isso acarreta no aspeto competitivo^{25,26}.

Uma forma de trabalho menos recente, com referências conhecidas já durante o século XIX, mas com semelhante incremento nos últimos anos, é o trabalho remoto, que se define como o trabalho realizado à distância e por meio do uso das novas tecnologias de comunicação²⁷.

Relativamente ao trabalho remoto, é importante diferenciar que este pode ocorrer em modelo de *home office*, em que o trabalhador atua fora do ambiente da organização, habitualmente de forma flexível, mas pode dar-se também no

ambiente da empresa, estando o trabalhador em contacto remoto com outras partes da mesma empresa, com outras empresas, outros trabalhadores ou com clientes, por exemplo, operando comunicações em outras cidades, países ou mesmo noutros continentes^{27,28}.

O trabalho em ambiente digital permite às empresas quebrar todas as barreiras do espaço, tendo à sua disponibilidade o capital humano e intelectual que melhor se enquadra nos seus valores, missão e objetivos. Esta nova realidade, de um mercado de trabalho sem fronteiras, quebra também as barreiras do tempo permitindo às organizações e aos trabalhadores atuar em qualquer fuso horário, com comunicação instantânea. Tudo isto aumenta a competitividade, e agrega valor às empresas. Contudo, as relações contractuais que tipicamente uniam empregados e empregadores tornam-se cada vez mais distantes, e o conceito de trabalho seguro e estável esbate-se^{28,29}.

Espaços de Conhecimento, Design e Espaços Sociais: o seu papel no sucesso das organizações

Seja qual for o modelo de trabalho adotado, atualmente, a chave do sucesso está no conhecimento, e o capital social é o bem mais importante de uma organização. Hoje, as organizações necessitam da formação e do desenvolvimento dos conhecimentos dos seus colaboradores para o seu próprio desenvolvimento. “Numa organização aprendente onde os conceitos de colaboração, partilha, aprendizagem e conhecimento são chave, o espaço de trabalho tem um papel importante”²⁰. Segundo o mesmo autor, do espaço do conhecimento espera-se que promova a criatividade, encoraje a comunicação e simultaneamente provoque o constante contacto entre gestores e empregados, com segurança para experimentar e aprender²⁰. É da interação entre as pessoas, de todos os quadrantes da organização, desde o mais novo ao CEO, e da partilha de saberes e experiências que brota o conhecimento. Neste sentido o design tem conquistado um papel de destaque²⁰. Existem três categorias de espaço nas empresas: o espaço de apresentação e reunião, o espaço individual, e o espaço social. Estes espaços devem encadear-se como se de casas, ruas ou lojas se tratassem, levando a que as pessoas interajam entre si, troquem conversas e partilhem ideias. Um design favorável à aprendizagem é aquele que força o contacto entre as pessoas, que torna os espaços flexíveis e facilita a comunicação²⁰. O design foca-se na melhoria da produtividade, flexibilidade e colaboração considerando o desenho dos espaços de trabalho, a tecnologia, os padrões de interação social e os processos de negócio. “Ao colocar valor nas pessoas e no capital social, algumas empresas destacam-se como verdadeiras organizações aprendentes”²⁰. Esta valorização das pessoas e

do conhecimento que elas transportam traduzem-se num esforço para favorecer a aprendizagem e a colaboração. A atmosfera propícia tem sido gerada em empresas inovadoras, orientadas para o conhecimento, com uma crescente aposta no papel dos espaços sociais. Aparecem “reabilitadas” as bibliotecas. Surgem agora com um conceito de espaço de troca e criação colaborativa de conhecimento, sem o carácter formal que outrora lhes fora atribuído, mas com um ambiente distinto da informalidade do café²⁰. Smith (2002), conclui no seu artigo que “Os espaços de conhecimento devem ser locais em que a aprendizagem e a partilha acontecem regularmente. O bom design de um espaço de trabalho pode ter um importante papel no sucesso ou fracasso de uma organização aprendente”²⁰

Ambientes de Trabalho Saudáveis

A qualidade de vida e os espaços de trabalho saudáveis estão diretamente relacionados com o sucesso das organizações³⁰. Colaboradores saudáveis, com qualidade de vida, que atuam em ambientes de trabalho saudáveis apresentam maior satisfação no trabalho e melhores resultados³¹. Apostar nas políticas de promoção da qualidade de vida como pilar estratégico permite à organização cativar e reter os melhores ativos humanos, e aumentar o seu nível de compromisso com a empresa, a criatividade a capacidade de inovação e consequentemente o seu desempenho. Por outro lado, diminuem os fatores de risco, assim como o ruído introduzido por conflitos, queixas, absentismo, problemas de desempenho e acidentes^{30,31}.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define saúde como: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença”, e parte deste conceito para se referir ao ambiente de trabalho saudável como: “aquele em que os trabalhadores e os gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho”. Para que isto se cumpra as organizações devem observar as necessidades dos colaboradores no que concerne a segurança, saúde, bem-estar físico e psicossocial, por meio também de incentivos a um estilo de vida saudável e do seu envolvimento na sociedade criando valor positivo para a saúde dos colaboradores e suas famílias³². A Assembleia da OMS aprovou o “Saúde dos trabalhadores: plano de ação global” para proporcionar um novo estímulo para a ação dos estados-membro. O plano de ação global estabelece cinco objetivos: elaborar e implementar instrumentos de políticas e normas para a saúde dos trabalhadores; proteger e promover a saúde no ambiente de trabalho; promover o desempenho e o acesso

aos serviços de saúde ocupacional; fornecer e divulgar evidências, objetivando a ação e a prática; incorporar a saúde dos trabalhadores em outras políticas. Para fornecer às empresas tal modelo, a OMS, com base no plano global de ação para a saúde dos trabalhadores, lançou, em abril de 2010, um modelo global para ambientes de trabalho saudáveis³².

Para que as organizações alcancem o sucesso nesta missão de promover a saúde nos locais de trabalho é fundamental que todos estejam envolvidos, com compromisso da liderança e forte participação dos trabalhadores, observando escrupulosamente a ética e os valores da organização. Existem seis características, que podem ser observadas num ambiente de trabalho saudável e, que seguem uma linha defendida pela OMS: sentir-se em casa; salas adaptáveis às necessidades; zonas comuns e espaços de lazer; apostar na luz natural; espaço ergonómico no local de trabalho; um escritório mais sustentável³².

Kaisen e 5S

A filosofia de Kaisen surgiu da necessidade. Após a Segunda Guerra Mundial, o Japão encontrava-se devastado, uma vez que tinha perdido a guerra. As empresas precisavam crescer, mas não havia capital para ser investido e não havia a possibilidade de incentivo por parte do governo. As empresas japonesas precisavam produzir com qualidade e trabalhar com preços competitivos, mas não havia máquinas sofisticadas ou automáticas como nas empresas americanas³³⁻³⁵. Os japoneses retomaram então, as ideias da administração clássica de Taylor que se baseia na aplicação do método científico com o intuito de garantir o melhor custo/benefício aos sistemas produtivos, e para renovar sua indústria, criaram o conceito de Kaisen (“Kai” significa mudar e “Zen” significa para melhor), tendo como missão “Melhorar o Mundo com todas as pessoas, em todas as áreas, todos os dias”³³.

“Kaisen significa melhoria contínua. Este conceito, significa também melhoria contínua na vida pessoal, social e profissional. Quando aplicado no local de trabalho, Kaisen significa melhoria contínua envolvendo todos – administração e restantes colaboradores”, segundo Masaaki Imai, fundador do Kaisen Institute³³.

A filosofia Kaisen teve então origem no Japão e assenta no pressuposto de que nenhum dia deve ser passado sem que uma melhoria seja implementada (na organização ou no indivíduo). Kaisen significa fazer bem, e foi uma metodologia desenvolvida por um engenheiro chamado Taichi Ohno, aplicada primeiramente na produção da Toyota. O seu objetivo é reduzir o desperdício,

obter uma melhoria contínua da qualidade e o aumento da produtividade. Deve suportar-se na redução do desperdício, com base no bom senso e em soluções que apoiem a criatividade e a motivação dos trabalhadores. Sabemos, contudo, que a melhoria, mesmo a que aponta no sentido positivo, encontra sempre resistência. A forma de contornar este entrave é dar tempo aos colaboradores, esclarecer responsabilidades e estimular a confiança³³⁻³⁵.

Como implementar a filosofia Kaizen?

O Kaizen Diário, ou Daily Kaizen, é um programa fulcral ao sucesso da implementação e sustentabilidade das iniciativas de melhoria, numa organização. O Kaizen Diário é um programa de desenvolvimento dos líderes das equipas naturais, para as tornar autónomas na aplicação da melhoria contínua, no seu raio de atuação. Esta capacitação permite tornar as equipas aptas a manterem e melhorarem os seus processos, diariamente, promove assim a estabilidade básica dos processos internos da organização. Os 4 níveis de implementação deste modelo contribuem de forma estruturada, para o desenvolvimento das pessoas e sustentação de melhorias da organização. A cada nível é exigido às equipas um maior grau de maturidade na aplicação da melhoria contínua: Nível 1: Gestão diária; Nível 2: Organização dos espaços físicos e digitais; Nível 3: Normalização; Nível 4: Melhoria do processo³⁴.

Organização dos espaços físicos e digitais (Kaizen Diário, nível 2)

As pessoas adotam comportamentos diferentes em situações semelhantes, a mesma pessoa, perante o mesmo problema, tem comportamentos diferentes, e tudo isto acontece porque o ambiente onde o indivíduo está inserido condiciona os seus comportamentos³⁴. Este nível do Kaizen pretende começar por condicionar, de forma positiva, os comportamentos dos indivíduos. Alteração das áreas de trabalho físicas ou digitais facilita, em primeira instância, alteração dos comportamentos das pessoas e permite a eliminação de tempo despendido à procura de matérias e informação, a melhoria da gestão da informação e a redução de custos através de uma melhor utilização de materiais e equipamentos³⁴.

Para alcançar esta melhoria, um programa de fácil implementação e de baixo custo é o **5S**. A Metodologia 5S é o segundo nível da filosofia Kaizen e, tem como objetivo, atingir a melhoria nos espaços de trabalho sem que haja a necessidade de grandes investimentos financeiros³⁶. Salienta-se que o sistema dos 5S foi desenhado para criar um local de trabalho visual, ou seja, um ambiente de trabalho que se explica, ordena e melhora autonomamente. Num local de trabalho visual, uma situação fora do padrão torna-se imediatamente óbvia e os

trabalhadores podem corrigi-la facilmente³⁷. É possível alcançar uma série de benefícios bastante diversificados depois de serem implementados os 5S num local de trabalho³⁸:

- Tempos de ciclo reduzidos;
- Aumento do espaço disponível;
- Melhorias nas condições de trabalho;
- Melhorias nos desempenhos de equipa;
- Estabelecimento de procedimentos de operações;
- Melhoria na gestão de inventário;
- Redução do número de acidentes no local de trabalho;
- Aumento da motivação dos trabalhadores;
- Melhoria nas comunicações entre os trabalhadores;
- Redução dos tempos de procura dos componentes;
- Aumento na aderência para estabelecer procedimentos de operações normalizados.

A Metodologia 5S consiste numa etapa inicial da metodologia Kaizen e serve de base para a implementação da qualidade total. Assim a Metodologia 5S é um conjunto de técnicas de melhoria da organização dos locais de trabalho que estão na base de uma organização eficiente³³. Esta ferramenta assenta assim na quantidade e qualidade respetivamente no que se refere à poupança de tempo e fazer bem à primeira evitando o erro³⁹. Esta metodologia apresenta como objetivo a visão por parte dos trabalhadores em atuarem no seu local de trabalho e através da filosofia Kaizen obterem importantes melhorias no Gemba (palavra de origem japonesa que significa o "verdadeiro lugar", o lugar onde as coisas realmente acontecem) sem que haja a necessidade de grandes investimentos financeiros³⁹. Os objetivos dos 5S's centram-se em eliminar os desperdícios básicos de forma a³³:

- Procurar ou movimentar materiais;
- Corrigir erros ou defeitos;
- Eliminar tempos de espera;
- Libertar tempo para tarefas úteis;
- Sistematizar as atividades de limpeza, arrumação e organização dos postos de trabalho.

Quando uma organização aplica a metodologia dos 5S's, esta apresenta alguns benefícios após a sua implementação nomeadamente maior produtividade pela redução da perda de tempo à procura de objetos, redução dos desperdícios, dos tempos de execução e de movimentação logo redução nos

custos, existe melhor qualidade dos produtos e dos serviços, menor taxa de acidentes de trabalho, maior satisfação em trabalhar e por fim garante uma melhor imagem perante o cliente³³. Assim, tem-se em conta a criatividade dos elementos das equipas de trabalho de forma a atingir o objetivo de melhoria no espaço de trabalho. O passo mais importante incorporado nesta metodologia é a identificação por parte de toda a equipa de trabalho do Muda (Desperdício). A obtenção de uma boa compreensão do que é o Muda e a sua identificação nas áreas de trabalho é importante para a boa aplicação das metodologias Kaizen. Os trabalhadores deverão questionar tudo o que está presente no local de trabalho, bem como a sua organização³³.

Baseia-se em 5 etapas, que na sua designação original são representadas por palavras japonesas iniciadas pela letra S: **Seiri** (senso de utilização - “Triagem e Separação”); **Seiton** (senso de organização - “Arrumação”); **Seiso** (senso de limpeza - “Limpeza e Manutenção”); **Seiketsu** (senso de padronização - “Normalização e Prática”); **Shitsuke** (senso de disciplina - “Disciplina”). Apesar da sua facilidade de implementação e eficácia, trata-se de um programa difícil de manter, uma vez que o 5º senso, a disciplina, exige uma motivação constante³⁷.

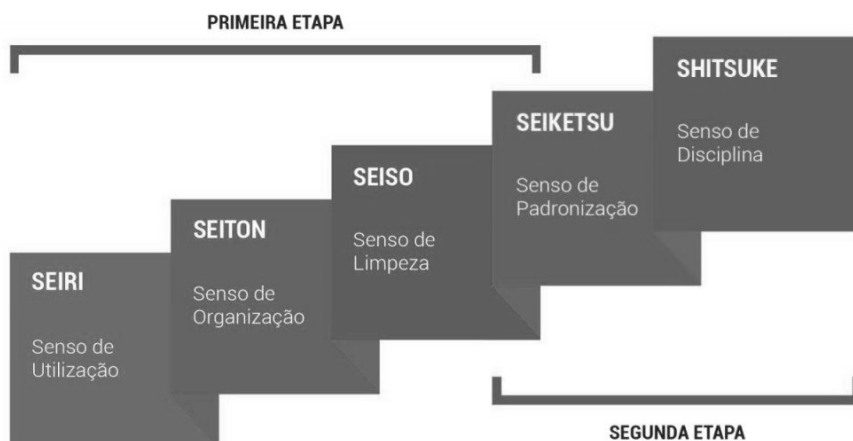


Figura 1: As 5 etapas da metodologia dos 5S.

Fonte: Copyright 2023 by the <https://ferramentasdaqualidade.org/5s/>

1º Senso de utilização: no local de trabalho deve fazer-se uma seleção do que é útil e inútil ou desperdício. Devem-se identificar e eliminar todas as ferramentas, materiais e equipamentos não relevantes para as tarefas que ali

se pretendem desempenhar. Este processo reduz o nível de desorganização localizada, ajuda a manter limpo o local de trabalho, melhora a eficiência na procura dos objetos e reduz o tempo da realização de qualquer operação^{40,41}. No contexto específico do ambiente hospitalar, reduz o risco de contaminação e consequente inutilização de materiais e equipamentos. Trata-se de um passo fundamental para assegurar a segurança dos profissionais e dos utentes⁴⁰.

2º Senso de organização: Concentra-se na necessidade de organizar o local de trabalho, por isso deve-se neste processo organizar as ferramentas, os equipamentos e os materiais nos locais onde são uteis e de fácil acesso. É o processo que organiza o caminho das pessoas, dos materiais, das ferramentas e do próprio trabalho, sendo assim considerado o processo que mais impacta na redução de custos⁴¹.

3º Senso de limpeza: Nesta fase existe a preocupação de manter o local de trabalho limpo. Esta preocupação e necessidade devem ser uma atividade diária, para garantir a limpeza dos equipamentos, do chão no local de trabalho, das linhas de produção e a limpeza do próprio edifício também é fundamental. A limpeza deve ser realizada pelas pessoas que se encontram nas zonas de produção e nos horários de trabalho⁴⁰.

4º Senso de padronização: permite dar a conhecer as melhores práticas, aquelas que devem ser reconhecidas e praticadas. As normas devem ser fáceis de entender e muito simples. Também devem ser criadas sistematicamente para todas as pessoas cumprirem e tudo deve ser documentado, porque é fundamental para o fácil entendimento de cada norma⁴².

5º Senso de disciplina: A fase da disciplina é a mais difícil de atingir e permite manter a segurança e a eficiência nas instalações. A sua implementação exige das pessoas da empresa autodisciplina para obedecerem às regras de regularidade da limpeza e da classificação. As inspeções de rotina nesta fase também são importantes para entenderem as necessidades e a gestão não pode permitir que se volte aos velhos hábitos⁴¹.



Figura 2: Os 5 sentidos da Metodologia 5S.

Fonte: Copyright 2023 by the <https://leanked.com/blog/5s-kaizen/>

O método 5S pode ser aplicado a serviços de saúde com efeitos benéficos, com locais de trabalho mais organizados, limpos e eficientes para uma maior segurança e maior produtividade; redução de custos de stock e disponibilização e recaptura de espaços valiosos minimizando os custos indiretos⁴⁰⁻⁴².

Conclusão

Os espaços de trabalho têm evoluído ao ritmo da evolução social, económica e tecnológica, e o seu papel do seu ambiente no sucesso das organizações tem conquistado cada vez mais atenção.

Uma trajetória focada no trabalho e na produtividade, e que tomou uma nova direção em meados do século passado, quando as pessoas (colaboradores e clientes) passaram a ocupar o papel central nas preocupações das organizações, e os espaços começaram a ser desenhados para satisfazer as suas necessidades. As organizações de maior sucesso mundial apostam fortemente em espaços que privilegiam a interação social e a partilha de conhecimento como pontos-chave do seu desenvolvimento e diferenciação no mercado.

A metodologia abordada tem provado, ao longo dos tempos, ser uma forte impulsionadora de melhoria de produtividade criando e sustentando bons ambientes de trabalho, limpos e organizados, maximizando o valor agregado e removendo todos os fatores desnecessários que não geram valor.

Conclui-se que a aplicação dos 5S permite às instituições (incluindo hospitais) reduzir o desperdício de bens, instalações e tempo para procurar e limpar o local de trabalho, assim como aumentar a consciencialização da equipa o que se repercute na melhoria da qualidade e eficiência no trabalho, o fortalecimento da capacidade organizacional catalisa a redução dos custos por parte das instituições e aumento da satisfação dos clientes/doentes (eliminando desperdícios de tempo e passos de tentativa erro).

Referências

- Rego, A., Cunha, M. P., Gomes, J. F., Cunha, R. C., Cabral-Cardoso, C., & Marques, C. A. (2015). Manual de gestão de pessoas e do capital humano. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hashimoto, M. (2017). *Espírito empreendedor nas organizações*. Saraiva Educação SA.
- Melo, P., & Machado, C. (2020). O Livro de Ouro para a Gestão de Recursos Humanos nas PME. Editora RH.
- Carvalho, A., & Rua, O. L. (2017). *Gestão de recursos humanos: Abordagem das boas práticas*. Vida Económica Editorial.
- Leite, J. B. D., & Porsse, M. D. C. S. (2003). Competição baseada em competências e aprendizagem organizacional: em busca da vantagem competitiva. *Revista de Administração Contemporânea*, 7, 121-141.
- Maximiano, A. C. A. (2017). Introdução à administração. In *Introdução à administração* (pp. xxiii-xxiii).
- Gomes, A. R. (2007). Liderança e gestão de equipas desportivas: Desenvolvimento de um guião de entrevista para treinadores.
- Cruz, S., Pais, C., & Parente, C. (2014). Gestão estratégica, liderança, e cultura nas organizações do terceiro setor. *Empreendedorismo social em Portugal*.
- Macías Gelabert, C., & Aguilera Martínez, A. (2012). Contribuição da gestão de recursos humanos para a gestão do conhecimento. *Estudios gerenciales*, 28(123), 133-148.
- Araújo, M. B. D. S., & Rocha, P. D. M. (2007). Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & saúde coletiva*, 12, 455-464.
- BARNEY, JB, Gaining and Sustaining Competitive Advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99-120.
- Barney, J. B., & Clark, D. N. (2007). *Resource-based theory: Creating and sustaining competitive advantage*. OUP Oxford.
- Valentim, M. L. P. (2002). Inteligência competitiva em organizações: dado, informação e conhecimento. *DataGramaZero, Rio de Janeiro*, 3(4), 1-13.

- Figueiredo, E., & Cardoso, L. (2012). A Gestão de Recursos Humanos e a Gestão do Conhecimento: Confluências e influências.
- Jamali, D., Khoury, G., & Sahyoun, H. (2006). From bureaucratic organizations to learning organizations: An evolutionary roadmap. *The Learning Organization*, 13(4), 337-352.
- Campomar, M. C., & Ikeda, A. A. (2017). *O planejamento de marketing e a confecção de planos: dos conceitos a um novo modelo*. Saraiva Educação SA.
- De Faria Bilhim, J. D. A. (2004). *Gestão estratégica de recursos humanos*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- SHIGUNOV NETO, A., & CAMPOS, L. (2016). Introdução à Gestão da Qualidade e Produtividade: conceito, história e ferramentas. *Curitiba: InterSaberes*.
- Osada, T. (1991). The five S's: five keys to a total quality environment.
- Smith, L. A. (2002). KMOL. Obtido de <https://kmol.pt/artigos/2002/08/01/espaco-trabalho-e-relacao-com-oa/Young>, F. Y. (Setembro de 2014). The Use of 5S in Healthcare Services: a Literature Review. *International Journal of Business and Social Science*, pp. 240-248.
- Marques, J. R. (2022). *Leader Coach: Coaching como filosofia de liderança*. Buzz Editora.
- World Health Organization. (2010). Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policy-makers and practitioners.
- Araújo, R. R., & Henriques dos Marques, P. Ambientes de Trabalho Saudáveis Healthy work environments. In *VI Congresso Vertentes e Desafios da Segurança* (p. 101).
- Fetterman, A. e Friend, E. (2013). 5S Methodology in Helthcare Organizations. University os Pittsburgh, Swanson School of Engineering, March.
- Campos, J. G. C., Teixeira, C. S., & Schmitz, A. (2015). Coworking spaces: Conceitos, tipologias e características. In *Conference Paper presented at Congresso Internacional de Conhecimento e Inovação, Joinville, SC, Brazil* (Vol. 5).
- Leforestier, A. (2009). The co-working space concept. *CINE Term project*.
- Nogueira, A. M., & Patini, A. C. (2012). Trabalho remoto e desafios dos gestores. *RAI Revista de Administração e Inovação*, 9(4), 121-152.
- Balsan, J. (2001). Perfil do teletrabalhador.
- Strutzel, T. (2015). *Presença Digital-Estratégias eficazes para posicionar sua marca pessoal ou corporativa na web*. Alta Books Editora.

- Benaglia, M. D. (2012). O impacto do ambiente de trabalho e do estilo de vida na saúde do trabalhador e a importância de se promover qualidade de vida nas empresas. *Revista Iluminart*, 1(9).
- Da Silva, D. A. A IMPORTÂNCIA DA QUALIDADE DE VIDA NAS ORGANIZAÇÕES.
<https://www.who.int/pt> (Organização Mundial de saúde).
- Instituto Kaizen (2012). Manual Kaizen Diário.
- Bastos, A., & Sharman, C. (2019). *Strat to action: el método KAIZEN TM de llevar la estrategia a la práctica*. McGraw-Hill/Interamericana de España.Coimbra, E. A. (2016). Kaizen. Uma estratégia de melhoria, crescimento e rentabilidade. Madrid: Mac Graw Hill Education.
- LAPA, R. P. (1998). Programa 5S. *Rio de Janeiro: Qualitymark*.
- Kanamori, S., Shibamura, A., Jimba, M. (2016). Applicability of the 5S management method for quality improvement in health-care facilities: a review. *Tropical. Medicine and Health*. 44:21. DOI 10.1186/s41182-016-0022-6.
- Simões, A. (2013) Aplicação do Kaizen em Empresa Industrial: Estudo de Caso. Projeto de Mestrado, Instituto Superior de Contabilidade e Administração da Universidade de Aveiro, Portugal.
- Peterson, J., & Smith, R. (1998). *The 5S pocket guide*. CRC Press.
- Coimbra, E. A. (2016). Kaizen. Uma estratégia de melhoria, crescimento e rentabilidade. Madrid: Mac Graw Hill Education.
- Fetterman, A., & Friend, E. (2013, March). 5S methodology in healthcare organization. In *13th Annual PITT Freshman Engineering Conference*.
- Ghodraty, A., & Zulkifli, N. (2013). The impact of 5s implementation on industrial organizations' performance. *International journal of business and management invention*, 2(3), 43-49.
- Pozzer, D. R. (2010). Programa 5S: A Base da Excelência na Mudança Organizacional.

Reflexões sobre a felicidade no local de trabalho no contexto da economia da felicidade

Alcina Nunes

Instituto Politécnico de Bragança, UNIAG

Introdução

Em Portugal, o estudo da felicidade associada à economia é recente e escasso. Como refere o único (até ao momento) doutorado em economia da felicidade em Portugal, Gabriel Leite Mota, felicidade é um “conceito especial e complexo cuja definição tem estado sujeita a discussão há muito por tentar captar um dos sentimentos humanos mais importantes: o de satisfação com a própria vida, como um todo” (Mota, 2009, p.5).

O conceito de felicidade, cuja definição em concreto não é objeto este capítulo, tem sido objeto de reflexão filosófica desde a Grécia Antiga. Alcançar a felicidade seria o objetivo final do ser humano e a grande motivação para viver (Sachs, 2021). O objetivo manteve-se com qualquer atividade humana – económica, política ou social - direcionada para o atingir. Assim, ao longo dos tempos a reflexão sobre a felicidade extravasou da esfera filosófica para outras áreas do conhecimento científico como a psicologia, a neurociência e até mesmo, muito mais recentemente e mais inesperadamente, a economia (Clark, 2018). Na esfera económica tornou-se fundamental perceber como as expectativas e sentimentos das pessoas, na sua esfera individual e social, se alteram consoante se alteram as experiências e contextos de vida levando à transformação do comportamento económico (Hallberg & Kullemberg, 2020).

No caso da economia, a incorporação de conceitos mais subjetivos como a felicidade tornou-se uma abordagem para avaliar o bem-estar subjetivo que combina as técnicas tipicamente utilizadas pelos economistas com aquelas mais comumente testadas e utilizadas na psicologia (Graham, 2005a; 2005b). Tradicionalmente o bem-estar vinha sendo medido através de estatísticas de rendimento e emprego, esperança de vida ou outras medidas objetivas como a produtividade. Ora, economia da felicidade assenta, essencialmente, num relato individual que descreve o bem-estar subjetivo (Nikolova & Graham, 2022). Entre outros aspetos procura-se perceber qual o papel de variáveis subjetivas na felicidade bem-estar individual (Clark, 2008; Stutzer & Frey, 2012) assim como a relação inversa, ou seja, como a felicidade gera impacto no quotidiano dos indivíduos onde se inclui o mercado de trabalho, em geral, e a

produtividade das organizações, em particular. Assim, entre os fatores subjetivos abarcados incluem-se, não exclusivamente, aspetos como a saúde, as relações sociais, e o equilíbrio entre trabalho e vida privada, o capital social, a satisfação pessoal, a motivação e o propósito de vida ou a experiência de emoções positivas e negativas (Nikolova & Graham, 2022).

A abordagem inovadora e completar introduzida pela investigação guiada pelos objetivos da economia da felicidade, tem dado importância aos resultados e conclusões dos estudos realizados para as economias, numa perspetiva macroeconómica, e às aplicações do conceito de felicidade no local de trabalho. Tanto as organizações como os decisores políticos tomam cada vez mais decisões de gestão e elaboram medidas e instrumentos de política baseadas em tais resultados e conclusões (Nikolova & Graham, 2022).

Do paradoxo de Easterlin até aos atuais índices da felicidade e bem-estar

Na discussão sobre a incorporação do conceito da felicidade na economia, refere-se que o conceito sempre esteve omnipresente no estudo económico, ainda antes dos estudos formais da constituição da economia como área científica. No entanto, acredita-se que o conceito foi negligenciado durante a primeira parte do século XX fazendo com a economia apresentasse dificuldades em abordar questões relativas ao bem-estar e, desta forma, contribuir para a prosperidade e felicidade nas sociedades (Rojas, 2019). Neste contexto, surge na década de 70 do século passado, o trabalho seminal de Easterlin (1974; 1995; 2003). De acordo os resultados de Easterlin, num determinado momento, a felicidade possui uma relação positiva direta com o rendimento tanto para as economias, em geral, como dentro de cada uma. No entanto, no longo prazo, a felicidade não tende a aumentar à medida que o rendimento aumenta em consequência do crescimento económico. É desta paradoxal contradição entre resultados que nasce o atualmente conhecido paradoxo de Easterlin nascendo o interesse da economia em perceber porque é que, ao contrário da crença popular, níveis mais elevados de rendimento não conduzem necessariamente ao aumento da felicidade e dando origem a uma vasta literatura sobre a economia da felicidade (Kaiser & Vendrik, 2009; Leite Mota, 2009; Rojas, 2009).

Também na década de 70 do século XX, o reino do Butão decide criar as bases teóricas do índice da Felicidade Interna Bruta (FIB) em contraposição à utilização generalizada do Produto Interno Bruto (PIB), utilizado para medir e compara o rendimento e crescimento económico entre economias. O FIB foi adotado pelo reino do Butão em 1972 de forma que se considerassem no

indicador de crescimento e desenvolvimento da economia não só variáveis económicas, mas, adicionalmente, variáveis que considerassem de forma holística aspetos culturais, espirituais, psicológicos e ambientais do país (Bates, 2009; Burns, 2010; Givel, 2015). Com a adoção deste indicador, argumenta-se que o progresso humano deve ser analisado através das lentes da felicidade social colocando o bem-estar sociocultural, espiritual, político, económico e ecológico no centro dos esforços e políticas nacionais de desenvolvimento (Burns, 2010; Verna, 2017). Acredita-se, que a utilização do PIB como medida de bem-estar está limitada por limitações institucionais nos sistemas de contabilidade nacional onde se inclui a dificuldade de medir o capital humano, um ativo eminentemente intangível, a auto produção e a economia doméstica, o lazer, a distribuição de rendimentos e os custos associados ao desemprego de recursos, as ameaças à segurança e a delapidação de recursos naturais e as restrições à liberdade (Bates, 2009; Giannetti et al., 2015; Stiglitz et al., 2010).

O índice tem sido objeto de desconfiança, escrutínio e estudo a nível mundial tendo em 2012 o seu conceito sido adotado pela Organização das Nações Unidas (ONU) através do cálculo e publicação anual do “World Happiness Report” (conhecido em português como Relatório Mundial da Felicidade) que se junta a outros índices utilizados pela organização – os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (SDG) e o índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – para medir o crescimento e desenvolvimento económico (Burger Araujo Santos & Dorji, 2021) ganhando verdadeiro relevo mundial e um interesse científico multidisciplinar.

Desde 2012, a publicação anual pelas Nações Unidas do Relatório Mundial da Felicidade transformou o tema num fator de relevo no xadrez sociopolítico mundial e valida a importância dos estudos relacionados com a economia da felicidade e bem-estar subjetivo abrindo caminho para que os decisores políticos incorporem medidas de felicidade e bem-estar nas suas políticas económicas (Helliwell et al., 2012; Helliwell et al., 2022). Neste relatório, escrito por vários especialistas independentes e multidisciplinares, é publicado um índice que hierarquiza os países mais felizes em termos de felicidade – o índice é calculado com base numa grande variedade de dados sendo que a fonte mais importante destes dados é a sondagem Gallup World garantindo a comparabilidade da série de 10 relatórios já publicados até ao momento (geralmente no dia mundial da felicidade instituído pelas Nações Unidas) para mais de 150 economias por todo o mundo. O relatório publica um índice que mede a felicidade sentida em cada país com a indicação de como variáveis como o PIB per capita, a expectativa de viver uma vida saudável, a liberdade para

realizar escolhas e a percepção de corrupção na economia influenciam esse nível de felicidade (Gallup, 2023). Acredita-se que a principal contribuição deste relatório é mostrar que a verdadeira medida do progresso e prosperidades das nações é a felicidade das pessoas. Podendo medir a felicidade e identificar as suas causas é possível aos decisores políticos fazer da felicidade das pessoas o objetivo das suas políticas (Helliwell et al., 2022).

Também a Organização para a cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) considera que o bem-estar tem uma natureza multidimensional, uma vez que depende de fatores multifacetados, quer objetivos como subjetivos, onde se incluem as condições materiais e económicas e a qualidade de vida. Assim, no contexto da Better Life Initiative e para perceber que fatores influenciam o bem-estar individual, desenvolveu, em 2011, o Better Life Index (BLI) (Koronakos et al., 2020). A sua criação tornou-se uma forma de os cidadãos participarem na avaliação do seu bem-estar e de ajudar os decisores políticos a compreender as necessidades e prioridades dos que representam (OECD, 2013).

O índice analisa onze dimensões universais e consideradas significativas para todas as pessoas em todo o mundo. Estas dimensões referem-se às condições materiais de vida e qualidade de vida: habitação, emprego, rendimento, satisfação com a vida, educação, segurança, ambiente, comunidade, saúde, governação e equilíbrio trabalho-vida. Todas as dimensões têm pesos iguais que podem ser ajustados por defeito. Dentro de cada dimensão existem diversos indicadores, totalizando, no total, 24 indicadores com a mesma ponderação. (OCDE, 2013). Estudos mostram que, na OCDE, os fatores saúde, educação e satisfação da vida se revelam os mais importantes para a satisfação com a vida. Os homens dão mais importância às condições materiais do que as mulheres que valorizam mais a qualidade de vida. Ambiente, habitação, participação cívica, segurança e saúde tornam-se mais importantes com a idade. A satisfação com a vida, a educação, o equilíbrio entre trabalho e vida pessoal, o emprego e o rendimento são particularmente importantes para os jovens (Balestra et al., 2018).

A forma como está a vida de um indivíduo pode depender da região em que se vive, assim o projeto da OCDE que pretende medir a qualidade de vida dos cidadãos fornece uma ferramenta online relativa ao bem-estar regional descrito pelos habitantes da OCDE – a ferramenta permite medir o bem-estar numa determinada região e compará-lo com outras 394 regiões da OCDE com base em onze tópicos centrais para a qualidade de vida. Os resultados mostram que os aspetos que mais influenciam o bem-estar das pessoas dependem de

fatores locais. Desta forma, medidas comparáveis de bem-estar regional oferecem uma nova forma de medir quais as políticas que funcionam e podem capacitar uma comunidade a agir no sentido de alcançar um maior bem-estar para os seus cidadãos (OECD, 2014; OECD, 2022a).

Cada região é medida através de onze tópicos – rendimento, emprego, habitação, saúde, acesso a serviços, ambiente, educação, segurança, participação cívica e governação, comunidade e satisfação com a vida. Os valores dos indicadores são expressos como uma pontuação entre 0 e 10 sendo que uma pontuação mais elevada indica um melhor desempenho no indicador (OECD, 2022a; 2022b).

O equilíbrio vida privada e trabalho: a felicidade no trabalho

Nos diversos índices e indicadores utilizados para medir a felicidade e o bem-estar nas economias, ressalta-se a importância do rendimento, do trabalho e do emprego e da relação entre a vida privada e o trabalho. De facto, a maioria dos indivíduos passa grande parte da sua vida a trabalhar, logo é inevitável que o trabalho desempenhe um papel fundamental na formação dos seus níveis de felicidade. Em 2017, o papel fundamental do trabalho na felicidade e bem-estar individuais (e vice-versa) ficou bem patente quando se dedicou parte do Relatório Mundial da Felicidade à importância da felicidade no trabalho (Helliwell et al., 2017). Por sua vez, note-se que o trabalho e o equilíbrio vida privada-trabalho são dois elementos fundamentais na medição do Better Life Index da OCDE.

Apesar de todo o interesse na temática, esta é ainda uma temática que na economia não está bem definida. Na psicologia a felicidade no trabalho parece ser apenas um dos construtos que definem conceitos como a satisfação no trabalho ou o comprometimento organizacional (Fisher, 2010; Saks, 2014), sendo considerado por alguns uma espécie de “guarda-chuva” que engloba todos os possíveis construtos a ela associados (Sousa & Porto, 2015). De facto, não está ainda bem definido o que é a felicidade no trabalho e como é que esta deve ser medida (Spicer & Cederström, 2015), especialmente do ponto de vista económico.

Apesar das dúvidas sobre o conceito e da existência de vários estudos com resultados antagónicos sobre os fatores que podem influenciar a felicidade do trabalho há evidência de que os seguintes fatores, embora não exclusivos, podem influenciar a felicidade no trabalho: (a) a existência de relações de trabalho que geram emoções positivas, nomeadamente por se sentir apoio e respeito entre pares bem como um sentimento de pertença a uma equipa; (b) a

existência de um sentido de propósito e a sensação de se desempenhar um trabalho significativo e realizador; (c) ocorrerem oportunidade de crescimento e desenvolvimento profissional através do desenvolvimento de competências e da possibilidade de progressão na carreira; (d) o reconhecimento pelo trabalho desenvolvido e a respetiva recompensa que gera motivação adicional; e, (e) verificar-se um equilíbrio saudável entre o trabalho e a vida pessoal (Joo & Lee, 2017; Rao et al., 2018; Taris & Schaufeli, 2018).

A discussão sobre os benefícios da felicidade do trabalho também tem gerado uma vasta discussão. No entanto, existe evidência de que: (a) permite a retenção de recursos humanos, onde se salienta a importância da retenção de “talentos” evitando custos com a formação e integração de constantes novos trabalhadores; (b) diminui de situações de absentismo e de presentismo com importantes consequências nos resultados das organizações; (c) aumenta da produtividade já que trabalhadores mais felizes estão mais motivados, faltam menos e apresentam um melhor desempenho profissional (Oswald et al., 2015); (d) incrementa os níveis de bem-estar físico e mental com diminuições dos níveis de stress; (e) facilita o processo de tomada de decisão e de resolução de problemas; e, (f) melhora a cultura empresarial levando a um maior envolvimento, compromisso com a missão e visão da organização e gerando um ambiente de trabalho mais positivo e saudável (Rahmi, 2018; Thompson & Bruk-Lee, 2021)

Apesar do reconhecimento de benefícios de promover uma cultura de felicidade e bem-estar nas organizações, são vários os desafios que se colocam à sua promoção. Nestes desafios incluem-se: (a) a resistência à mudança; (b) a falta de recursos financeiros e humanos; e, (c) o desconhecimento do que é a felicidade e o bem-estar no trabalho e dos seus benefícios.

O caso de Portugal: a evolução dos indicadores de felicidade como foco no local de trabalho

A felicidade, medida pelo Relatório Mundial da Felicidade em 2022 devolve o seguinte mapa mundo (Figura 1). O ranking mundial da felicidade, que a mede numa escala de 0 a 10 pontos, coloca os países do Norte da Europa consistentemente nos primeiros lugares dos países mais felizes do conjunto de cerca de 150 países analisados. O ano de 2022, não é exceção.

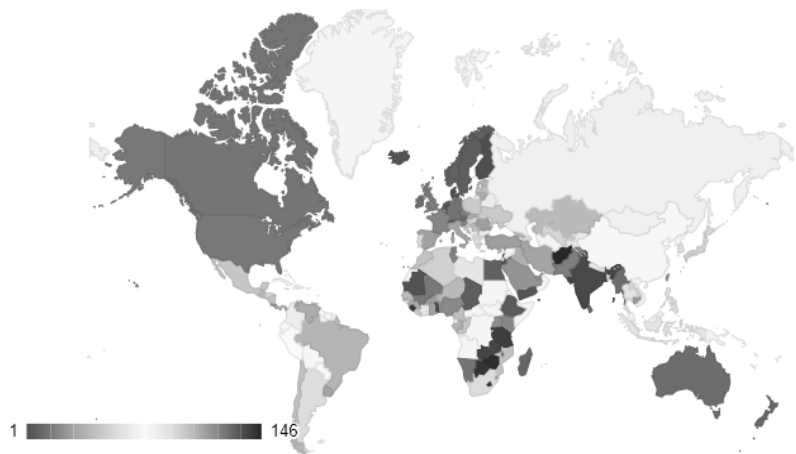


Figura 1: O mapa mundo da felicidade conforme do ranking mundial de felicidade de 2022.
Fonte: World Happiness Report (2022).

Neste conjunto de países, Portugal tem-se localizado, nos últimos anos, a 1/3 do ranking, como se pode visualizar na Figura 2, onde se mostra a evolução dos valores de felicidade ao longo dos anos em que os relatórios estão disponíveis com informação para a economia portuguesa.

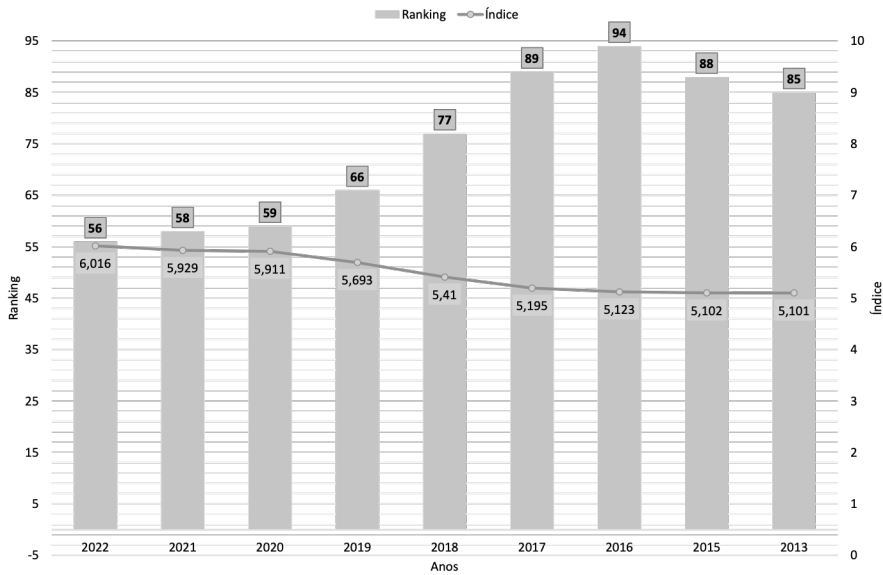
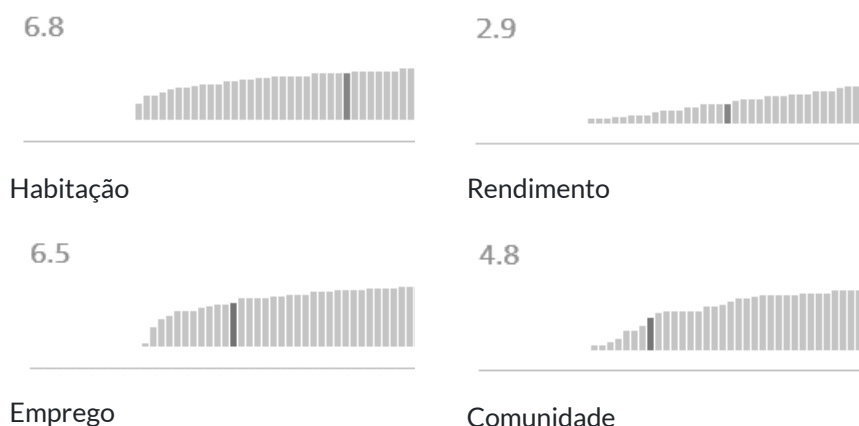


Figura 2: Evolução de Portugal no ranking da felicidade mundial e do valor do índice global da felicidade. Fonte: elaboração própria com base na informação disponibilizada pelo World Happiness Report (2022).

Em termos de ranking mundial a economia portuguesa diminuiu 38 posições, o que indica que ultrapassou 38 países nos níveis de felicidade medidos pela população. Em 2022, Portugal era o 56º país mais feliz do mundo. No entanto, a melhoria do índice não foi tão notória – a felicidade passou de um índice de 5,101 em 2013 para 6,016 em 2022, a que corresponde um aumento de 17,9% nos níveis de felicidade. O país mais feliz do mundo, a Finlândia, apresentou em 2022 um índice de 7,821. Numa análise mais detalhada do que influencia a felicidade em Portugal, em 2022, verifica-se que esta é ainda impulsionada pelo rendimento (PIB) per capita, a expectativa de uma vida saudável, os apoios sociais recebidos e a liberdade individual.

Quando se utiliza o Better Life Index da OCDE, Portugal (Figura 3) apresenta um bom desempenho em áreas como a habitação, o apoio social e a segurança pessoal, em linha com o verificado o Relatório Mundial da Felicidade. Deve acrescentar-se, no entanto, que Portugal também ocupa uma posição relativamente elevada em termos de equilíbrio vida privada-trabalho, com uma elevada proporção de empregados a relatar que possuem o tempo adequado para passar com a sua família e amigos. No entanto, apresenta valores muito reduzidos para o rendimento individual auferido, participação cívica e satisfação com a vida. Os indicadores mostram um nível relativamente elevado de desigualdade de rendimentos e a existência de uma taxa de pobreza e de proporção de pessoas desempregadas superior à média dos países da OCDE

Olhando com maior atenção para o equilíbrio vida-privada-trabalho, apresenta-se a Figura 4 com os dados disponíveis para a economia portuguesa.



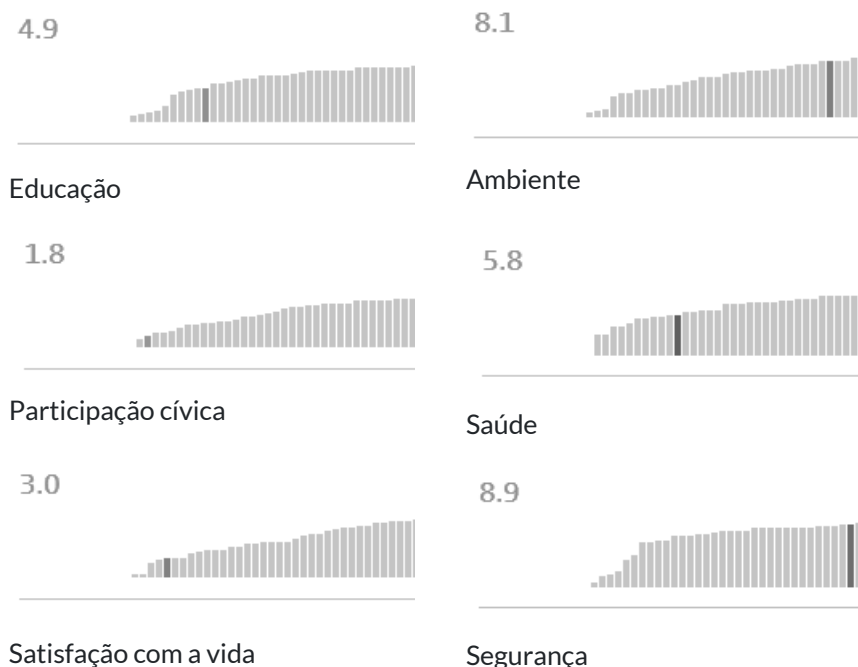


Figura 3: Valores dos pilares do Better Life Index para Portugal em 2022. Fonte: OECD (2022a)

Em muitos aspetos, o bem-estar das pessoas tem melhorado nos países da OCDE desde 2010. No entanto, o progresso tem sido lento ou deteriorado em algumas dimensões da vida, incluindo a forma como as pessoas se ligam umas às outras. Em todos os países da OCDE, as pessoas passam cerca de seis horas por semana a interagir com amigos e familiares - uma pequena fração do tempo que passam a trabalhar, particularmente quando se tem em conta o trabalho doméstico não remunerado. O equilíbrio vida privada-trabalho consiste em ser capaz de combinar compromissos familiares, lazer e trabalho - incluindo tanto trabalho remunerado como não remunerado. Encontrar um equilíbrio adequado entre trabalho e vida é um desafio para todos os trabalhadores, especialmente aqueles com filhos. A capacidade de combinar com sucesso trabalho, compromissos familiares e vida pessoal é importante para o bem-estar de todos os membros de um agregado familiar. Por outro lado, longas horas de trabalho podem prejudicar a saúde pessoal, comprometer a segurança e aumentar o stress. Quanto mais pessoas trabalham, menos tempo têm de dedicar a outras atividades, tais como dedicar tempo com outras pessoas, realizar atividades de lazer, comer ou dormir. A quantidade e qualidade do

tempo de lazer é importante para o bem-estar geral das pessoas, e pode trazer benefícios adicionais para a saúde física e mental.

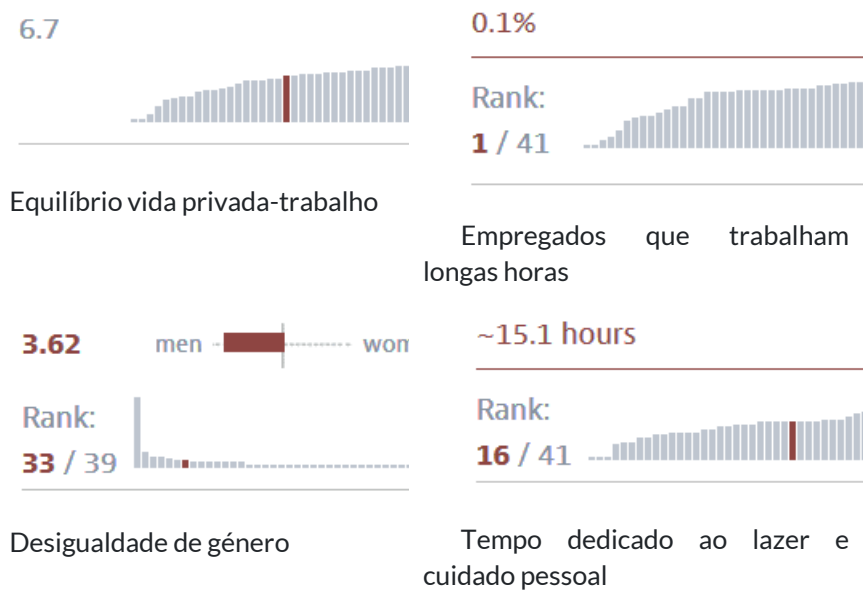


Figura 4: Valor do Better Life Index para o indicador de equilíbrio vida-privada-trabalho para Portugal em 2022. Fonte: OECD (2022a)

Em todos os países da OCDE, o tempo médio gasto em lazer e cuidados pessoais por pessoas empregadas a tempo inteiro varia de cerca de 14 a 16,5 horas por dia. A satisfação média com a utilização do tempo, medida numa escala de 0-10, nunca excede 8 e pode ser tão baixa como 5,6. As pessoas de meia-idade são consistentemente as menos satisfeitas com a sua utilização do tempo.

Em Portugal, em geral, os portugueses não estão insatisfeitos com o equilíbrio que conseguem realizar entre a sua vida privada e o trabalho (o índice é de 6,7 em 10). No entanto, cerca de 6% dos empregados trabalham muitas horas em trabalho remunerado, embora menos do que a média de 10% da OCDE. Os trabalhadores portugueses a tempo inteiro indicam que dedicam, em média, uma quantidade semelhante do seu dia, aos cuidados pessoais (comer, dormir, etc.) e ao lazer (socializar com amigos e família, passatempos, jogos, utilização do computador e das redes sociais). Continua, no entanto, a verificar-

se desigualdade em função do género no mercado de trabalho a favor dos homens.

Em termos regionais, é possível apresentar uma análise pelas 7 regiões NUTII que compõem o território nacional (Figuras 5 a 11).

Notas:

Safety = Segurança
Housing – Habitação
Life satisfaction – Satisfação com a vida
Access to services – Acesso a serviços
Civic Engagement – Participação cívica
Education - Educação
Jobs - Emprego
Community - Comunidade
Environment - Ambiente
Income - Rendimento
Health - Saúde

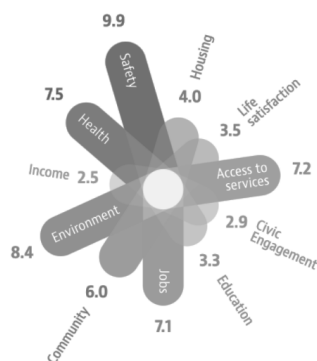


Figura 5: Bem-estar regional - Norte

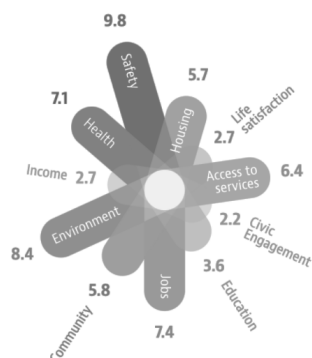


Figura 6: Bem-estar regional - Centro

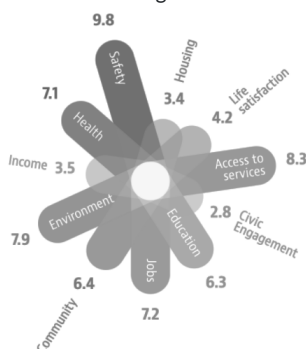


Figura 7: Bem-estar regional - Área Metropolitana de Lisboa

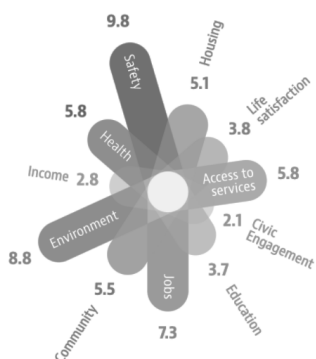


Figura 8: Bem-estar regional - Alentejo

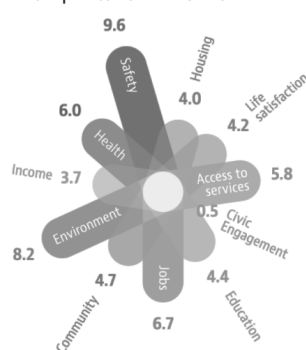


Figura 9: Bem-estar regional - Algarve

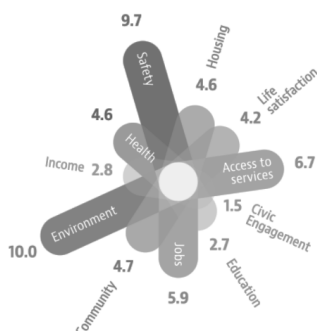


Figura 10: Bem-estar regional - Madeira

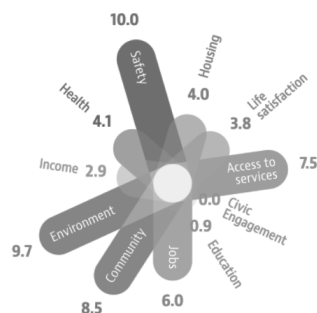


Figura 11: Bem-estar regional - Açores

Fonte: Calculado através da ferramenta online OECD Regional Well-Being (2022)

Os resultados regionais são consistentes entre as 7 NUTII, no entanto verificam-se desigualdades regionais no que se refere a aspetos como a habitação, a participação cívica, acesso a serviços, saúde, emprego e rendimento.

Principais conclusões

A economia da felicidade ocupou na ciência económica um lugar vazio gerado pelas expetativas dos indivíduos em alcançar o seu objetivo último – a felicidade e bem-estar subjetivo – e a necessidade de compreender e responder de forma efetiva (numa perspetiva tanto macro como micro) a tais expetativas do ponto de vista económico. A necessidade de olhar para a riqueza e prosperidade das nações utilizando variáveis e fatores que vão além dos tradicionais fatores objetivos, gerou um conjunto vasto de conhecimento multidisciplinar onde a psicologia e a neurociência são pares fundamentais do pensamento económico. Percebe-se que fatores psicológicos, culturais, espirituais, emocionais, ambientais são complementos das variáveis objetivas como o rendimento, o emprego ou o consumo, e concorrem para a explicação de como as economias crescem e se desenvolvem.

Já no século XXI, organizações de âmbito mundial têm validado e incorporado diferentes índices de felicidade e bem-estar na sua análise sobre o crescimento económico e desenvolvimento mundiais. A opinião dos indivíduos é “auscultada” e introduzida em indicadores que servem para que os decisores políticos percebam quais as preocupações e sentimentos da população que servem e, desta forma, tomem as decisões que mais se adequam às suas expetativas de bem-estar e felicidade. Portugal não é exceção, mas os dados estatísticos e os estudos são ainda escassos e incipientes.

Neste contexto, o trabalho e o equilíbrio entre a vida-privada e o trabalho estão incluídos nos indicadores que calculam índices de felicidade, por se compreender que a felicidade no trabalho é uma parcela importante da felicidade individual. No âmbito da economia da felicidade a felicidade no trabalho tem sido olhada com particular atenção pelo facto dos economistas e gestores começarem a perceber que a felicidade do trabalhador é um aspeto fundamental para promover a motivação, o compromisso com os valores e missão de uma organização e, conseqüentemente, a sua produtividade e rentabilidade, reduzindo comportamentos de absentismo e desmotivação que prejudicam as normais atividades e resultados expectáveis. A felicidade no trabalho e o equilíbrio entre este e a vida privada, permite, ainda, que os indivíduos - e a sociedade em que vivem - sejam mais felizes, saudáveis e motivados gerando um ciclo virtuoso de crescimento e desenvolvimento das organizações (escala micro) e sociedades (escala macro).

O estudo da economia da felicidade, em geral, e da felicidade do trabalho, em particular, encontra-se numa de expansão – o foco começa a colocar-se nestas questões cabendo à comunidade científica unir esforços para que os estudos nesta área se multipliquem.

Referências

- Balestra, C., Boarini, R. & Tosetto, E. (2018). What Matters Most to People? Evidence from the OECD Better Life Index Users' Responses. *Social Indicators Research*, 136, 907–930 (2018).
<https://doi.org/10.1007/s11205-016-1538-4>
- Bates, W. (2009). Gross National Happiness. *Asian-Pacific Economic Literature*, 23(2), 1-16. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8411.2009.01235.x>
- Burger Araujo Santos, D., & Dorji, S. (2021). Bhutan & Gross National Happiness. In R. Bourqia, M. Sili (Eds.). *New Paths of Development. Sustainable Development Goals Series* (pp. 161-168). Springer, Cham.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-56096-6_14
- Burns, G.W. (2011). Gross National Happiness: A Gift from Bhutan to the World. In R. Biswas-Diener (Eds.). *Positive Psychology as Social Change*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-90-481-9938-9_5
- Clark, A. E. (2018). Four Decades of the Economics of Happiness: Where Next? *Review of Income and Wealth*, 64(2), 245-269.
<https://doi.org/10.1111/roiw.12369>
- Easterlin, R. A. (1974). Does Economic Growth Improve the Human lot? Some Empirical Evidence. In P. A. David, M. W. Reder (Eds.). *Nations and*

- Households in Economic Growth* (pp. 89-125). Academic press.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-205050-3.50008-7>
- Easterlin, R. A. (1995). Will Raising the Income of all Increase the Happiness of all? *Journal of Economic Behaviour and Organization*, 27(1), 35-47.
[https://doi.org/10.1016/0167-2681\(95\)00003-B](https://doi.org/10.1016/0167-2681(95)00003-B)
- Easterlin, R. A. (2003). Explaining Happiness. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100(19), 11176–11183.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1633144100>
- Fisher, C. D. (2010). Happiness at Work. *International journal of management reviews*, 12(4), 384-412. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2009.00270.x>
- Gallup (2023). *Sustainable Development Solutions Network (SDSN) Tracks the World's Happiness*. <https://www.gallup.com/analytics/247355/gallup-world-happiness-report.aspx>
- Giannetti, B. F., Agostinho, F., Almeida, C. M. V. B., & Huisingsh, D. (2015). A Review of Limitations of GDP and Alternative Indices to Monitor Human Wellbeing and to Manage Eco-system Functionality. *Journal of Cleaner Production*, 87, 11-25. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2014.10.051>.
- Givel, M. S. (2015). Gross National Happiness in Bhutan: Political Institutions and Implementation. *Asian Affairs*, 46(1), 102-117.
<https://doi.org/10.1080/03068374.2014.993179>
- Graham, C. (2005a). Insights on Development from the Economics of Happiness. *The World Bank Research Observer*, 20(2), 201–231.
<http://www.jstor.org/stable/41261416>
- Graham, C. (2005b). The Economics of Happiness: Insights on Globalization from a Novel Approach. *World Economics Journal*, 6(2), 41–55.
- Hallberg, M., & Kullenberg, C. (2020). Happiness Studies. *Nordic Journal of Science & Technology Studies*, 7(1), 42–50.
<https://doi.org/10.5324/njsts.v7i1.2530>
- Helliwell, J. F., Layard, R., & Sachs, J. D. (2017). *World Happiness Report 2017*. Sustainable Development Solutions Network.
<https://worldhappiness.report/ed/2017/>
- Helliwell, J. F., Layard, R., Sachs, J. D., De Neve, J.-E., Aknin, L. B., & Wang, S. (Eds.). (2022). *World Happiness Report 2022*. Sustainable Development Solutions Network powered by the Gallup World Poll data.
<https://worldhappiness.report/>
- Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. (2012). *World Happiness Report*. The Earth Institute, Columbia University. <http://eprints.lse.ac.uk/id/eprint/47487>

- Joo, B.-K., & Lee, I. (2017). Workplace Happiness: Work Engagement, Career Satisfaction, and Subjective Well-being. *Evidence-based HRM*, 5(2), 206-221. <https://doi.org/10.1108/EBHRM-04-2015-0011>
- Kaiser, C. F., & Vendrik, M. C. M. (2019). Different Versions of the Easterlin Paradox: New Evidence for European Countries. In M. Rojas (Ed.). *The Economics of Happiness* (pp. 27-55). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15835-4_2
- Koronakos, G., Smirlis, Y., Sotiros, D., & Despotis, D. K. (2020). Assessment of OECD Better Life Index by Incorporating Public Opinion. *Socio-Economic Planning Sciences*, 70, 100699. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2019.03.005>.
- Leite Mota, G. (2019). Does Happiness Improve Welfare Economics a Lot? In M. Rojas (Ed.). *The Economics of Happiness* (pp. 129-156). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15835-4_6
- Mota, G. A. L. (2009). *Three Essays on Happiness in Economics. Exploring the Usefulness of Subjective Well-being Data for the Economic Analysis of Welfare*. [Tese de Doutoramento]. School of Economics and Management of the University of Porto.
- Nikolova, M., & Graham, C. (2022). The Economics of Happiness. In K. F. Zimmermann (Eds.) *Handbook of Labor, Human Resources and Population Economics* (pp. 1-33). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-57365-6_177-2
- OECD (2014), *How's Life in Your Region? Measuring Regional and Local Well-being for Policy Making*. OECD Regional Development Studies. <https://doi.org/10.1787/9789264217416-en>.
- OECD. (2020). *How's Life? 2020: Measuring Well-being*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9870c393-en>.
- OECD. (2022a). *Framework to Measure Regional and Local Well-being*. <https://www.oecd.org/cfe/regionaldevelopment/regional-well-being-framework.htm>
- OECD. (2022b). *OECD Regional Well-being*. <https://www.oecdregionalwellbeing.org/PT20.html>
- OECD. (2013). *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being, OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-Being*. <https://doi.org/10.1787/9789264191655-en>
- Oswald, A. J., Proto, E., & Sgroi, D. (2015). Happiness and Productivity. *Journal of Labor Economics*, 33(4), 789-822.
- Rahmi, F. (2019). *Happiness at Workplace*. International Conference of Mental Health, Neuroscience, and Cyber-psychology (pp. 32-40). <https://doi.org/10.32698/25255>

- Rao, G. V., Vijayalakshmi, D., & Goswami, R. (2018). A Study on Factors of Workplace Happiness. *Asian Journal of Management*, 9(1), 251-260. <https://doi.org/10.5958/2321-5763.2018.00038.0>
- Rojas, M. (2019). The Relevance of Richard A. Easterlin's Groundbreaking Work. A Historical Perspective. In M. Rojas (Ed.). *The Economics of Happiness*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15835-4_1
- Sachs, J. (2021). Aristotle, Eudaimonia, Neuroscience and Economics. In L. Bruni, A. Smerilli, and D. de Rosa (Eds.). *A Modern Guide to the Economics of Happiness* (pp. 29-45). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781788978767.00011>
- Saks, A. M., & Gruman, J. A. (2014). What do we Really Know about Employee Engagement? *Human Resource Development Quarterly*, 25(2), 155-182. <http://dx.doi.org/10.1002/hrdq>
- Sousa, J. M. de, & Porto, J. B. (2015). Happiness at Work: Organizational Values and Person Organization Fit Impact. *Paidéia*, 25(61), 211-220. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272561201509>
- Spicer, A., & Cederström, C. (2015). The Research we've ignored about Happiness at Work. *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2015/07/the-research-weve-ignored-about-happiness-at-work>
- Stiglitz, J. E., Sen, A., & Fitoussi, J. P. (2010). *Mismeasuring our Lives: Why GDP doesn't add up*. The New York Press.
- Stutzer, A., & Frey, B. S. (2012). Recent Developments in the Economics of Happiness: A Selective Overview. *IZA Discussion Paper*, 7078. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2192854>
- Taris, T. W., & Schaufeli, W. B. (2018). Individual Well-being and Performance at Work: A Conceptual and Theoretical Overview. In C. Cooper (Ed.). *Current Issues in Work and Organizational Psychology* (pp. 189-204). Routledge.
- Thompson, A., & Bruk-Lee, V. (2021). Employee Happiness: Why we should care. *Applied Research in Quality of Life*, 16, 1419-1437. <https://doi.org/10.1007/s11482-019-09807-z>
- Verma, R. (2017). Gross National Happiness: Meaning, Measure and Degrowth in a Living Development Alternative. *Journal of Political Ecology*, 24(1), 476-490. <https://doi.org/10.2458/v24i1.20885>
- World Happiness Report (2023). *World Happiness Report 2022*. <https://worldhappiness.report/ed/2022/>

Empenhamento Organizacional

¹Manuela Frederico & ²Eugénia Anes

¹Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; UICISA: E

²Instituto Politécnico de Bragança; UICISA: E

Importância do construto

Desde há vários anos que o empenhamento tem exercido atração sobre os investigadores interessados no estudo dos comportamentos e atitudes adotados em contexto organizacional. A pesquisa sobre empenhamento organizacional (*Organisational Commitment*, na literatura anglo-saxónica) tem-se tornado cada vez mais importante, porquanto as organizações se preocupam com o seu sucesso e com a competitividade e têm consciência da necessidade dos funcionários se identificarem com a organização e atuarem em prol dos seus objetivos. A importância enquanto tema de estudo tem aumentado face as mudanças, como *downsizing*, globalização, diversidade, aquisições e fusões.

Estudos recentes demonstram (Berta et al., 2018; Khuong e Chi 2017; Lin et al., 2020; Naghneh et al., 2017) que funcionários empenhados, exibem comportamentos benéficos para a organização, agregam valor através da sua determinação, proatividade, produtividade, elevada consciência de qualidade, satisfação no trabalho e comportamentos de cidadania organizacional. Complementarmente, outros estudos (Eisenberger, et al., 1990), Qureshi et al., 2019; Shah, et al., 2018) consideram o empenhamento organizacional essencial na perspetiva de compreender a intensidade e estabilidade da dedicação à organização, para prever a atitude dos funcionários em relação à organização.

Meyer e Allen (1997) alertam para o facto de o conhecimento do empenhamento possibilitar às organizações uma gestão mais eficiente da mudança. Acresce que, para serem bem-sucedidas, as organizações não podem ignorar os laços que ligam as pessoas às organizações e necessitam especialmente de prestar atenção às práticas, políticas e ocorrências que podem influenciá-los.

Vários estudos salientam que, entre as variáveis estudadas em comportamento organizacional, o empenhamento organizacional parece ser a que melhor prevê as intenções comportamentais dos colaboradores (Iverson e Roy, 1994).

O interesse manifestado por este construto baseia-se no pressuposto da existência da sua associação a variáveis consideradas importantes para o

aumento da eficácia e da produtividade organizacional (Hunt e Morgan, 1994). Na mesma linha, McCaul, Hinsz e McCaul (1995) referem que o empenhamento organizacional, em termos teóricos, influencia vários comportamentos importantes para o bom funcionamento das organizações, como sejam a intenção dos trabalhadores de permanecer na organização, de realizarem um esforço em seu benefício e de terem um desempenho elevado.

Por sua vez, vários estudos têm identificado o empenhamento como uma variável importante na compreensão do comportamento de trabalho dos empregados nas organizações e têm preocupado identificar antecedentes do empenhamento organizacional, ou seja, identificar variáveis e fatores que de alguma forma “determinam” esse empenhamento (p.ex. Steers, 1977; Mowday, Steers e Porter, 1979; Legge, 1995; Meyer, 1997).

Nesta linha e mais recentemente estudos têm relacionado o empenhamento organizacional quer com fatores de contexto, como seja variáveis de contexto quer com fatores pessoais ou relacionais (Frederico, 2005; Ferreira, 2007, 2013; Ferreira e Silva, 2013).

Origem e evolução do conceito

Uma referência clássica na teoria do empenhamento e um primeiro estímulo para o seu estudo é o artigo de H. S. Becker, publicado em 1960. O conceito enunciado por Becker é, nas décadas seguintes, interpretado e utilizado por diferentes autores.

Nos anos setenta, com Porter e seus colaboradores o empenhamento começa a ser estudado de uma forma mais sistematizada e há um impulso significativo da vertente afetiva do empenhamento.

Nos anos oitenta e noventa, vários investigadores continuam a estudar esta variável associada a importantes consequências organizacionais.

Na década de noventa, os trabalhos de Allen e Meyer abriram caminho a uma nova forma de conceptualizar o empenhamento na organização. Destacam-se os seus contributos, nomeadamente a publicação da sua obra *Commitment in the workplace: Theory, research, and application*.

Conceito

A literatura acerca do comprometimento organizacional mostra-nos um fenómeno muito investigado e um construto polissémico e multifacetado. Encontramos diversos conceitos de empenhamento organizacional, como seja,

o empenhamento como uma tendência do indivíduo em se envolver em linhas sólidas de atividade (Becker 1960), o empenhamento como o laço psicológico que caracteriza a ligação do indivíduo à organização, demonstrando intenção de nela permanecer (Allen & Meyer, 2000), o empenhamento como sinónimo de lealdade à organização (Khaliq, Naeem e Khalid, 2016), o empenhamento como identificação e adesão à organização (Khuong e Chi, 2017). Não obstante essa oferta, o que parece emergir dos diferentes conceitos é que o empenhamento liga o indivíduo à organização e, refere-se à força com que ele se identifica com essa organização e nela participa. Trata-se de uma *“relação de vinculação de um indivíduo para com a organização em que trabalha”* (Tavares, 2001, p. 321).

Estes argumentos reforçam o conceito de empenhamento organizacional como *“o ponto em que o indivíduo aceita e interioriza os objetivos e os valores de uma organização e como vê a função organizacional em termos da sua contribuição para esses objetivos e valores, para além de quaisquer instrumentalismos pessoais que podem reforçar o seu contributo”* (DeCotiis e Summers, 1987, p. 448).

O empenhamento foi recebendo grande atenção na literatura, tanto a nível teórico como empírico. Mercê deste maior destaque, os desenvolvimentos teóricos acerca do empenhamento organizacional centraram-se numa perspectiva atitudinal.

Meyer e Allen (1991) relevam que as várias definições refletem três vastos temas, o empenhamento visto como reflexo da orientação eficaz do indivíduo na organização e para a organização, o reconhecimento dos custos associados com o deixar a organização, e a obrigação moral de permanecer na organização. Notam que o comum às várias definições do empenhamento organizacional é a visão de que *“o empenhamento é um estado psicológico, que caracteriza o relacionamento do empregado com a organização e tem implicações na decisão de continuar membro da organização”* (p. 67).

Dimensões

Na última década do século passado, ganhou aceitação o modelo de Meyer e Allen, que considera o empenhamento organizacional como sendo formado por três componentes cada uma referindo diferentes tipos de ligações para com a organização. Considera-se que estes componentes se desenvolvem como uma função de diferentes determinantes e com diferentes implicações para o comportamento organizacional. Os autores, Meyer e Allen (1991) descrevem estes componentes da seguinte forma: o empenhamento afetivo refere-se ao vínculo emocional, à identificação e ao envolvimento do indivíduo na

organização; o empenhamento normativo respeita ao sentimento de obrigação de continuar na organização; e o empenhamento instrumental refere-se à consciência dos custos associados a deixar a organização.

O empenhamento organizacional reporta-se à identificação com os objetivos globais da organização e ao desejo de pertença a essa organização. Pode ser mais bem compreendido se for visto como um conjunto de empenhamentos específicos e tendo vários fatores envolvidos no processo. Esta opinião levanta a possibilidade dos empregados com diferentes características (ex. idade, género, ...) e/ou com diferentes determinantes coletivos (ex. relação com o grupo) diferirem no seu empenhamento.

De forma semelhante á personalidade, que *“pode ser descrita em termos de um perfil de vários traços de personalidade, o empenhamento que um empregado sente em relação à sua organização, pode ser descrito em termos de um perfil que se compõe a partir de cada uma das três componentes”* (Allen e Meyer, 2000, p. 291).

O modelo multidimensional do empenhamento organizacional, conceptualizando-o em três dimensões distintas, foi desenvolvido por Allen e Meyer (1990) e identificaram, assim, o empenhamento afetivo, o empenhamento normativo e o empenhamento instrumental.

Nesta perspetiva, tais componentes refletem estados psicológicos não mutuamente exclusivos, refletindo a orientação eficaz do indivíduo na organização e para a organização (afetivo), uma obrigação moral de permanecer na organização (normativo) e um reconhecimento dos custos associados a deixar a organização (instrumental), ou seja:

- i. Empenhamento organizacional como ligação afetiva ou emocional do indivíduo à organização, identificação e participação na mesma;
- ii. Empenhamento organizacional como crença na responsabilidade que o indivíduo tem para com a organização, refere-se ao empenhamento baseado numa opinião ou numa obrigação moral para permanecer na organização;
- iii. Empenhamento organizacional como tendência do indivíduo para se envolver em ações consistentes, baseadas no reconhecimento dos custos (ou dos benefícios perdidos) associados ao abandono da organização, considerando que o indivíduo decide permanecer, ou não, na organização, consoante as avaliações que faz dos custos e benefícios associados à sua permanência ou saída.

As componentes do modelo de empenhamento organizacional de Allen e Meyer (1990) sugerem a possibilidade de os investigadores poderem compreender melhor o relacionamento de um empregado analisando simultaneamente os três componentes.

Os trabalhadores podem experimentar cada um destes estados psicológicos em diferentes graus. Por exemplo, um trabalhador pode sentir tanto uma extrema necessidade, como uma extrema obrigação de permanecer numa organização, mas até nenhuma vontade de o fazer.

Assim, as organizações têm interesse em promover os laços, afetivo e normativo dos seus colaboradores e diminuir o laço instrumental. No entanto, para que isso ocorra, é necessário que conheçam o nível de empenhamento organizacional dos seus colaboradores em cada uma das suas dimensões e, naturalmente, as variáveis que o podem determinar (Ferreira e Silva, 2013).

Empenhamento organizacional e outras variáveis organizacionais

Os desenvolvimentos teóricos acerca do empenhamento organizacional situam-se numa perspetiva predominantemente atitudinal e conhece-se desde os estudos de Hawthorne impacto de aspetos da gestão nas atitudes dos trabalhadores.

É uma assunção da Escola das Relações Humanas que gestores (remetemos neste capítulo ‘gestor’ para a figura hierarquicamente superior) mais abertos e participativos fornecem um feedback positivo e promovem níveis de empenhamento mais elevados nos trabalhadores. Já nos anos 60, autores defenderam que o estilo de gestão constituía um antecedente do empenhamento organizacional. Esta perspetiva continua a ser analisada e mantém o sentido da relação, sendo que Chernyak-Hai e Rabenu (2018) referem que o relacionamento interpessoal motiva os funcionários a desenvolver um relacionamento positivo no local de trabalho.

A figura do gestor tem papel preponderante no desenvolvimento dos trabalhadores, na comunicação, na interdependência das tarefas. Por sua vez, entre as características frequentemente apontadas como antecedentes do empenhamento organizacional constam o ambiente de trabalho, o clima, a confiança e a liderança.

Tem sido aceite que para as organizações alcançarem os objetivos estabelecidos, e tendo em conta princípios de eficácia e de eficiência, necessitam de uma liderança que influencie o desempenho dos funcionários (Kehoe e Wright, 2013).

Desde a década de 90, do século passado que há estudos que vêm colaborando essa resposta e têm apontado os efeitos preditivos do papel do gestor no empenhamento organizacional (Mathieu e Zajac, 1990; Hunt e Morgan, 1994). Também mais recentemente a ‘relação com a chefia’ foi relacionada positivamente com o empenhamento organizacional (Ferreira e Silva, 2013).

Contudo, Kehoe e Wright, (2013) consideram que a questão da forma como a liderança e o seu estilo podem influenciar o desempenho dos funcionários ainda carece de muita investigação para que a resposta seja inequívoca.

Referências

- Allen, N. e Meyer, J. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63 (1), 1-18.
- Becker, H. S. (1960). Notes on the concept of commitment. *American Journal of Sociology*, 66, 32-42.
- Berta, W., Laporte, A., Perreira, T., Ginsburg, L., Dass, A. R., Deber, R., Baumann, A., Cranley, L., Bourgeaul, I., Lum, J., Gamble, B., Pilkington, K., Haroun, V., e Neves, P. (2018). Relationships between work outcomes, work attitudes and work environments of health support workers in Ontario long-term care and home and community care settings. *Human Resources for Health*, 16(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0277-9>
- Chernyak-Hai, L., e Rabenu, E. (2018). The New Era Workplace Relationships: Is Social Exchange Theory Still Relevant? *Industrial and Organizational Psychology* 11, 456-81.
- DeCotiis, T. e Summers, T. (1987). A Path Analysis of a Model of the Antecedents and Consequences of Organizational Commitment. *Human Relations*, 40(7), 445-470.
- Eisenberger, R., Fasolo, P. e Davis-LaMastro, V. (1990). Perceived organizational support and employee diligence, commitment and innovation. *Journal of Applied Psychology*, 75(1), 51-59.
- Ferreira, M. (2007). Empenhamento organizacional de enfermeiros em hospitais com diferentes modelos de gestão. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 2, 6-13.
- Ferreira, M. (2013). Relacionamento com o supervisor e satisfação no trabalho: estudo em profissionais de saúde. *Cadernos de Ciência e Saúde*, 3(3), 15-22.

- Ferreira, M. e Silva, I. (2013). Empenhamento organizacional de enfermeiros e relação com a chefia. *Revista Enfermagem UERJ*, 21(2), 156-161.
- Frederico, M. (2005). Empenhamento organizacional de enfermeiros em hospitais com diferentes modelos de gestão: papel de variáveis de contexto. *Referência*, 1, 53-62.
- Hunt S., Morgan R. (1994). Organizational commitment: one of many commitments or key mediating construct? *Academy of Management Journal*, 37, 1568-87.
- Hunt, S. e Morgan, R. (1994). Organizational commitment: One of Many Commitment or Key Mediating Construct?. *Academy of Management Journal*, 37(6), 1568-1578.
- Iverson R., e Roy P. (1994). A causal model of behavioural commitment: evidence from a study of Australian blue-collar employees. *Journal of Management*. 20, 15-41.
- Khaliq, I., Naeem, B., e Khalid, S. (2016). A study of factors affecting organizational commitment among bank officers in Pakistan. *Journal of Business & Financial Affairs*, 6(1), 1-5. DOI: 10.4172/2167-0234.1000236
- Khuong, M. e Chi, N. (2017). Effects of the corporate glass ceiling factors on female employees organisational commitment: An empirical of Ho Chi Minh City, Vietnam, *Journal of Advanced Management Science* 5(4), 255-263. <https://doi.org/10.18178/joams.5.4.255-263>
- Legge, K. (1995). *Human resource management: rhetorics and realities*. London: MacMillian Business.
- Lin, W., Yuan, L., Kuang, S., Zhang, X., Lu, C., Lin, T., Lin, W., Cen, H., Zhou, Y., e Wang, P. (2020). Work engagement as a mediator between organizational commitment and job satisfaction among community health-care workers in China: A crosssectional study. *Psychology, Health & Medicine*, 25(6), 666-674. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1634821>
- Mathieu, J. e Zajac, D. M. (1990). A Review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin*, 108(2), 171-194.
- McCaul H, Hinsz, V, e McCaul D. (1995). Assessing organizational commitment: an employee's attitude toward the organization. *The Journal of Applied Behavioural Science*, 31, 80-90.
- Meyer, J. (1997). Organizational Commitment. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 12, 176- 228.
- Meyer, J. e Allen, N. (1997). *Commitment in the workplace: Theory, research, and application*. Thousand Oaks: CA, Sage Publications.

- Meyer, J., Allen, N. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1:61-89.
- Mowday, R., Steers, R. e Porter, L. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14, 224-247.
- Naghneh, M., Tafreshi, M., Naderi, M., Shakeri, N., Bolourchifard, F., e Goyaghaj, N. (2017). The relationship between organizational commitment and nursing care behavior. *Electronic Physician*, 9(7), 4835-4840.
<https://doi.org/10.19082/4835>
- Qureshi, M., Qureshi, J.; Thebo, A., Shaik, G. (2019). The nexus of employee's commitment, job satisfaction, and job performance: An analysis of FMCG industries of Pakistan. *Cogent Business & Management*, 6, 1654189
<https://doi.org/10.1080/23311975.2019.1654189>
- Shah, S., Ali, R., Dahri, A., Brohi, N., e Maher, Z. (2018). Determinants of job satisfaction among nurses: Evidence from South Asian perspective. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 8(5), 19-26.
- Steers, R. (1977). Antecedents and Outcomes of Organizational Commitment. *Administrative Science Quarterly*, 22(1), 46-56.
- Tavares, S. (2001). Vinculações dos indivíduos às organizações. In Ferreira, J. M. Carvalho; Neves, J.; Caetano, A. *Manual de psicossociologia das organizações*. Lisboa: McGraw Hill, 307-333.

Laboratório Português de Ambientes de Trabalho Saudáveis: Modelo Multidimensional de Diagnóstico, Monitorização e Intervenção

Tânia Gaspar, Maria do Céu Machado, Miguel Xavier, Saul Jesus, José Luís Pais Ribeiro, Manuela Faia Correia, Mário Caldeira Dias, João Areosa, Fábio Botelho-Guedes, Ana Cerqueira, Helena Canhão, & Margarida Gaspar de Matos

A sociedade, as organizações e as pessoas deparam-se com crescentes desafios internos e externos, complexos e multidimensionais, confrontando-se com diversas alterações comportamentais, sociais e económicas (Gaspar et al, 2023; Gaspar, Paiva & Matos, 2022; Bourgeault, Dingwall & de Vries, 2010).

Os “resultados” de uma organização, nomeadamente o desempenho dos profissionais, são altamente influenciados pela sua Saúde, Bem-estar e Qualidade de Vida (QV). Uma cultura organizacional que tenha uma abordagem focada na promoção de qualidade de vida dos profissionais e de espaços de trabalho saudáveis (Healthy Workplace) proporciona uma melhor satisfação com o trabalho, menos riscos psicossociais no trabalho, e consequentemente melhores resultados, nomeadamente um melhor desempenho dos profissionais e satisfação por parte dos clientes (Burton, 2010; Gaspar, Correia & Torres, 2021).

As organizações que têm como pilar estratégico a promoção do bem-estar e saúde dos profissionais, tendem a prevenir riscos, promover a saúde e resolver problemas ou ocorrências negativas. Uma abordagem de promoção de qualidade de vida e bem-estar tem maior capacidade para atrair e reter os profissionais e melhora o comprometimento dos seus profissionais (Gaspar, 2020; Gauld & Horsburgh, 2020) aumentando o seu desempenho, a sua criatividade e capacidade de inovação. Por outro lado, permite reduzir fatores de risco e desestabilizadores no trabalho, tais como conflitos, queixas, *turnover*, absentismo, problemas de desempenho, acidentes e incapacidade (Kock, 2017).

As organizações mais saudáveis apresentam globalmente, resultados mais positivos (Guest, 2002) ao nível dos recursos humanos, ao nível dos gestores e ao nível da entidade da tutela (Estado ou acionistas).

As necessidades dos profissionais, se não forem satisfeitas, podem funcionar como fatores de risco para a saúde, e inversamente, quando as organizações satisfazem essas necessidades, conduzem a um bem-estar e saúde organizacional. Estas necessidades podem passar pela segurança,

sentido de pertença, satisfação com o trabalho, justiça social, auto-estima, auto-eficácia e autonomia (Guest, 2002). Tanto a organização como os profissionais, partilham a responsabilidade de manter e melhorar o bem-estar e qualidade de vida.

Torna-se fundamental identificar e caracterizar os fatores da organização e dos profissionais que influenciam o bem-estar e a saúde dos profissionais, influenciando assim o seu desempenho e outros resultados da organização (BNQ, 2018).

Pretende-se fomentar uma CO promotora de saúde e bem-estar: como fatores de risco para a saúde e bem-estar identificados e eliminados ou quando não for possível eliminá-los, implementar-se estruturas e práticas para apoio e promoção da qualidade de vida e da saúde na organização e minimizar o impacto dos riscos (BNQ, 2018; Gaspar & Correia, 2020).

Um sistema de gestão do ambiente de saúde e bem-estar inclui necessariamente diversos elementos da parte da organização, da gestão e dos profissionais, nomeadamente compromisso, liderança e participação, capacidade de planeamento, implementação, avaliação e ações corretivas. Este sistema é dinâmico e periodicamente monitorizado e revisto (Oygarden, Olsen & Mikkelsen, 2020).

Bem-estar e QV no trabalho resultam de encontrar formas para melhorar a QV e o desempenho, incluindo atividades desenvolvidas pela entidade patronal que melhorem as condições de trabalho e que melhorem a vida dos profissionais no desenvolvimento das suas tarefas, tais como reestruturar o trabalho, implementar um sistema de recompensas, melhorar o ambiente laboral, promover a participação/autonomia, melhorar os salários, permitir o desenvolvimento de carreira, promover competências de resolução de conflitos, comunicação, promover relações positivas e justas entre os profissionais e entre profissionais e chefias e promoção de saúde e bem-estar (Rismawati, Gani, Sukmawati & Zakaria, 2015; Sewang, 2016).

Num estudo desenvolvido por Sivris e Leka (2015) através de entrevistas a especialistas foram identificadas boas práticas relativamente à promoção e proteção do bem-estar e saúde mental no local de trabalho. Todos os especialistas concordam que uma abordagem holística e multidisciplinar é fundamental para o sucesso da implementação das boas práticas. Alguns exemplos de boas práticas identificadas são: envolvimento de *stakeholders* e representantes dos setores relevantes, intervenção baseada na evidência científica, disseminação das boas práticas, intervenção como um processo com

melhoramentos e avaliação contínuos. Os especialistas identificam como principais barreiras ao sucesso da intervenção a falta de conhecimento por parte da gestão, profissionais e outros relevantes, constrangimentos financeiros, pressão de tempo, as organizações gostam mais de resultados certos e rápidos, e resistência à mudança e respetivas consequências. Para combater estas e outras barreiras os especialistas sugerem que se aposte em melhores políticas e legislação, mais e melhor evidencia científica, sensibilização e educação das pessoas e entidades envolvidas e utilização de uma abordagem holística que envolva a organização, mas também a comunidade com ações diretas e indiretas e com uma abordagem multidisciplinar e integração multinível (Braithwaite, Ludlow, Churrua, James, Herkes, McPherson, Ellis & Long, 2020).

No estudo realizado por Ogbonnaya e Messersmith (2018) conclui-se que três dimensões das práticas de GRH estão associadas à relação entre o desempenho e bem-estar do profissional: compromisso, comprometimento, comunicação e oportunidade. No entanto, cada uma das três dimensões apresenta uma relação diferente com os resultados do profissional. O compromisso está fortemente associado a comportamentos inovadores por parte dos trabalhadores e outros comportamentos positivos associados a um melhor desempenho. A comunicação se for clara acerca das expectativas que a organização tem dos profissionais também resulta em comportamentos e atitudes positivas por parte dos profissionais. A oportunidade relacionada com a autonomia e trabalho de equipa também surge associada a um maior compromisso e a um comportamento inovador, flexível e responsável dos profissionais. Por outro lado, a promoção de uma maior responsabilidade e autonomia nos profissionais, leva a um maior envolvimento, mas também provoca uma maior pressão e stresse (Gaspar, Paiva & Matos, 2021).

A autonomia no trabalho esta relacionada com um maior bem-estar dos profissionais Michie, van Stralen e West (2011) e Ogbonnaya e Messersmith (2018) salientam que uma abordagem baseada no modelo AMO, focado nas competências (*Abilities*), motivação (*Motivation*) e oportunidade de contribuir (*Opportunity*) dos profissionais poderá assegurar o desempenho e o bem-estar. Outros autores (Boxall et al. 2016) defendem que o modelo AMO serve os objetivos de desempenho da organização em vez assegurar o bem-estar dos profissionais. O ideal será desenvolver um modelo de GRH que assegure o desempenho da organização e bem-estar dos profissionais.

O bem-estar no trabalho está relacionado com o bem-estar psicológico, satisfação com a vida (Diener & Seligmen, 2004), associado à satisfação e

perceção de sentido em relação ao trabalho, bem-estar social, relacionado com as relações interpessoais, perceção de apoio, confiança e justiça, e bem-estar físico, a indicadores de saúde, sensação de energia e indicadores de doença, tais como, exaustão e stresse (OECD, 2018, 2020a, 2020b). O Bem-estar no trabalho está ligado a baixos níveis de stresse e burnout, elevados níveis de envolvimento com o trabalho, refletindo um equilíbrio entre as exigências do trabalho, tais como excesso de trabalho, tarefas emocionais e conflitos e os recursos disponíveis (tais como, autonomia, suporte social, desenvolvimento de oportunidades e feedback) e percebidos para realizar esse trabalho. Grote e Guest (2017) sugerem que além de um ambiente de trabalho saudável e seguro, do desenvolvimento de competências, da integração social, da representação e respeito pelos direitos, da relevância social do trabalho, do equilíbrio trabalho vida pessoal e da compensação adequada e justa, deve-se acrescentar a flexibilidade e a proatividade individual aos fatores relacionados com a qualidade de vida no trabalho (QWL – Quality of Working Life). Os autores propõem um modelo multinível que integre as práticas de GRH ao nível do trabalho da organização e na interface entre o trabalho e a vida dos profissionais para além do trabalho. Uma abordagem multinível tem em conta o contexto onde os profissionais trabalham e vivem (van Veldhoven & Peccei, 2015).

O modelo multinível apresentado por Guest (2017) e Grote e Guest (2017) inclui antecedentes do bem-estar dos profissionais e integra os princípios associados a uma relação de trabalho positiva. Ao nível das práticas de GRH associadas ao bem-estar, incluem-se promoção do investimento nos profissionais, envolvimento no trabalho, ambiente físico e social positivos, comunicação/dar voz e suporte organizacional. O bem-estar e a relação positiva no trabalho (que se reflete na confiança, justiça, segurança, contrato psicológico e elevada qualidade e vida no trabalho), além de serem influenciadas pelas perceções das práticas GRH, também são influenciadas pelo bem-estar e qualidade de vida (psicológica, social e física). Todos estes fatores vão-se refletir no desempenho individual do profissional e organizacional (Torres, Gaspar, Rodrigues, 2022).

Elevados níveis de bem-estar e satisfação com trabalho estão associados a uma melhoria no desempenho, níveis mais baixos de *turnover* e *burnout* (Gaspar, Paiva & Matos, 2021; Bryson et al., 2014),

Tem vindo a ser reconhecida a relevância da promoção do bem-estar e satisfação dos profissionais ao nível mundial, e apoiada por profissionais na

área da saúde, investigadores e economistas (OECD, 2018, 2020a, 2020b; WHO, 2002).

O que são Ambientes de Trabalho Saudáveis?

A saúde, definida como um completo estado de bem-estar físico, mental e social (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2010), é um ponto chave na sociedade atual que parece estar intrinsecamente ligado à qualidade de vida dos indivíduos, afetando de forma positiva ou negativa a educação, a empregabilidade e o desempenho profissional (OECD, 2013, 2014, 2015a, 2015b). Desta forma, é emergente adotar iniciativas de ambientes saudáveis em todas as áreas individuais e sociais, nomeadamente ao nível do contexto de trabalho, ao qual se atribuem 2,78 milhões de mortes por ano (Hämäläinen et al., 2017).

Um ambiente de trabalho saudável é definido como aquele onde os trabalhadores e os gestores colaboram em conjunto para a melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores, assim como para a sustentabilidade do ambiente de trabalho tendo em conta diversas questões, tais como: (1) segurança e saúde no ambiente físico do trabalho; (2) segurança, saúde e bem-estar no ambiente psicossocial do trabalho (que inclui a organização do trabalho e cultura da organização); (3) recursos para a saúde pessoal no ambiente de trabalho; e por fim, (4) envolvimento da empresa na comunidade (para a melhoria da saúde dos trabalhadores, das suas famílias e de outros membros da comunidade) (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021; OMS, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010) apresenta um modelo de ambientes de trabalho saudáveis, indicando as vias de influência, processo e princípios essenciais. Começa por definir um ambiente de trabalho saudável como aquele em que os profissionais e os gestores/chefias em conjunto desenvolvem um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os profissionais e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho tendo em conta o ambiente físico de trabalho, o ambiente psicossocial do trabalho, os recursos para a saúde pessoal e o envolvimento da organização na comunidade, estando sempre presente o compromisso da liderança, a participação ativa do profissional e o respeito pelos valores e a ética. Adicionalmente e como indica a figura 1 processo de melhoria contínua implica um ciclo de atividades, nomeadamente mobilizar, reunir, diagnosticar, priorizar, planear, executar, avaliar, melhorar e assim sucessivamente.

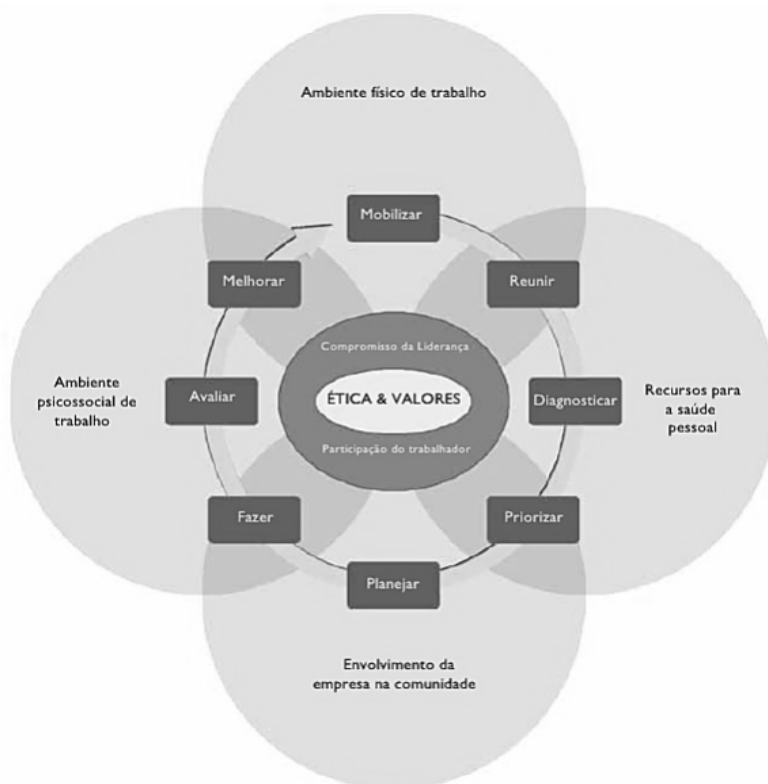


Figura 1 - Modelo de ambientes de trabalho saudáveis da OMS. (WHO, 2010, pp. 8).

Na identificação, caracterização e avaliação são necessariamente tidos em conta múltiplos fatores e indicadores. Uma vez que a saúde e qualidade de vida dos profissionais são influenciadas por diferentes fatores, serão utilizadas múltiplas fontes de informação e diferentes variáveis relevantes (Gaspar, Cabrita, Rebelo & Matos, 2017; WHO, 1994; 2005). De entre os fatores relevantes destacam-se: a Cultura Organizacional (Cameron & Quinn, 2011), Fatores Psicossociais do Trabalho (stress e *burnout*, equilíbrio entre vida familiar e trabalho, relações de trabalho, relações com a liderança, satisfação, autonomia, reconhecimento) (Kristensen, 2002; Kristensen, et al., 2005), Qualidade de Vida (Gaspar, et al., 2017; WHO, 1994; 2005), Desempenho (Campbell & Wiernik, 2015; Guest, 2002) e outras variáveis e resultados da organização (BNQ, 2018; Bourgeault, Dingwall & de Vries, 2010; Burton, 2010).

O envolvimento da empresa na comunidade é um ponto fundamental, visto que as pessoas dão valor ao trabalho, não apenas por questões monetárias, mas porque sentem que através deste contribuem para a sociedade. Para além disso, o trabalho pode representar uma forma de realização pessoal e ajudar a fortalecer a vida social do indivíduo (OECD, 2015a; Saunders & Nedelec, 2014).

Existem diversos problemas associados ao trabalho, como por exemplo, a carga horária excessiva, sendo que esta pode refletir-se na forma como o trabalhador se comporta e sente (e.g., aumento do cansaço e de problemas de sono, aumento do consumo de álcool e tabaco, consumo de drogas, redução da produtividade e aumento da irritabilidade). Desta forma, tal como iremos aprofundar mais à frente, é fundamental a avaliação de riscos associados aos locais de trabalho com vista à melhoria da qualidade de vida e estilo de vida dos trabalhadores. Pequenas ações como reduzir a carga e intensidade de trabalho, incentivar a realização de pausas e motivar os trabalhadores para usufruírem das folgas e férias para descanso (desligando-se do trabalho), contribuem de forma significativa para melhorar a saúde dos trabalhadores (Gaspar et al, 2022; Public Health England, 2016).

A criação de um ambiente de trabalho saudável é um processo contínuo, que deve garantir a segurança e bem-estar de todos os interessados (Bellew, 2008; Black, 2008), e para que isto ocorra são necessários seis princípios fundamentais: (1) compromisso da liderança com base em valores fundamentais; (2) envolvimento dos trabalhadores e dos seus representantes; (3) análise das lacunas; (4) aprender com os outros; (5) sustentabilidade; e por fim, (6) importância da integração (Burton, 2008; OMS, 2010).

O compromisso da liderança com base em valores fundamentais é um princípio fundamental que está dependente de três etapas. Inicialmente, para que um ambiente de trabalho saudável seja implementado, é imprescindível que se integrem os objetivos, as metas e os valores da organização, assim como, que se proceda à mobilização e obtenção do compromisso das principais partes interessadas. Após esta etapa, é necessário recolher as autorizações, os recursos e o apoio fundamental dos proprietários, da alta direção, lideranças sindicais ou líderes informais. Por fim, é necessário existir uma manifestação concreta desse compromisso, através do progresso e adoção de uma política absoluta assente na autoridade máxima da empresa, que deve ser comunicada a todos os trabalhadores (OMS, 2010).

O envolvimento dos trabalhadores e dos seus representantes é fundamental desde a etapa inicial até à etapa final. Não apenas no que diz

respeito a ser informados sobre as etapas, mas sendo solicitada a sua participação, através de ideias e opiniões. Este princípio é fundamental devido ao desequilíbrio que se faz sentir nas relações entre trabalhadores e direção (DGS, 2021; OMS, 2010; Tausig & Fenwick, 2011).

A análise das lacunas tem por base a comparação entre a situação atual da empresa e a situação desejada/expectável. O resultado obtido será utilizado para o desenvolvimento de um plano que prevê a diminuição das lacunas entre a realidade e a expectativa (OMS, 2010).

A aprendizagem contínua é um dos princípios fundamentais mais importantes. Por vezes, é necessário recorrer a outros especialistas para solicitar orientação e auxílio (e.g. representantes sindicais que receberam formação específica em segurança e saúde no trabalho e especialistas em segurança e saúde no trabalho) (Gondim & Rojas, 2004). Para além da solicitação de auxílio, também é benéfica a visita a outras empresas para observação de boas práticas locais, assim como a procura contínua de conhecimento através de métodos científicos (OMS, 2010).

Para que se criem ambientes de trabalho saudáveis é necessário que a sustentabilidade esteja sempre presente, isto é, a avaliação e procura de melhoria devem ser processos constantes, que devem integrar o plano de negócios da empresa (Potocan, 2021).

A sustentabilidade constitui-se como um elemento fundamental dentro de uma organização, tendo como objetivo estimular o desenvolvimento de uma estratégia onde a organização procura a criação de novas oportunidades, através da ampliação de mercados ou melhoria da sua reputação, assim como pelo controlo dos riscos com vista à continuidade do negócio. As empresas que apostam na sustentabilidade acabam por se tornar organizações de referência, onde os funcionários sentem o peso dessa responsabilidade, o que faz com que se sintam mais orgulhosos e desenvolvam um sentimento de comprometimento a longo prazo com a organização (EU-OSHA, 2004).

Esta depende essencialmente de dois fatores: (1) do real comprometimento da organização com os seus valores; e (2) da aproximação estratégica da organização aos seus *stakeholders*. Nesse sentido, as organizações que investem na sua sustentabilidade devem dar primazia a uma liderança presente, uma vez que esta fará a interligação entre todo o negócio, através de uma visão no futuro (a longo prazo), com recurso a uma comunicação eficaz direcionada a todos os sectores (Sahut et al., 2012; Eccles et al., 2012).

A integração é um fator muito importante, no entanto, quanto maior a dimensão da organização, maior a dificuldade de integração de todos os trabalhadores e maior a separação entre a equipa e a direção da organização. Desta forma, surge a necessidade de criar algumas normas básicas com o objetivo de aumentar a integração, tais como: a valorização do interesse dos trabalhadores e não apenas do interesse organizacional no plano estratégico da entidade (Kaplan & Norton, 1992), a criação de variáveis relacionadas com a saúde, segurança, bem-estar e estilo de vida saudável, o reforço da importância dos princípios do ambiente de trabalho saudável, a recompensa da alta produtividade e por fim, a utilização de equipas multifuncionais (OMS, 2010).

Em suma, os princípios fundamentais supracitados são indispensáveis, de forma a poder dar-se início ao desenvolvimento de um ambiente de trabalho saudável. Este desenvolvimento apresenta na sua base alguns processos e fatores de influência necessários ao seu início e manutenção.

A OMS (1998) desenvolveu um modelo de melhoria contínua para a segurança e saúde no ambiente de trabalho com o objetivo de responder às necessidades de todos os interessados e manter a sustentabilidade ao longo do tempo. Este modelo tem sido gradualmente alterado por diversos especialistas e entidades, apresentando atualmente oito etapas: (1) Mobilizar: consiste no levantamento de informações sobre as necessidades, os valores e as prioridades dos indivíduos, a fim de se conhecer os diferentes valores e padrões éticos existentes na organização. Este conhecimento permite mobilizar os sujeitos através da construção de um compromisso com a organização; (2) Reunir: consiste na reunião dos recursos necessários, como por exemplo, a contratação de uma equipa especialista em ambientes de trabalho saudáveis, com o objetivo de incutir mudanças na organização, sendo que por vezes em organizações que possuem um comitê de segurança e saúde ou uma comissão interna de prevenção de acidentes (CIPA), tal contratação não é necessária, visto estes especialistas poderem desempenhar essa tarefa; (3) Diagnosticar: consiste no diagnóstico através dos dados preexistentes das inspeções do local (perigos identificados, avaliação de risco, etc.) e da avaliação da saúde dos trabalhadores (tanto a nível ocupacional como a nível individual); No final, devem ser avaliadas as expectativas da organização e dos trabalhadores a nível do futuro, e para tal, é benéfica a utilização de benchmarking, com o objetivo de se perceber a situação de organizações semelhantes; (4) Priorizar: esta etapa inicia-se após as quatro primeiras etapas estarem concluídas, consistindo na priorização de critérios que sejam essenciais para a saúde, como por exemplo, de acordo com a facilidade em implementar soluções e a possibilidade de fazer

a diferença na política do ambiente de trabalho; (5) Planear: consiste na elaboração de um plano na área da saúde, que deve ter como foco as prioridades identificadas como mais emergentes para a saúde, assim como um cronograma de metas, com a indicação de prazos. Devem ser desenvolvidos dois planos, um de longo prazo e um plano anual, onde estão descritas as questões a serem abordadas por ordem de prioridade; (6) Fazer: como o próprio nome indica, consiste na implementação do plano anteriormente idealizado; (7) Avaliar: consiste na realização de uma avaliação ao longo do tempo, a curto e longo prazo, com o objetivo de se averiguar os pontos fortes e fracos, assim como o sucesso global do programa. Esta avaliação deve ser feita entre 3 a 5 anos após o início do programa ou após alguma alteração importante, como por exemplo, alteração na direção da organização; (8) Melhorar: consiste na realização de alterações com base nos resultados das avaliações, enaltecendo-se os aspetos de sucesso, assim como o reconhecimento dos indivíduos que participaram ativamente nas conquistas alcançadas (OMS, 1998).

Políticas para promover a saúde e bem-estar dos empregados não só protegem dos riscos profissionais, mas também proporcionam benefícios para indivíduos e empregadores. Estilos de vida pouco saudáveis, caracterizados por elevados níveis de stresse, comportamento sedentário e maus hábitos alimentares, afetam a saúde dos trabalhadores e têm um impacto negativo na produtividade do local de trabalho. Os governos desempenham um papel fundamental na promoção da saúde e do bem-estar no local de trabalho (OECD, 2022).

O Laboratório Português de Ambientes de Trabalho Saudáveis (LABPATS)

O Laboratório Português de Ambientes de Trabalho Saudáveis (LABPATS) tem como objetivo o estudo aprofundado, sistemático e ecológico da saúde e bem-estar dos profissionais e das organizações e a colaboração na promoção e proteção da saúde e dos riscos em contexto laboral em Portugal, não negligenciando o desempenho.

Pretende-se caracterizar a situação nacional ao nível das necessidades de intervenção e da fundamentação, design/estruturação, avaliação e inovação de programas de intervenção e políticas com impacto na saúde e bem-estar, desenvolvimento saudável e sustentável dos profissionais e das organizações em constante ligação à sociedade, numa lógica ancorada no triple *bottom line* (*Profit, People, Planet*)

Podem ser identificados os seguintes objetivos específicos: (1) Caracterizar as necessidades ao nível da promoção da saúde e proteção da doença, dos riscos

psicossociais no trabalho dos profissionais e das organizações em Portugal relacionando com o desempenho; (2) Avaliar as respostas e respetiva adequabilidade às necessidades; (3) Identificar e disseminar boas práticas; (4) Propor medidas adequadas às entidades competentes; (5) Identificar e propor áreas / temas relevantes e emergentes para investigação e desenvolvimento; (6) Estudar aprofundadamente a relação entre bem-estar e produtividade numa perspetiva estratégica; (7) Divulgar dados em relatório anual; (8) Formação e consultoria na área dos ambientes de trabalho saudáveis; (9) Dar pareceres sobre assuntos relevantes na área dos ambientes de trabalho saudáveis.

O *Laboratório Português dos Ambientes de Trabalho Saudáveis* (LABPATS) pretende reunir personalidades, investigadores, instituições académicas e de investigação, organizações, associações e entidades governamentais e não governamentais especialistas. Esta organização em rede permite uma abordagem multidisciplinar, uma importante articulação e conjugação de conhecimentos e competências e uma gestão flexível dos recursos disponíveis. Atuará em quatro eixos: (1) Investigação & Desenvolvimento - identificar e propor áreas / temas relevantes e emergentes para investigação e desenvolvimento; (2) Informação/formação – reunir e divulgar informação disponível ao nível de investigação e intervenção, disseminar boas práticas, dinamizar ou apoiar eventos científicos e profissionais (workshops, encontro, congressos, etc.). (3) Intervenção Social e Comunitária– *policy advice*; proposta de programa e medidas; consultoria e apoio à implementação e avaliação de programas e medidas. (4) Internacionalização – desenvolvimento de parcerias internacionais para rede de Observatório (Gaspar, et al. 2022).

O *Laboratório Português de Ambientes de Trabalho Saudáveis* (LABPATS) privilegia a avaliação e monitorização das organizações dos diferentes setores de atividade.

Propomos um programa LABPATS com a duração de 12 meses e envolve um processo contínuo na definição do modelo multidimensional de qualidade e saúde da organização, a nível do diagnóstico, implementação e avaliação de processo e final de programa de intervenção.

A população a incluir no programa é constituída por membros da administração e outros membros da gestão; profissionais e clientes (opcional).

O programa pretende envolver a participação efetiva dos membros da administração/gestores e profissionais na implementação e participação no processo.

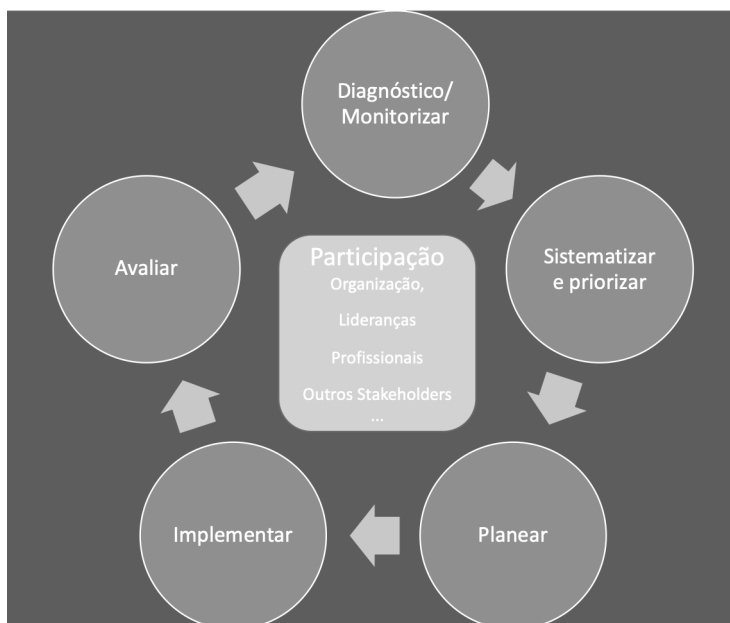


Figura 2: Modelo Intervenção LABPATS

O programa LABPATS inclui um diagnóstico inicial que inclui avaliação quantitativa e qualitativa através de entrevistas e grupos de referências constituídos pelos diferentes grupos profissionais. A avaliação qualitativa utiliza o Instrumento *Ecosystemas de Ambientes de Trabalho Saudáveis* (EATS).

O instrumento utilizado integra questões sociodemográficas de caracterização dos trabalhadores e teve como base o instrumento de avaliação da Gestão e Qualidade das Organizações de Saúde (Gaspar, 2019; Gaspar, 2021) e o Modelo da Ambientes de Trabalho saudáveis proposto pela Organização Mundial de Saúde (Burton, 2010).

O Instrumento *Ecosystemas de Ambientes de Trabalho Saudáveis* (EATS) é constituído por um total de 62 itens organizados em 9 dimensões tendo como base o modelo dos *Healthy Workplaces* proposto pela Organização Mundial de Saúde (Burton, 2010). A dimensão Ética e Valores é constituída por 8 ($\alpha = 0,91$), o Compromisso com a Liderança por 6 itens ($\alpha = 0,95$), o Envolvimento dos Trabalhadores por 7 itens ($\alpha = 0,89$), os Riscos Psicossociais do Trabalho relacionados com o conteúdo do trabalho e relações com a liderança tem 12 itens ($\alpha = 0,91$), os Riscos Psicossociais do Trabalho relacionados com o Bem-

estar e Saúde Mental têm 5 itens ($\alpha = 0,86$), o ambiente Físico tem 5 itens ($\alpha = 0,92$), o teletrabalho tem 3 itens ($\alpha = 0,82$), o Envolvimento com a Comunidade 12 itens ($\alpha = 0,90$) e os Recursos para a Saúde Pessoal tem 4 itens ($\alpha = 0,83$). Todas as questões têm uma escala de tipo Likert de 5 pontos (Gaspar, et al., 2022).

Após a avaliação inicial é realizada a devolução dos resultados do Modelo (relatório e reunião com Administração/gestão de reflexão dos resultados e o modelo da organização, uma análise SWOT com sugestões de melhoria propostas por uma equipa multidisciplinar. Junto com a administração é realizada a análise das recomendações e definição de prioridades do programa de intervenção. Como resultado é elaborado um Plano de Intervenção SMART (*Specific, Measurable, Assignable, Realistic, and Time-bound*).

Numa fase seguinte implementa-se do Plano de Intervenção. A intervenção organizacional é realizada a diferentes níveis: (1) de forma universal preventiva, integrada nas políticas da organização de modo a chegar a um grupo abrangente da população e sensibilizar e promover literacia em saúde; (2) A intervenção também deverá ser seletiva face a grupos específicos de risco permitindo a estes grupos um maior autoconhecimento e gestão do risco; (3) focada em indivíduos que apresentem maiores dificuldades ou perturbações ao nível da saúde mental, permitindo o desenvolvimento de autoconhecimento, autorregulação e promoção de pensamento e emoções adaptativas e promotoras de qualidade de vida e bem-estar.

Durante todo o processo de implementação verifica-se envolvimento dos profissionais na definição e implementação do programa, sendo realizadas sessões regulares de acompanhamento.

No final da implementação do Programa LABPATS é realizada a avaliação final e follow-up. A avaliação final inclui a replicação do Instrumento Ecossistemas de Ambientes de Trabalho Saudáveis (EATS) e uma componente de avaliação qualitativa, através de entrevistas a grupos de referências. Por fim realiza-se a devolução dos resultados do Modelo (relatório final e reunião com Administração/gestão de reflexão dos resultados e o modelo da organização, uma análise SWOT com reflexões propostas por uma equipa multidisciplinar (Gestão, Psicologia e Economia) e apresentação pública dos resultados em sessão a organizar pela Organização (Gaspar et al, 2023).

Exemplos ilustrativos dos trabalhadores participantes no estudo EATS (Ecossistemas de Ambientes de Trabalho Saudáveis) (Gaspar et al, 2021).

Dimensão	Exemplo ilustrativo
Cultura	"(...) Preocupação crescente com os problemas de saúde psicológica dos trabalhadores"
Riscos Psicossociais	"Promoção do equilíbrio entre vida pessoal, familiar e profissional" "(...) Respeito pelas pessoas e pela sua vida pessoal (...)" "(...) Respeito da chefia pelo tempo de descanso (...)" "Preocupação em não interferir com outras atividades da vida dos trabalhadores (...)"
Comunicação	"Comunicação próxima entre diferentes estruturas; Facilidade de acesso às diferentes pessoas e respetivos cargos (...)"
Participação dos trabalhadores	"Possibilidade de partilharem opiniões e sugerirem melhorias, com o objetivo de melhorar o serviço e o ambiente psicossocial." "(...) Sistema de sugestões de colaboradores, Decisões partilhada (...)"
Trabalho de Equipa	"Promoção de momentos informais com a equipa durante o teletrabalho para promoção do espírito de equipa" "Forte rede de suporte social e interajuda que facilita o ambiente de trabalho" "Promoção de eventos de <i>wellbeing</i> "
Autonomia e confiança dos Trabalhadores	"Autonomia, responsabilidade e liberdade" "Confiança nos funcionários na gestão do alcançar dos objetivos."
Ambiente Físico	"Desenvolvimento de novas políticas que dizem respeito à ergonomia nos escritórios e a utilização de EPI's (ex: auriculares e máscaras)"
Recursos para a Saúde	"Quando estávamos no escritório, tínhamos frutas, saladas e outros snacks saudáveis à disposição, agora em teletrabalho, temos envio de um cabaz de frutas e legumes para casa (...)" "Atividades pós-laboral de exercícios físicos feitos em grupo (...)"
Envolvimento com Comunidade	"(...) Envolvimento em programas de responsabilidade social e ambiental (...)"
Experiências Negativas Propostas de melhoria	"Na organização que trabalho é impossível propor alterações" "Sugestões só de cima para baixo nunca o contrário." "Menos burocracia, maior agilização e personalização dos processos administrativos." "Liderar a partir de exemplo e motivação em vez de incitação de medo nos trabalhadores." "Lideranças com foco na concretização dos objetivos e não no número de horas trabalhadas." "Melhorar os circuitos de comunicação, capacitar os líderes, incentivos às boas práticas" "(...) Traçar metas realistas, planejar adequadamente as atividades, organizar o trabalho, evitando situações de stresse. Gerir melhor!" "A confiança pela equipa de trabalho, conseguindo delegar e reagir de forma construtiva ao erro." "Valorização dos conhecimentos e capacidade técnica dos colaboradores em lugar do favorecimento das relações políticas de alguns." "Apoio ao desenvolvimento de carreira."; "Abolição das quotas na progressão da carreira." "Maior investimento no desenvolvimento de ações que visem a prevenção de problemas de saúde física e psicológica dos trabalhadores."

O LABPATS permite a atualização permanente do conhecimento sobre ambientes de trabalho saudáveis, permite envolver todos no diagnóstico e implementação do programa, promove *awareness* organizacional (consciencialização) e a autonomia para a identificação, reflexão e melhoria contínua da saúde dos profissionais, da organização e da sociedade como um todo.

Um Ambiente de Trabalho Saudável implica uma cultura e abordagem sistémica, integral, articulada e continuada de promoção de saúde e bem-estar laboral, envolvendo a gestão, os trabalhadores e outros *stakeholders* com reflexos na saúde, bem-estar e desempenho organizacional, individual e ao nível de toda a sociedade.

Recomendações para promoção de Ambientes de Trabalho Saudáveis

- Avaliar e monitorizar o ambiente de trabalho saudável numa perspetiva sistémica e integrativa (Cultura organizacional, liderança, envolvimento dos trabalhadores, riscos psicossociais do trabalho, ambiente físico, responsabilidade social, relação com a comunidade e recursos para a saúde) e de forma periódica;
- Envolver de forma ativa todos os *stakeholders* no processo de avaliação e monitorização;
- Devolver e refletir os resultados das avaliações com todos os *stakeholders* (ou representantes), devem ser estabelecidos objetivos estratégicos e metas específicas e realistas, e consequentemente planeadas, implementadas e avaliadas as mudanças necessárias e pré-estabelecidas;
- Definir um número adequado de metas e a serem concretizadas em tempos bem calendarizados com uso de recursos realistas;
- Sublinhar o papel central da liderança na promoção de um ambiente de trabalho saudável, passando pela formação contínua das lideranças, promoção de maior autonomia e responsabilização;
- Promover uma melhor comunicação e maior transparência entre os diferentes níveis hierárquicos e diferentes grupos profissionais;
- Promover um maior envolvimento, autonomia e responsabilização dos profissionais;

- Desenvolver uma estratégia de recursos humanos que premeie o desempenho, incentivos de acordo com a avaliação do desempenho dos profissionais;
- Promover ao nível dos profissionais uma melhoria a nível da comunicação e o trabalho em equipa e da formação continua em contexto.
- Prevenir e gerir os riscos psicossociais do trabalho. Os riscos psicossociais mais comuns são falta de autonomia, dificuldades de relações interpessoais laborais, exigências do trabalho (emocionais, cognitivas ou físicas), stresse e *burnout*, fracas expectativas face ao desenvolvimento de carreira e equilíbrio entre vida laboral e familiar.
- Promover recursos para a saúde, ações e atividades continuadas de promoção da saúde física, social e mental dos profissionais, como por exemplo ações de sensibilização, acesso a serviços de saúde e bem-estar, formação e promoção de literacia em saúde, desenvolvimento de atividades extralaborais (*teambuilding*), e atividades complementares como investigação, voluntariado etc., tendo em conta a avaliação e o planeamento estratégico.

Referências

- Bellew, B. (2008). Primary prevention of chronic disease in Australia through interventions in the workplace setting: a rapid review. Sax Institute for the Chronic Disease Prevention Unit, Department of Human Services.
- Black, C. (2008). Working for a healthier tomorrow - Dame carol black's review of the health of Britain's working age population.
- BNQ. (2018). Psychological health and safety in the workplace: prevention, promotion, and guidance to staged implementation. Bureau de normalization du Québec.
- Bourgeault, I., Dingwall, R., & de Vries, R. (2010). *The SAGE Handbook of Qualitative Methods in Health Research*. SAGE.
- Boxall, P., Guthrie, J. P., & Paauwe, J. (2016). Editorial introduction: Progressing our understanding of the mediating variables linking HRM, employee well-being and organisational performance. *Human Resource Management Journal*, 26(2), 103-111. doi:10.1111/1748-8583.12104
- Braithwaite, J., Ludlow, K., Churrua, K., James, W., Herkes, J., McPherson, E., Ellis, L.A. & Long, J.C. (2020), "Systems transformation: learning from

- change in 60 countries", *Journal of Health Organization and Management*, 34(3): 237-253. doi:10.1108/JHOM-01-2019-0018
- Bryson, J., Crosby, B. C., & Bloomberg, L. (2014). Public Value Governance: Moving Beyond Traditional Public Administration and the New Public Management. *Public Administration Review*, 74(4), 445-456. doi:10.1111/puar.12238
- Burton, J. (2008). Industrial Accident Prevention Association. The Business Case for a Healthy Workplace.
- Burton, J. (2010). WHO healthy workplace framework and model: background and supporting literature and practices. World Health Organization.
- Cameron, K. S., & Quinn, R. E. (2011). *Diagnosing and changing organizational culture: Based on the competing values framework* (Rev. ed.). Jossey-Bass.
- Campbell, J. & Wiernik, M. (2015). The Modeling and Assessment of work performance. *The Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 2, 47-74. doi:10.1146/annurev-orgpsych-032414-111427
- Direção-Geral da Saúde (2021). *Proteção e promoção da saúde dos trabalhadores: robustecer os serviços de saúde ocupacional perante os desafios da covid-19*.
- Diener, E., & Seligman, M. E. (2004). Beyond Money: Toward an Economy of Well-Being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5(1), 1-31. doi:10.1111/j.0963-7214.2004.00501001.x
- Eccles, R. G., Perkins, K. M., Serafeim, G. (2012). How to Become a Sustainable Company - MIT Sloan Management Review, 34.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), (2014). Enlarging the power of occupational safety and health in the European Union - A summary of the Agency's 2004 annual report. Publications Office of the European Union.
- Gaspar, T. (2019). Gestão em Contexto Hospitalar: Modelo compreensivo da relação entre a Cultura Organizacional, fatores Psicossociais do Trabalho e Qualidade de Vida dos Trabalhadores de Saúde Resultados. Manuscrito submetido a Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa, do Centro Hospitalar Lisboa Norte da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa refa no 35/19.
- Gaspar, T. (2020). O Futuro da Gestão, Qualidade e Desempenho dos Sistemas de Saúde. In Matos, M.G. (ed). *O Futuro de quase tudo*, Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Gaspar, T., et al. (2017). Psychological and Social Factors That Influence Quality of Life: Gender, Age and Professional Status Differences. *Journal of*

Psychology Research. 2017 Sep 28, 7(9), 489-498. doi:10.17265/2159-5542/2017.09.003

Gaspar, T. et al. (2022). Relações Laborais: Laboratório Português de Ambientes de Trabalho Saudáveis. *Revista Gestão Hospitalar*, 29, 24-26.

https://apah.pt/wp-content/uploads/2022/08/REVISTA_GH_29_FINAL.2.pdf

Gaspar, T. et al. (2023). Ecossistemas de Ambientes de Trabalho Saudáveis: Relatório anual 2022. Laboratório Português de Ambientes de Trabalho Saudáveis.

Gaspar, T., Cabrita, T., Rebelo, A., & Matos M. (2017). Psychological and Social Factors That Influence Quality of Life: Gender, Age and Professional Status Differences. *Psychology Research*, 7(9), 489-498. doi:10.17265/2159-5542/2017.09.003

Gaspar, T. & Correia, M. F. (2020). O Futuro das Organizações e da Qualidade de Vida no Trabalho. In Matos, M.G. (ed). *O Futuro de quase tudo*, Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Gaspar, T., Correia, M. M., & Torres, I. (2021). Perception of management and public health experts about organizational, professionals and patients related factors that influence the performance in health organizations. *Procedia Computer Science*, 181 166-172 doi 10.1016/j.procs.2021.01.117

Gaspar, T., Paiva, T. & Matos, M.G. (2021). Impact of Covid-19 in Global Health and Psychosocial Risks at Work. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 63(7), 581-587.

<https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002202> (IF=2,162)

Gaspar, T., Paiva, T. & Matos, M.G. (2022). Ecological Model Explaining the Psychosocial Adaptation to COVID-19. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 19(9), 5159.

<https://doi.org/10.3390/ijerph19095159>

Gauld, R. & Horsburgh, S. (2020), "Did healthcare professional perspectives on the quality and safety environment in New Zealand public hospitals change from 2012 to 2017?", *Journal of Health Organization and Management*, 34(7): 775-788. doi:10.1108/JHOM-11-2019-0331

Gondim, G. M. M. & Rojas, L. I. (2004). *Trabalho e Ambientes Saudáveis*. Fundação Oswaldo Cruz.

Grote, G., & Guest, D. (2017). The case for reinvigorating quality of working life research. *Human Relations*, 70(2). doi:10.1177/0018726716654746

Guest, D. E. (2002). Human Resources Management, corporate performance and employee wellbeing: building the worker into HRM. *The Journal of Industrial Relations*, 44(3), 335-358. doi:10.1111/1472-9296.00053

- Guest, D. E. (2017). Human resource management and employee well-being: towards a new analytic framework. *Human Resource Management Journal*, 27(1), 22-38. doi:10.1111/1748-8583.12139
- Hämäläinen, P., Takala, J., Saarela, K. L. (2007). Global estimates of fatal work-related diseases. *American Journal of Industrial Medicine*, 50(1), 28-41. <https://doi.org/10.1002/ajim.20411>
- Kaplan, R. and Norton, D. (1992). The Balanced Scorecard - Measures That Drive Performance. *Harvard Business Review*, 79.
- Kock, N. (2017). Which is the best way to measure job performance: Self-perceptions or official supervisor evaluations? *International Journal of e-Collaboration*, 13(2), 1-9. doi:10.4018/IJeC.2017040101
- Kristensen, T. S. (2002). A new tool for assessing psychosocial factors at work: The Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *TUTB Newsletter*, 19-20, 45-47.
- Kristensen, T., Hannerz, H., Hogh, 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. doi:10.5271/sjweh.948
- OECD (2013). *Mental Health and Work: Sweden*. OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en>
- OECD (2014). *Mental Health and Work: Switzerland*. Mental Health and Work, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264204973-en>
- OECD (2015a). *Mental Health and Work: Australia*. Mental Health and Work, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264246591-en>
- OECD (2015b). *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, Mental Health and Work. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264228283-en>
- OECD (2022). *Promoting Health and Well-being at Work: Policy and Practices*. OECD Health Policy Studies
- Øygarden, O., Olsen, E. and Mikkelsen, A. (2020), "Changing to improve? Organizational change and change-oriented leadership in hospitals", *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 34 No. 6, pp. 687-706. doi:<https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2019-0280>
- Ogbonnaya, C., & Messersmith, J. G. (2018). Employee performance, well-being, and differential effects of human resource management subdimensions: Mutual gains or conflicting outcomes?. *Human Resource Management Journal*, 29(3), 509-526. doi:10.1111/1748-8583.12203

- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2020a), *How's Life? 2020: Measuring Well-being*, OECD Publishing. doi:10.1787/9870c393-en
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) /European Union (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, /European Union, doi:10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)/European Union (2020b), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing. doi:10.1787/82129230-en
- Organização Mundial de Saúde (2010). *Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação*. SESI (Serviço Social da Indústria).
- Potocan, V. (2021). Technology and Corporate Social Responsibility. *Sustainability*, 13, 8658. <https://doi.org/10.3390/su13158658>
- Public Health England (2016). *Health matters: getting every adult active every day*. www.gov.uk/government/publications/health-matters-getting-every-adult-activeevery-day/health-matters-getting-every-adult-active-every-day
- Rismawati, A., Gani, M., Sukmawati, S., & Zakaria, J. (2015). An examination of the work culture, motivation, quality of work life on the relations between job performance and job satisfaction. *International Journal of Humanities and Social Science Invention*, 4(9), 41-49.
- Sahut, J. M., Boulerne, S., Mili, M. & Teulon, F. (2012). What relation exists between CSR and longevity of firms?. *International Journal of Business*, 17.
- Saunders, S. & B. Nedelec. (2014). What Work Means to People with work Disability: A Scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(1), 100-110. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9436-y>
- Sewang, A. (2016). The Influence of Leadership Style, Organizational Culture, and Motivation on the Job Satisfaction and Lecturer's Performance at College of Darud Dakwah Wal Irsyad (DDI) at West Sulawesi. *International Journal of Management and Administrative Sciences*, 3(5), 8-22.
- Sivris, K. C., & Leka, S. (2015). Examples of holistic good practices in promoting and protecting mental health in the workplace: current and future challenges. *Safety and Health at Work*, 6(4), 295-304. doi:10.1016/j.shaw.2015.07.002
- Tausig, M. & Fenwick, R. (2011). *Work and Mental Health in Social Context*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-0625-9>
- Torres, I., Gaspar, T. & Rodrigues, P. (2022). "Work and active aging: is there a relationship between health and meaning in life?" *International Journal of*

Workplace Health Management, 15(2). 235-253.

<https://doi.org/10.1108/IJWHM-12-2020-0208>

Van Veldhoven, M. J. P. M., & Peccei, R. E. (2015). Well-being and performance at work: The role of context. *Psychology Press*.

World Health Organization (WHO). (1994). *Quality of life assessment: an annotated bibliography*. World Health Organization (WHO).

World Health Organization (WHO) (1998). The World Health Report 1998 – *Life in the 21st century A Vision for all*. World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2002). World health report 2002 - Reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2005). *Mental Health: facing the challenges, building solutions*. World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2010). *Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners*. World Health Organization.

Gestão da Saúde na comunidade laboral: uma perspetiva ecossistémica

Pedro Melo

Universidade Católica, Porto

Explorar como gerir a Saúde de uma comunidade laboral numa perspetiva ecossistémica é o objetivo deste capítulo. Considerando a experiência do autor no desenvolvimento de estratégias inovadoras de diagnóstico e intervenção em comunidades com diferentes características, vamos ter a oportunidade de identificar os conceitos estruturantes para esta abordagem, nomeadamente o de comunidade laboral e do olhar ecossistémico para a saúde no contexto laboral. Ao longo do capítulo, vamos explorar uma das possíveis visões desta abordagem, considerando, neste caso, as assunções da ciência e profissão de Enfermagem, nomeadamente na visão especializada da Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

No penúltimo ponto do capítulo, é apresentado um estudo de caso real, para se compreender uma forma objetiva de abordar uma comunidade laboral como unidade de cuidados, numa perspetiva ecossistémica e é encerrado o capítulo com uma conclusão.

A comunidade laboral

O trabalho é um importante marco na transição para a idade adulta¹. É no ambiente laboral que se desenvolvem os alicerces da identidade alicerçada a um projeto de vida, num espaço que ocupa a maior percentagem de tempo na vida da maioria das pessoas.² No contexto do estudo desenvolvido por Pimenta (2007)², encontram-se narrativas que enformam as visões do trabalho de acordo com fatores como, o género ou as condições socioeconómicas, como condicionantes das trajetórias de vida laboral. Desde os anos 70 do século XX que o trabalho tem vindo a desconstruir-se enquanto conceito estruturante da estabilidade de vida, marcando-se com as mudanças sociais alicerçadas em fenómenos de crises económicas e sociais, para um cenário onde o adulto estável dá lugar ao adulto inacabado, onde a visão instalada da vida, dá lugar à necessidade de aprendizagem perene, de adaptação, nomadismo laboral e desenvolvimento de competências que deixam de ser industrializadas e passam a ser promotoras de flexibilidade em diferentes cenários laborais possíveis ao longo da vida.^{3,4}

É neste cenário de instabilidade, com repercussões no contexto do ambiente familiar, onde a conjugalidade não é mais a fundação da família perene alicerçada num trabalho estável, promotor de uma habitação segura, mas antes há um prolongar do tempo em que se vive em casa dos pais, ou se optam por modelos familiares mais flexíveis e articulados com horários laborais também eles flexíveis e até a possibilidade de desencontros entre os membros do casal, face a cenários de tempo e espaço variáveis em contexto laboral.^{4,5}

É neste contexto que, neste capítulo, proponho que olhemos para as comunidades laborais.

Podemos considerar várias definições de comunidade laboral. A que aqui vou propor é a que decorre da construção do conceito de comunidade desenvolvido no âmbito do doutoramento que desenvolvi em 2016⁶, que resultou na identificação de potenciais tipos de comunidade que podem ser alvo dos cuidados, no caso, dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, especialmente na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.⁷ Nesta sequência, apresento a definição de comunidade empresarial ou laboral (podemos usar as duas designações) como: “uma comunidade que enquanto unidade económico-social, integra elementos humanos (gestores, técnicos de finanças, marketing e relações públicas e operacionais), materiais e técnicos e tem o objetivo de obter utilidades através da sua participação no mercado de bens e serviços.”⁸ Considerando esta análise e a assunção geral de que a comunidade é caracterizada pela interação sistémica entre as pessoas, num contexto geográfico ou identitário bem definidos, onde os papéis de cada membro se enformam na sua participação, liderança e processos de *coping* para a procura de um sentido, missão ou objetivos comuns, encontra-se aqui um contexto complexo que exige uma abordagem ecossistémica, distante de tradicionais abordagem na saúde no trabalho ou saúde ocupacional, focadas em questões biomédicas que não se coadunam com todas as dimensões inscritas nas definições aqui apresentadas.

Assim, na figura 1, apresentam-se os elementos que constituem uma comunidade laboral e que devem ser enquadrados na abordagem desta comunidade como unidade de cuidados:

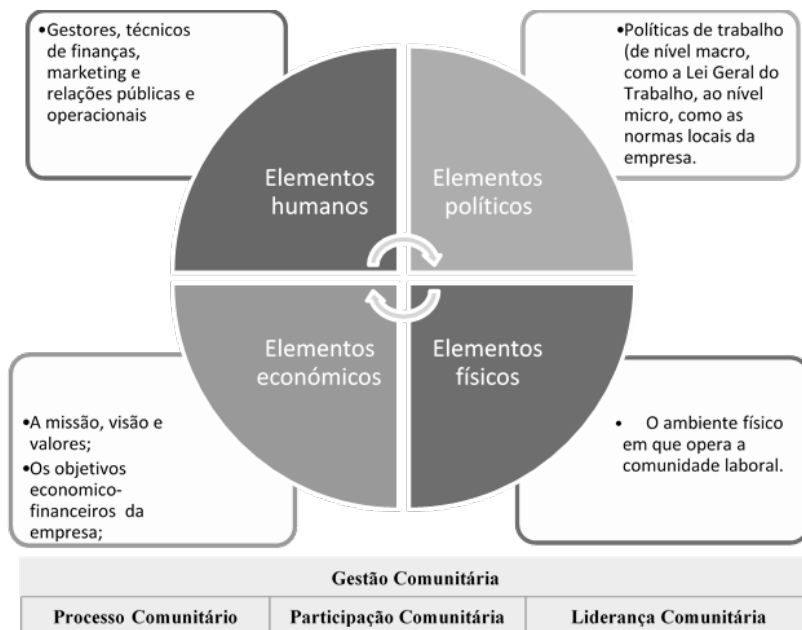


Figura 1 – Elementos constituintes de uma comunidade laboral

Analisando a figura 1, percebemos o quão importante é olhar de uma forma integrada para a comunidade laboral como unidade de cuidados, considerando os elementos humanos que a constituem (compreendendo os seus papéis diferenciados na empresa e de que forma estão alinhados com os outros elementos e considerando, considerando a análise científica da Enfermagem, as firmezas e infirmezas associadas aos seus processos intencionais (conhecimentos, crenças, comportamentos de adesão relacionados com o cenário laboral), os seus processos não intencionais (por exemplo a saúde física relacionada com as funções e os espaços laborais onde atuam) e os seus processos de interação com o ambiente (considerando todos os elementos que o constituem e que se aliam aos elementos humanos).⁹

É por isso que, no contexto dos cuidados de Enfermagem no contexto da saúde no trabalho, tenho uma perspetiva de que o Enfermeiro deve, primeiro, ser especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (para ter competências relacionadas com o planeamento em saúde, a vigilância epidemiológica, a gestão de programas e projetos e a capacitação e empoderamento de grupos e comunidades), devendo depois ter uma competência acrescida avançada em Saúde no Trabalho, por via de formação

diferenciada nesta área. Existem outras formas de analisar este processo, mas deixo, deste modo, a justificação da minha perspetiva.

No ponto seguinte, farei uma breve abordagem de como enquadra a saúde no contexto laboral enformada na área em que tenho desenvolvido perícia ao longo dos anos, a Enfermagem Comunitária.

Um olhar sobre a saúde no contexto laboral

A partir da visão da Enfermagem Comunitária, especificamente na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, a saúde no contexto laboral pode ser abordada por dois domínios que se complementam: a saúde individual de cada colaborador (numa perspetiva assente no seu papel profissional e de Pessoa única) e a saúde coletiva (de grupos homogêneos de colaboradores ou da comunidade empresarial ou laboral como um todo).

Da minha experiência clínica e como investigador, cujo caso real apresentarei no ponto seguinte, para que o(a) leitor(a) possa acompanhar a aplicação da decisão clínica numa comunidade laboral, emergem dois grandes focos de atenção, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)¹⁰: o Papel Profissional e a Gestão Comunitária. Quer um, quer outro, encontram-se explorados nas obras: consultas de enfermagem nos CSP- guia de decisão clínica (no que se reporta ao papel profissional no âmbito do Programa de Saúde do Adulto)¹¹, quer a gestão comunitária no que se refere à utilização da Matriz de Decisão Clínica do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC)¹². Deste modo, apresento na figura 2, o resumo mínimo de dados relacionados com ambos os domínios de abordagem clínica em saúde no contexto laboral:

Tabela 1- Resumo mínimo de dados de decisão clínica em saúde no contexto laboral (na perspectiva da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Domínio individual		Domínio coletivo	
Foco principal	Papel Profissional	Foco principal	Gestão Comunitária
Dimensões de diagnóstico:	Descritivo de dados	Dimensões de diagnóstico:	Descritivo de dados
Conhecimentos	sobre os cuidados para manter uma saúde no trabalho adequada (Direitos, Equipamentos de Proteção Individual, posturas, etc)	Processo Comunitário	Relacionado com as experiências anteriores daquela comunidade laboral relacionadas com o aspeto a ser abordado (explico um exemplo no ponto seguinte).
Crenças	Sobre a seu projeto na empresa, sobre os cuidados a ter para se manter saudável, sobre a sua autoeficácia, etc.	Participação Comunitária	Relacionada com a existência de estruturas que possibilitem a participação efetiva de todos os membros da comunidade laboral, tendo representantes de todos, com a comunicação dentro da comunidade laboral, com a existência de parcerias fortalecedoras da comunidade laboral.
Aprendizagem de Capacidades	Sobre os aspetos de domínio instrumental, como a utilização dos EPI, por exemplo.	Liderança Comunitária	Relacionada com os conhecimentos, crenças e volição para aderir às estratégias de solução dos problemas em análise (esta dimensão pode beber dos dados do foco papel profissional, mas trabalhada em taxas, do ponto de vista coletivo).
Comportamentos de adesão	Relacionada, por exemplo, com a adoção de medidas preventivas para as lesões no contexto laboral.		
Lesão	Presença de lesão relacionada com o trabalho (musculoesquelética, de âmbito da saúde mental, etc.)		

A partir da análise da tabela 1, podemos entender a complexidade da abordagem da saúde no contexto laboral.

O profissional de saúde, neste exemplo aqui aprofundado, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, deve

ter certificadas competências avançadas em saúde do trabalho, para compreender a aplicação das suas competências especializadas ao contexto das comunidades laborais, tendo conhecimentos profundos sobre as políticas e legislação relacionada com o trabalho em geral, as normas específicas da empresa onde trabalha, a missão, visão e valores da empresa, o papel esperado em cada colaborador dessa comunidade laboral, as lesões mais frequentes relacionadas com a natureza do trabalho na comunidade laboral e os mecanismos adequados de referência dos colaboradores, face aos problemas diagnosticados nos processos não intencionais (fisiológicos) dos colaboradores, os EPI adequados e a sua forma segura de utilização, os processos de liderança no contexto empresarial, entre outros aspetos.

Deste modo vai conseguir fazer um adequado diagnóstico e as intervenções que lhe respondem, quer nos membros da comunidade laboral individualmente, quer na comunidade laboral como unidade de cuidados.

No ponto 3, vamos entender, como aplicar o processo de decisão clínica numa comunidade laboral como unidade de cuidados, através de um estudo de caso real.

Promover a saúde na comunidade laboral: um estudo de caso

Dado ser uma abordagem inovadora da comunidade laboral, considero oportuno apresentar um exemplo real da aplicação da decisão clínica no contexto desta comunidade como unidade de cuidados.

Vou neste exemplo focar-me apenas no foco Gestão Comunitária, a partir da utilização da matriz de decisão clínica do MAIEC¹², pois é, talvez, a dimensão mais complexa, da abordagem da comunidade laboral como unidade de cuidados.

No caso concreto, trata-se de uma empresa privada, do ramo da educação profissional, na região do grande Porto. O membro da comunidade que é representante dos colaboradores da área da formação da empresa, refere que sente que as equipas estão de algum modo insatisfeitas com o ambiente de trabalho, mas não conseguem identificar claramente em quê. Proponho que façamos uma abordagem especializada em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, usando um modelo de decisão clínica orientado para, neste caso, a comunidade laboral como cliente.

Inicialmente houve estranheza, em como poderia um enfermeiro otimizar o ambiente laboral, mas considerando que já tinham testado várias estratégias e ainda não tinham conseguido melhorar, aceitou a proposta.

Neste caso, um enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária de uma Unidade de Cuidados na Comunidade parceira desta comunidade laboral ficou responsável pelo cuidado à empresa, aliando-se a equipa do projeto de investigação MAIEC ao processo, facultando consultoria, formação, apoio no tratamento de dados, entre outros. O processo foi submetido a uma comissão de ética e aprovado e avançou-se com o protocolo MAIEC.¹³

Fizemos uma revisão da literatura e optamos por utilizar um referencial já consolidado na comunidade científica para a abordagem do clima organizacional, numa comunidade empresarial.¹⁴ Através deste modelo, organizamos o nosso diagnóstico alicerçando os dados nos domínios propostos pelos autores Litwin e Stringer, na análise do clima organizacional: a estrutura, a responsabilidade, o desafio, a recompensa, o relacionamento, a cooperação, o conflito, a identidade e os padrões.¹⁴ Os dados relacionados com cada um dos domínios foram incorporados num questionário desenvolvido a partir da matriz de decisão clínica do MAIEC e aplicado online a todos os membros da comunidade laboral, avaliando o processo comunitário (experiências anteriores relacionadas com a promoção de um clima organizacional saudável e estratégias de *coping* comunitário), a participação comunitária (relacionada com a existência de uma estrutura organizativa que unisse as vozes de todos os representantes dos membros da comunidade, para promover um clima organizacional saudável, a existência de uma comunicação eficaz sobre clima organizacional e a existência de parcerias para a sua otimização) e a liderança comunitária (relacionada com os conhecimentos dos membros da comunidade e líderes, sobre clima organizacional, os seus domínios e estratégias para a sua otimização, assim como as crenças relacionadas com estes domínios e a volição para participar e aderir às soluções e projeto).

Antes da aplicação deste questionário e seguindo o protocolo MAIEC, foi aplicada a Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAVeC)¹⁵, uma versão portuguesa da *Empowerment Assessment Rating Scale*, proposta por Laverack¹⁶, relacionado com a promoção de um clima organizacional saudável), num grupo focal que incluiu representantes de todos os colaboradores daquela comunidade laboral.

O diagnóstico identificado foi:

Na figura 2, apresenta-se o nível de empoderamento comunitário para a promoção de um clima organizacional saudável desta comunidade laboral, no momento do diagnóstico, com a aplicação da EAVeC. Através de um gráfico de radar, consegue obter-se uma imagem visual do nível de empoderamento em cada um dos nove domínios propostos pela escala:



Figura 2 – Gráfico com o nível de empoderamento comunitário para a promoção de um clima organizacional saudável da comunidade laboral, na etapa diagnóstica

Da análise do gráfico, identifica-se um nível de empoderamento comunitário baixo, com maior intensidade na participação comunitária (havendo uma perceção de ausência de voz para a procura de soluções potenciadoras de um clima organizacional saudável). Mas também apresentava um baixo nível de empoderamento na liderança local (não existindo qualquer líder identificado para a promoção de um clima organizacional saudável, assim como na habilidade para questionar (considerando a comunidade não ter conhecimentos sobre clima organizacional para entender o estado de arte e identificar soluções), assim como na relação com agentes externos à comunidade laboral, desconhecendo quem poderia apoiar a mesma na construção de soluções. Um pouco melhor estava a capacidade de avaliação do problema (por via dos recursos identificados e na volição para aprender mais), na capacidade de gestão de programas relacionados com o clima organizacional

(por considerarem existir uma equipa motivada para procurar soluções), a mobilização de recursos (havendo disponibilidade para o fazer para esta problemática) e as ligações a outros (tendo sido reforçada a existência da equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade como potencial parceira). Ainda assim estes últimos domínios estavam num nível de empoderamento intermédio. O domínio com melhor nível de empoderamento foi a identificação de potencial para criar uma estrutura organizacional a partir da equipa já existente (ainda que não estivesse ainda focada na questão do clima organizacional).

Só pela análise do gráfico já se demonstrava potencial de intervenção sistémica para otimizar cada um dos nove domínios do empoderamento da comunidade laboral. Mas ainda fomos além, e cumprindo o protocolo MAIEC, aplicou-se então o questionário indicado anteriormente, onde se identificou um diagnóstico de “Gestão Comunitária comprometida”, com uma liderança comunitária comprometida em 80% dos membros da comunidade laboral (relacionada com conhecimentos não demonstrados sobre clima organizacional, crenças comprometidas sobre o clima organizacional), uma participação comunitária comprometida relacionada com a ausência de uma estrutura organizativa orientada para o clima organizacional saudável e uma comunicação inexistente sobre esta problemática. A ausência de experiências potenciadoras na promoção de um clima organizacional saudável foi também identificada em 95% dos membros da comunidade laboral.

Deste modo a nossa intervenção, passou por dar resposta à otimização da liderança comunitária (com formação sobre clima organizacional, potenciação de crenças favoráveis ao clima organizacional com intervenções ecossistémicas como a realização de uma *team building*), da participação comunitária (com a criação de uma estrutura organizativa que os membros da comunidade laboral designaram por comissão para a promoção de um clima organizacional saudável, que foi estruturada com representantes de todos os grupos profissionais da comunidade e ainda na otimização do processo comunitário com o desenvolvimento de experiências promotoras de um *coping* comunitário eficaz para o clima organizacional saudável.

As intervenções foram desenvolvidas em continuidade e de forma estruturada durante 2 anos, findos os quais, cumprindo o protocolo MAIEC, se reavaliou o nível de empoderamento comunitário.

Na figura 3, claramente se visualiza a diferença entre o nível de empoderamento inicial e o nível de empoderamento passados dois anos da aplicação da matriz de decisão clínica do MAIEC:

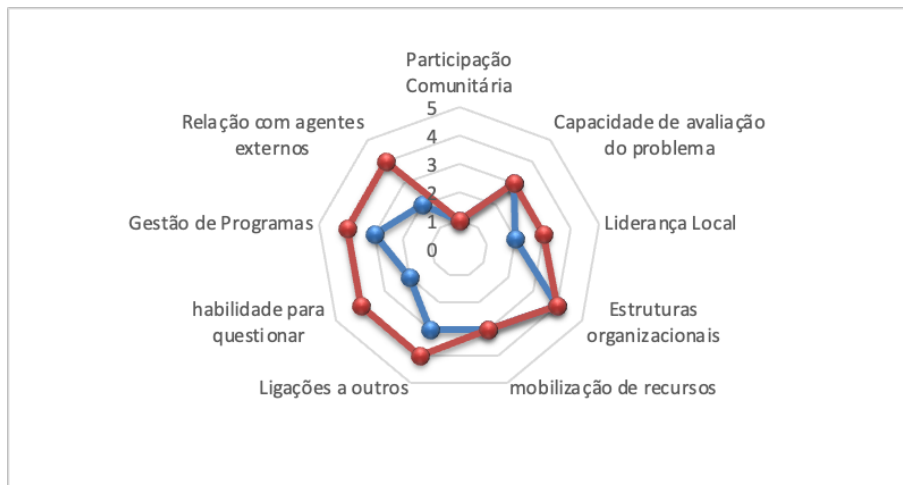


Figura 3 – Gráfico com a comparação do nível de empoderamento comunitário para a promoção de um clima organizacional saudável da comunidade laboral antes e após dois anos de aplicação do MAIEC.

Claramente no gráfico 3 se identifica, a vermelho, um nível de empoderamento francamente melhorado em todos os domínios, comparativamente com o nível identificado na fase diagnóstica, a azul.

A Gestão Comunitária comprometida, ficou otimizada depois de dois anos de intervenção, com o funcionamento pleno da comissão para a promoção de um clima organizacional saudável e a perceção de melhoria no clima organizacional foi melhorada em cada um dos nove domínios propostos por Litwin e Stringer¹⁴ e a comunidade laboral tornou-se “dona” dos seus problemas e soluções.

O projeto ainda continua em curso, tendo sido inegável o valor da abordagem do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária reconhecido pela comunidade laboral.

Conclusão

Neste capítulo apresentou-se uma abordagem da comunidade laboral, numa perspectiva ecossistémica, com as lentes da Enfermagem Comunitária, particularmente na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Apresentaram-se os conceitos e pressupostos enformadores da abordagem clínica da saúde numa comunidade laboral e um caso clínico real,

onde se pode compreender a possibilidade de desenvolver esta abordagem ecossistêmica com resultados muito positivos quer do ponto de vista do processo como do resultado. O empoderamento comunitário das comunidades laborais, foi, neste capítulo, identificado como um epicentro desta abordagem.

Para a concretização desta abordagem, urge orientar os cuidados de saúde nas comunidades laborais, por profissionais qualificados e especializados, que garantam a eficiência, eficácia e efetividade dos cuidados de uma forma integral e integrativa, fundamentais numa abordagem ecossistêmica.

Referências

1. Monteiro, RAP. "A importância do trabalho na transição para a vida adulta." *Desidades*. 2014, vol.4 pp. 20-29. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2318-92822014000300003&lng=pt&nrm=iso , acedido a 30 de janeiro de 2023
2. Pimenta, MM. "*Ser jovem*" e "*ser adulto*": *identidades, representações e trajetórias*. Tese de Doutoramento – Departamento de Sociologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2007. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-15052007-111215/pt-br.php> , acedido a 31 de janeiro de 2023
3. Gorz, A. *Métamorphoses du travail: critique de la raison économique*. Paris: Gallimard, 1988. Disponível em: https://monoskop.org/images/a/ab/GORZ_Andr%C3%A9_-_M%C3%A9tamorphoses_du_travail_Critique_de_la_raison_%C3%A9conomique_%28OCR_A5%29.pdf , acedido a 31 de janeiro de 2023
4. Camarano, AA; Leitão & Mello, J; Pasinato, MT & Kanso, S. "Caminhos para a vida adulta: as múltiplas trajetórias dos jovens brasileiros". *Última Década* 2004, 21, pp. 11-50
5. Müller, E. A transição é a vida inteira: uma etnografia sobre os sentidos e a assunção da adultez. Tese de Doutoramento- Departamento de Ciências Sociais, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, 2008. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/394/1/arquivo1023_1.pdf , acedido a 01 de fevereiro de 2023.
6. Melo, P. *Enfermagem Comunitária Avançada: Um modelo de empoderamento comunitário*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/31587> , acedido a 01 de fevereiro de 2023

7. Melo, P. *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel, 2020.
8. Melo, P. *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel, 2020. pp50
9. Melo, P. *Saúde como um bem comum: Contributos da Enfermagem para a Saúde das Comunidades*. In (Sarli L & D'Apice C, coord). *La salute come bene comune: riflessioni sulla pandemia*. Porto Alegre: Editora Rede Unida. 2022, pp 75-83. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/02/Livro-La-salute-come-bene-comune-riflessioni-sulla-pandemia.pdf>, acedido a 01 de fevereiro de 2023.
10. Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*, versão 2019. Disponível em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>, acedido a 02 de fevereiro de 2023.
11. Melo, P. *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários: Guia de Decisão Clínica*. Lisboa:Lidel, 2021. pp 109-112
12. Melo, P. *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel, 2020. pp57
13. Melo, P. *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel, 2020. pp66
14. Litwin, G.H & Stringer, RA. *Motivation and organizational climate*. Cambridge: Harvard University Press, 1968
15. Melo, P, Teixeira A, Fernandes, C, Ferreira, LV, Santos, S, Sousa, I, ... Dimande, M. Tradução para português e validação cultural da *Empowerment Assessment Rating Scale*. Suplemento digital *Rev Rol Enferm*, 2020; 43 (1): 441-6. Disponível em: <https://e-rol.es/wp-content/uploads/2020/01/Traducao-para-portugues-e-validacao-cultural-da-Empowerment-Assessment-Rating-Scale.pdf>, acedido a 02 de fevereiro de 2023
16. Glenn, Laverack. Evaluating community capacity: Visual representation and interpretation. *Community Development Journal*, 2006, 7, 41, 3. pp 266-76

Promoção da alimentação saudável no local de trabalho

¹Ana Maria Pereira, ²Rodrigo Fernandes, & ³Jorge Lameiras

¹*Centro de Investigação de Montanha (CIMO), Instituto Politécnico de Bragança; Laboratório Associado para a Sustentabilidade e Tecnologia em Regiões de Montanha (SusTEC)*

²*Instituto Politécnico de Bragança*

³*Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) - Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego (ACeS BM) - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) - Coimbra (Condeixa e Soure)*

A relação entre a nutrição e a saúde está estabelecida desde a antiguidade, tendo evoluído paralelamente à evolução do Ser Humano. Nos dias de hoje, encontra-se demonstrado o inequívoco impacto de forma direta e indireta dos padrões alimentares na saúde, em que uma alimentação saudável, conducente a um bom estado nutricional, é um fator essencial para um bom estado de saúde (Vidgen & Gallegos, 2014). Por outro lado, uma alimentação inadequada perfila-se como um dos principais fatores modificáveis de doenças crónicas não transmissíveis, nomeadamente da obesidade, doenças oncológicas, doenças cérebro-cardiovasculares e diabetes *mellitus* tipo 2, bem como de perda de qualidade de vida e mortalidade prematura (Gregório et al., 2022).

No caso de Portugal, de acordo com os dados mais recentes do *Global Burden of Disease*, o perfil das doenças que contribuem de forma mais acentuada para perda de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs), face à longevidade potencial definida com base na esperança média de vida, num contexto de idade e de comunidade, assenta sobretudo em doenças não transmissíveis (Murray, 1994). A análise dos fatores de risco associados a DALYs, em Portugal, em 2019, para todas as idades, bem como para as faixas etárias que incluem adultos profissionalmente ativos, revela o predomínio de fatores de risco de natureza comportamental e de natureza metabólica (GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020; IHME, 2020). Nesta perspetiva, a projeção do total de óbitos projetados para Portugal em 2030 aponta para uma percentagem atribuível a hábitos alimentares inadequados de 13,8% (Direção-Geral da Saúde, 2022). Note-se que estas estimativas de doença e projeções de mortalidade, constituem uma métrica que permite comparar a situação de saúde e doença e os riscos associados, entre países, entre sexos, entre faixas etárias e entre momentos no tempo, relacionando os dados objetivos de saúde e doença com condições de vida da população e com decisões políticas e de gestão estratégica dos recursos assistenciais (Blue & Harpham, 1994; Murray

& Lopez, 1996; Rocha, 2017) e tem interesse para projetar e avaliar políticas públicas e o custo-efetividade das intervenções (Rocha, 2017).

A malnutrição é definida como uma alteração no estado nutricional causada por uma ingestão desequilibrada, seja em excesso ou em déficit, de energia e/ou de outros nutrientes, em relação às necessidades nutricionais necessárias para a manutenção do equilíbrio orgânico (Lochs et al., 2006). Em contexto laboral, a malnutrição impacta negativamente os colaboradores, e por consequência, a entidade empregadora. A evidência científica revela que colaboradores com um estilo de vida pouco saudável e com doenças crônicas associadas à alimentação inadequada, como a obesidade, apresentam maior propensão a capacidade de trabalho mais reduzida e menor produtividade (Destri et al., 2022; Robroek et al., 2011; Shrestha et al., 2016; Williden et al., 2012), levando a altas taxas de absenteísmo e presenteísmo (Berghöfer et al., 2008; Ferrie et al., 2007; IOTF, 2007; van Duijvenbode et al., 2009). A diminuição do rendimento laboral do trabalhador pode ter um impacto negativo na produtividade e nos custos de produção de uma instituição/empresa (Koopmanschap & Rutten, 1996), e ter um impacto económico e social sério, sobretudo no caso de despedimento e perda de rendimento económico do trabalhador e da família (Finkelstein et al., 2010; Fitzgerald et al., 2016; Sorensen et al., 2011). Desta forma, a utilização do local de trabalho como um local de educação e de promoção de um estilo de vida saudável é, cada vez mais, encarada como uma prioridade a ser assumida pelas entidades empregadoras, com vista a mitigar o impacto económico e social negativo da malnutrição nos seus colaboradores e na própria instituição/empresa (Schultz et al., 2019).

Orientações políticas sobre a alimentação saudável no local de trabalho

A importância de garantir condições de trabalho seguras e promotoras de saúde e bem-estar, tem vindo a ser realçada pela Organização Mundial do Trabalho (OIT) há várias décadas, como princípio e direito (ILO, 2022a), que tem a sua raiz na própria Constituição da Organização, de 1919, em cujo Preâmbulo menciona a preocupação social com a proteção do trabalhador contra doenças e lesões que decorram do seu trabalho (ILO, 1919). Esta organização produziu outras orientações em que refere a sua “obrigação solene” de contribuir para o desenvolvimento de programas que promovam a adequada proteção da vida e da saúde dos trabalhadores, e as adequadas condições, incluindo a alimentação (ILO, 1944). A OIT adotou também uma Declaração sobre os Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho, que determina a obrigação dos membros nacionais respeitarem, promoverem e implementarem os princípios relativos aos direitos fundamentais dos trabalhadores (ILO, 1998). Esta organização

reconhece que a promoção e a salvaguarda universal de princípios fundamentais e direitos no trabalho, liga o desenvolvimento económico e o progresso social, e estabelece condições favoráveis à partilha equitativa dos benefícios da globalização (ILO, 2012). A garantia do direito à saúde e segurança no trabalho deve ser uma meta de políticas nacionais sobre o trabalho e requer a mobilização e a participação ativa e conjunta do Estado, das entidades empregadoras e dos trabalhadores para a sua efetiva concretização, através de um sistema de direitos responsabilidades e deveres, e através do diálogo social e da cooperação (ILO, 2022a; ILO, 2022b).

O Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais, adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1966, reconhece o direito dos trabalhadores a condições de trabalho seguras e saudáveis e, num quadro mais amplo, o direito de todos a usufruírem das melhores condições possíveis de saúde, incluindo a melhoria da prevenção, tratamento e controlo de doenças (OHCHR, 1966). Esta posição foi reforçada com a declaração da obrigação dos Estados de garantirem condições mínimas de realização daqueles direitos, e de adotar e implementar uma política nacional de saúde ocupacional (CESCR, 2012).

O local de trabalho tem sido reconhecido por várias entidades, nomeadamente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como um ambiente apropriado para ações de promoção da saúde (WHO, 2002). A importância da promoção da saúde no local de trabalho foi abordada, pela primeira vez, pela OMS, em 1950, tendo posteriormente, em 1995, sido destacada numa sessão conjunta com a OIT (WHO, 2002). Desde então, a promoção da saúde no local de trabalho tem sido amplamente recomendada por meio de diversos documentos, como a Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde (WHO, 1986), a Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde no Século XXI (WHO, 1997) e a Carta de Bangkok sobre a Promoção da Saúde num Mundo Globalizado (WHO, 2005). No âmbito do Programa de Ação Global sobre a saúde dos trabalhadores, a OMS, reconhece que a promoção da saúde e a prevenção de doenças não-comunicáveis deve ser estimulada no contexto dos locais de trabalho, nomeadamente através da orientação para a alimentação saudável e a atividade física dos trabalhadores, bem como através da promoção da saúde mental e familiar (WHO, 2013). Contudo, é realçado que as condições de emprego ou a falta de conhecimentos em matéria de alimentação e saúde podem comprometer a capacidade de manter a saúde ou a adoção de estilos de vida saudáveis. Condições práticas como a falta de acesso à venda de produtos nutricionalmente equilibrados, a refeitório ou a condições de manutenção de

refeições levadas de casa, podem prejudicar fortemente a qualidade da alimentação em meio laboral (WHO, 2010).

A nível da União Europeia, é reconhecido que trabalhadores saudáveis, motivados e qualificados são fundamentais para o desenvolvimento e bem-estar social e económico dos países e do espaço da União. A melhoria na saúde no trabalho faz parte do desenvolvimento da qualidade do trabalho, e esta, tal como a qualidade dos produtos e serviços, é um elemento estratégico fundamental para a eficiência e competitividade das empresas e dos mercados (ENWHP, 2001). Em Portugal foi estabelecida e implementada uma Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho, para o horizonte temporal 2015-2020 (Diário da República, 2015), no sentido de orientar uma política de prevenção de riscos profissionais e de promoção do bem-estar no trabalho, assente em objetivos estratégicos, nomeadamente a promoção da qualidade de vida no trabalho e a competitividade das empresas, a diminuição dos fatores de risco associados às doenças profissionais, e a redução dos acidentes de trabalho.

No quadro laboral do país a maioria dos acidentes de trabalho ocorre nas áreas da indústria transformadora, da construção, e do comércio (GEP, 2022). Contudo, as características do trabalho no país estão em mudança ao longo das últimas décadas, decorrente do desenvolvimento económico, da inovação e de mudanças tecnológicas, e do próprio quadro global de habilitações académicas e profissionais que orienta os cidadãos para outras atividades de emprego e produção económica, com reforço da terciarização da economia. Estas alterações, envolvem a modificação das condições de exposição aos riscos profissionais conhecidos e, mesmo, a produção de novos riscos, mas também oportunidades para melhorar as condições de segurança e saúde no trabalho (Diário da República, 2015).

O Plano Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC), criado em 2009, e respetivas extensões no tempo, apresenta-se em consonância com o Plano Nacional de Saúde em vigor, nomeadamente em termos dos seus eixos estratégicos, em particular as “Políticas Saudáveis”. Neste sentido, valoriza as iniciativas de promoção e proteção da saúde e de prevenção da doença, como contributos para a criação de ambientes saudáveis, promotores de saúde e bem-estar nos locais de trabalho, e que, ao mesmo tempo, criem oportunidades para os trabalhadores fazerem a sua própria opção consciente por estilos de vida e práticas mais favoráveis ao desenvolvimento do seu potencial de saúde. Esta abordagem, promove uma intervenção precoce nos fatores de risco importante para a prevenção das doenças crónicas, para o diagnóstico precoce

de diversas patologias, e para a reabilitação e/ou (re)integração do trabalhador. (Nogueira & Moreira, 2018).

O contexto de trabalho influencia diretamente o bem-estar físico, mental, económico e social dos trabalhadores, e quando seguro e saudável, pode ter um reflexo positivo na saúde e bem-estar das suas famílias, comunidades e sociedade em geral (Nogueira & Moreira, 2018; WHO, 2010).

Alimentação saudável no local de trabalho

As decisões e comportamentos individuais que definem o estilo de vida estão associados ao risco de doenças crónicas, nomeadamente doenças metabólicas. É importante ponderar o papel de estratégias e medidas que contribuam para a redução daquele risco, como as que envolvem a alimentação e o exercício físico, e também ponderar a oportunidade de desenvolvimento em múltiplos locais e contextos de modo a haver uma conjugação e complementaridade de ações dirigidas a um objetivo comum (Quintiliani et al., 2008).

É possível criar locais de trabalho saudáveis, incluindo no plano da alimentação, através da conjugação de políticas públicas e de iniciativas comunitárias e organizacionais favorecedoras da saúde, segurança e bem-estar (Burton, 2010). É reconhecido que o sucesso de políticas públicas direcionadas para a redução do risco de doenças crónicas e a redução das desigualdades em alimentação e saúde, pode depender do efeito de complementaridade e sinergia de políticas e ações setoriais, e do envolvimento de múltiplos níveis das estruturas sociais.

Ao nível de comunidade, os locais de trabalho são comunidades organizacionais que devem ser considerados como locais de oportunidade para intervenções de promoção da alimentação saudável (Mozaffarian et al., 2018). Dentro das iniciativas de promoção da saúde no local de trabalho, as abordagens com vista à promoção de hábitos alimentares saudáveis têm sido consistentemente relatadas na literatura como bastante eficazes, beneficiando a saúde nutricional dos trabalhadores (Anderson et al., 2009; Grimani et al., 2019; Mhurchu et al., 2010; Pelletier, 2009; Soler et al., 2010). Numa perspetiva ampla de saúde comunitária, a abordagem através dos locais de trabalho apresenta uma potencial capacidade de influenciar o comportamento alimentar dos colaboradores, conseguindo ultrapassar algumas das barreiras, podendo constituir-se como uma importante oportunidade de intervenção, decorrente de várias condições.

A oportunidade decorre, desde logo, do tempo que os trabalhadores passam naquele contexto, do efeito de suporte e partilha entre pares envolvidos nos mesmos programas de intervenção, e da capacidade de abranger um número alargado de trabalhadores através de ações de carácter educativo/formativo e de mudanças no ambiente interno da organização (por exemplo, oferta alimentar na cantina, conteúdo das máquinas de venda automática, disponibilidade de tempo, espaço e recursos para consumir refeições preparadas em casa) (Quintiliani et al., 2010). Acresce que além da participação voluntária e direta nas iniciativas de promoção da saúde, a simples exposição a essas iniciativas num ambiente salutogénico, cria condições para reflexão e aprendizagens, as quais podem, ainda, ser transportadas para o contexto familiar ou outros, favorecendo a disseminação e consolidação de conhecimentos e práticas alimentares e de exercício favoráveis à saúde.

Os locais de trabalho são também muito interessantes na medida em que abrangem uma grande proporção da população adulta, e podem ser desenvolvidas múltiplas intervenções dirigidas ao aumento da literacia (Rachmah et al., 2021) e à mudança de comportamento alimentar (Quintiliani et al., 2008) dirigidas à promoção da alimentação saudável e do exercício físico, e à contenção ou redução de fatores de risco, resultando numa melhoria efetiva das práticas individuais em alimentação e a correspondente melhoria da saúde (Rachmah et al., 2021).

O local de trabalho é um ambiente particularmente adequado para diversas estratégias de intervenção, porque muitos trabalhadores realizam aí uma ou mais refeições durante o dia de trabalho, e é naturalmente um ambiente de interação social, que pode ser orientado para gerar interesse e disponibilidade para participação dos trabalhadores em programas de promoção da saúde (Glanz & Mullis, 1988). Por um lado, podem ser aplicadas medidas objetivas, com influência direta no consumo, como a informação/educação alimentar e o ajuste dos produtos alimentares disponíveis (refeitório, bar, máquinas de venda automática); por outro lado, como as decisões individuais são influenciadas por múltiplos fatores, incluindo o contexto social em que são tomadas, o suporte social é importante para o processo (Quintiliani et al., 2008).

Um fator referenciado como limitante da alimentação dos trabalhadores é o horário de trabalho, sobretudo quando não estão contemplados intervalos destinados às refeições, ou sejam estes, períodos de tempo demasiado curtos para o fazerem ou em períodos do dia em que os alimentos são pouco disponíveis ou de difícil acesso (Wanjek, 2005). Como consequência, por norma, permanecer longos períodos em jejum diminui a produtividade e aumenta a

sensação de fome, levando frequentemente o indivíduo a fazer escolhas alimentares de forma impulsiva, elegendo alimentos menos saudáveis e organolepticamente mais apetecíveis (Silva, 2009).

O trabalho por turnos, por sua vez, sendo uma prática comum na sociedade atual, é, ao mesmo tempo, encarado como um obstáculo a uma alimentação mais saudável (Silva, 2009). Há maior irregularidade nos consumos alimentares e o consumo de refeições de qualidade nutricional mais baixa (Amani & Gill, 2013). Factualmente, existem evidências científicas que demonstram que a privação de sono está relacionada com uma maior dificuldade de manutenção do peso, alterando o comportamento alimentar, e levando, por norma, a um aumento do índice de massa corporal e a outros problemas de saúde (Atkinson et al., 2008). Os benefícios associados aos programas de promoção da saúde no local de trabalho, centrados na alimentação saudável e na prática de exercício físico, incluem a manutenção ou melhoria do estado de saúde individual dos trabalhadores, a melhoria da satisfação no ambiente de trabalho e da produtividade, a diminuição do absentismo por doença e a rotatividade por substituição de trabalhadores, e a diminuição dos custos com assistência na doença e incapacidade para o trabalho.

Os fatores que contribuem para o sucesso da promoção da saúde no trabalho incluem: (1) a análise dos requisitos e necessidades de saúde dos trabalhadores no quadro da entidade empregadora; (2) ações que envolvam múltiplos *stakeholders* sintonizados num interesse comum, e organizações representativas; (3) ações dirigidas à melhoria das condições de trabalho e ao comportamento individual dos trabalhadores; e (4) a preocupação e a ação orientada para a saúde no trabalho deve fazer parte do modo de estar no local de trabalho e das práticas de gestão correntes em todos os níveis da organização, qualquer que seja a dimensão da entidade e o sector de atividade (ENWHP, 2001).

Num contexto de cultura organizacional promotora de saúde, o conhecimento dos fatores de risco em saúde mais prevalentes num dado contexto organizacional/empresarial, permite decisões mais informadas em termos de programas de intervenção baseados em evidência, direcionados especificamente para o controlo ou a redução daqueles fatores de risco (Goetzel et al., 2012). É muito importante aprofundar a investigação que permita clarificar as necessidades dos trabalhadores e ajustar o melhor possível as ações a desenvolver àquelas necessidades (Rachmah et al., 2021).

Um aspeto a ponderar na abordagem aos locais de trabalho é a possibilidade de existência de grupos profissionais com características, interesses e necessidades diversas (educacionais, socioeconómicas, de saúde, etc), que tornem conveniente realizar intervenções ajustadas especificamente a cada um desses grupos, de modo a garantir condições para o sucesso global do projeto (Worley et al., 2022).

Outro aspeto a ponderar é o efeito do trabalhador saudável. Por um lado, na avaliação dos riscos em saúde que seja relevante abordar, pode perder-se a oportunidade de projeção de mudanças nos hábitos alimentares para contextos externos, por exemplo a família. Por outro lado, pode determinar uma dificuldade para perceber o real valor da intervenção (Ghobadi et al., 2022).

Para a implementação de ações por parte das organizações públicas e empresariais deve ser adotada uma estratégia integrada que envolva o compromisso da liderança da organização, o envolvimento de todos os potenciais participantes e a demonstração do interesse para a adesão, a criação de condições físicas e de organização do tempo de trabalho, medidas colaborativas de suporte ao comportamento alimentar e a existência de evidências claras do efeito do programa de intervenção (Nagler et al., 2021).

Uma estratégia integrada requer objetividade no direcionamento das intervenções, o que permite escolher estratégias de abordagem que tenham a melhor relação possível em termos de custo da ação / benefício em saúde, mais apelativa para as entidades envolvidas (Fitzgerald et al., 2018). Em matéria de custos, é conveniente que sejam feitos estudos longos, com análise da relação custo-benefício para consolidar ainda mais o conhecimento já existente quanto ao efeito em termos de redução de custos com a doença e de redução do absentismo laboral, gerando, assim, um corpo de evidência mais robusto que funcione como estímulo à implementação de ações por parte das organizações públicas e empresariais (Mozaffarian et al., 2018). A monitorização permanente das intervenções é fundamental para verificar a eficiência do processo e a evolução da sua eficácia em termos de resultados, e garantir, assim, a capacidade de revisão em tempo oportuno (Quintiliani et al., 2008).

A evidência acerca da contribuição de intervenções sobre a alimentação em locais de trabalho para a saúde dos trabalhadores cria um estímulo para a sua disseminação a múltiplos locais de trabalho (Dabral-Bhatt & Klein, 2014). Além disso, a possibilidade de delinear intervenções alargadas a segmentos amplos de trabalhadores amplia o potencial de impacto na contenção dos custos sociais associados a problemas de saúde dos trabalhadores (Goetzel et al., 2012).

Um aspeto pragmático a ponderar, em termos de suporte à implementação de medidas de promoção de uma alimentação saudável em contexto laboral, é a dimensão das organizações e os seus recursos disponíveis. Num contexto de tecido empresarial de pequenas e médias empresas, podem existir diversos fatores de constrangimento (orçamental, de recursos físicos ou outros) que dificultem a implementação de programas de intervenção mais complexos, requerendo uma análise objetiva e um planeamento bem dirigido para maximizar os recursos disponíveis (Onufrak et al., 2018).

É importante realçar que embora a investigação tenha identificado numerosos fatores ambientais que influenciam o consumo alimentar em contextos laborais, existe dificuldade na análise comparativa entre estudos, decorrente do uso de metodologias diversas (Larson & Story, 2009). Os estudos baseados na auto-declaração de práticas alimentares parecem ser especialmente vulneráveis a erros ou enviesamento de resultados face à realidade (Larson & Story, 2009; Mhurchu et al., 2010). Este é um aspeto que requer investigação adicional na medida em que pode condicionar o desenho de intervenções dirigidas à promoção da saúde em meio laboral, limitando a capacidade de gerarem resultados tão satisfatórios quanto o esperado (Engbers et al., 2005; Engbers et al., 2006; Larson & Story, 2009; Sorensen et al., 2004).

Além disso, é expectável que a eficácia seja maior se a intervenção for baseada numa abordagem socio-ecológica dos trabalhadores. Isto significa envolver, dentro dos limites controláveis do contexto laboral/institucional, os vários atores institucionais, como os trabalhadores (reconhecendo os seus interesses e necessidades, os seus contributos para o pragmatismo das intervenções, e os seus diversos contextos familiares e socio-económico-culturais), mas também os níveis de administração e gestão institucional (que determinam, entre outros fatores, as condições de exercício do trabalho, o tempo para refeições e oportunidades de educação para a saúde) (Larson & Story, 2009; Sorensen et al., 2004). Assim, é importante que o desenvolvimento e implementação de intervenções ao nível dos locais de trabalho, envolva vários parceiros, quer internos à organização, quer externos (por exemplo de serviços de saúde). No caso dos agentes internos, os trabalhadores e os administradores/gestores têm visões e interesses específicos, pelo que a adesão e o sucesso da implementação de um programa de intervenção poderão depender fortemente da perceção que os vários *stakeholders* têm das mais-valias desse programa. A definição clara dos objetivos e metas, o alinhamento com os objetivos da organização, o apoio da gestão, uma boa comunicação e um

sistema de monitorização e avaliação do programa implementado, são elementos-chave para manter o envolvimento ativo de todos os parceiros.

No plano das ações, também deve ser ponderada uma abordagem ampla sobre as condições de alimentação. As políticas e estratégias possíveis direcionadas para uma alimentação saudável em contexto de local de trabalho são diversas e podem incluir ações diretas sobre o abastecimento / disponibilidade de alimentos e o ambiente de consumo, intervenções individualizadas e intervenções no campo da educação alimentar para grupos.

A promoção da saúde tem sido muito baseada no apelo a uma reflexão e tomada de decisão consciente por parte dos indivíduos, através de abordagens educativas. Porém, esta abordagem pode ter resultados abaixo do esperado, possivelmente devido a comportamentos automatizados, sobretudo se as condições externas de tomada de decisão não derem suporte. Além disso, estas abordagens parecem favorecer os indivíduos com melhores condições socioeconómicas e culturais, resultando no aprofundamento das diferenças entre comportamentos individuais (Rantala et al., 2021).

As estratégias de intervenção ambiental não requerem um esforço significativo por parte dos trabalhadores e permitem chegar a mais trabalhadores do que ações de grupo mais estruturadas e aconselhamento individual; acresce serem formas mais simples e menos onerosas de abranger um público amplo e potencialmente aplicáveis a um espetro mais amplo de entidades e locais de trabalho (Glanz & Mullis, 1988).

O ambiente no local de trabalho pode ter uma grande influência sobre o consumo alimentar dos trabalhadores. Desde logo, o tempo diário que é passado no local de trabalho pode implicar a realização de uma ou mais refeições durante esse período. A acessibilidade a alimentos nesse local (através de refeitório, bar, máquina de distribuição, eventos diversos) ou na sua periferia (como cafés, restaurantes, lojas de distribuição alimentar), combina-se com fatores de ordem individual e familiar (como os conhecimentos sobre alimentação, os hábitos culturais e a disponibilidade financeira para escolha e aquisição alimentar), institucional (desde os horários de trabalho às políticas e práticas de promoção da saúde) e de interação social (valorização de determinadas práticas alimentares), para influenciar os consumos alimentares dos indivíduos no local de trabalho (Larson & Story, 2009). Neste contexto, a oferta alimentar disponibilizada aos trabalhadores, bem como as instalações destinadas ao consumo de refeições (refeitórios, bares, cafetarias ou máquinas

de venda automáticas), deve ser considerado um foco de atuação e intervenção (Frias & Bento, 2022).

As estratégias sobre o ambiente de consumo alimentar no local de trabalho, encorajam comportamentos positivos ao criarem oportunidade para a concretização de uma alimentação saudável. É importante investir na informação acessível no local de trabalho, na disponibilidade de alimentos seguros e nutricionalmente equilibrados que possam ser adquiridos ou que sejam oferecidos no âmbito das cantinas, e na inovação numa oferta alimentar mais saudável e atrativa, que requer também um investimento na formação adequada dos profissionais que prestam serviço na área da alimentação (Glanz & Mullis, 1988).

Tendo em consideração a suscetibilidade a influências externas, a mudança de comportamento pelos indivíduos requer uma intervenção sobre os contextos e ambientes em que as decisões comportamentais são tomadas. As intervenções ao nível do ambiente procuram obter resultados através da influência sobre processos mentais automáticos, com menos esforço cognitivo, independentemente do background socioeconómico e cultural e da capacidade de autorregulação (Rantala et al., 2021).

A mudança na arquitetura do ambiente de escolha (por exemplo, no que se refere à disponibilidade de alimentos, à apresentação dos alimentos, tamanho das porções) pode favorecer comportamentos de escolha simplificados e orientados para a saúde (Rantala et al., 2021), enquanto a falta de atenção a essa influência pode funcionar como promotora do consumo de produtos não favoráveis à saúde, e boicotar todo um quadro de intervenção dirigido a uma comunidade laboral (Bucher et al., 2016). Este tipo de abordagem envolve menos recursos do que intervenções individualizadas o que permite a sua aplicação a grupos mais amplos. No entanto, a aplicação a diferentes contextos organizacionais e locais de trabalho requer um estudo cuidadoso das condições desses locais e indivíduos neles envolvidos (trabalhadores e responsáveis pela administração), bem a identificação e preparação dos agentes de intervenção disponíveis, de modo a definir estratégias exequíveis e ajustadas a cada contexto local. O sucesso das intervenções depende muito do ajuste das diversas ações à realidade das pessoas e dos locais de intervenção (Rantala et al., 2021).

A disponibilização de espaços destinados ao consumo de refeições, adjacente ao local de trabalho, apresenta múltiplas vantagens para os colaboradores, pois além de poderem ser utilizadas como locais de convívio e

descanso, evitam que os trabalhadores tenham de procurar um local pouco apelativo ou externo para efetuar as refeições (Wanjek, 2005). Do ponto de vista alimentar, constitui igualmente uma vantagem, já que refeições realizadas fora de casa, por norma, contribuem para uma alimentação menos saudável (French, 2003; Roos et al., 2004; Thorsen et al., 2009) por apresentarem na maioria das vezes uma composição nutricional com altos teores de gordura, sal e açúcar (French, 2003). No entanto, embora a disponibilização destas zonas seja uma medida importante, sabe-se que o acesso a alimentos saudáveis nestes espaços revela-se -se como uma das principais barreiras sentidas por parte dos colaboradores, sendo a oferta alimentar saudável frequentemente limitada, quer em refeitórios, quer em máquinas de venda automáticas (Baskin et al., 2016; Lima et al., 2018). Considerando que os trabalhadores passam cerca de um terço do seu dia no local de trabalho, podendo consumir aí entre 10 a 50% do seu valor energético total diário (Eurostat, 2021; Wanjek, 2005), torna-se fundamental que a entidade empregadora regule a oferta alimentar existente nas suas instalações, de maneira a garantir que a mesma seja saudável e sustentável (Castelo, 2021; Diário da República, 2021).

Embora algumas revisões de trabalhos envolvendo intervenções em contexto laboral apresentem uma evidência limitada quanto aos efeitos positivos das intervenções, não deixam de revelar o seu valor e interesse, sobretudo quando conjugam vários planos de intervenção (Larson & Story, 2009), nomeadamente na informação/educação alimentar, sobre o ambiente e condições de alimentação no local de trabalho, e sobre as condições económicas dos trabalhadores (Maes et al., 2012; Mhurchu et al., 2010). Em síntese, as intervenções direcionadas para a educação e mudança comportamental, que combinam ações de educação alimentar com a alteração do ambiente alimentar, como a melhoria da oferta alimentar e disponibilização de opções de snacks saudáveis nas máquinas de venda automática, produzem efeitos sustentáveis na saúde do trabalhador e são mais eficazes na mudança de comportamentos e nas escolhas alimentares (Geaney et al., 2011; Rachmah et al., 2021; Song & Baicker, 2019).

As intervenções de promoção de alimentação saudável e da atividade física, realizadas em contexto de local de trabalho, podem produzir mudanças favoráveis à saúde no consumo alimentar na atividade física, e ter um efeito positivo nas competências comportamentais, levando, por exemplo, a redução ou manutenção do peso corporal. Tanto intervenções apenas com componente educacional, como intervenções com componente educacional e no ambiente de trabalho se revelam eficazes (Dabral-Bhatt & Klein, 2014).

A Dieta Mediterrânica com fundamento e como oportunidade em contexto laboral

A Dieta Mediterrânica é um exemplo de um modelo ancestral de alimentação que conjuga alimentos com uma qualidade nutricional e em quantidade adequadas à promoção da saúde humana (Serra-Majem et al., 2012). Esta padrão alimentar pode ser assumido como uma importante referência de prática alimentar a promover, tanto pelas suas características nutricionais, como pelos aspetos de valorização cultural e da convivialidade e identificação com o grupo.

Considerando a situação contemporânea reportada e dada a magnitude dos problemas associados a uma alimentação inadequada, a promoção de uma alimentação saudável é encarada como uma das principais e mais importantes iniciativas no âmbito da promoção da saúde. Neste âmbito, e sendo Portugal um país de características mediterrânicas, não só pela sua história, pelas suas práticas sociais e culturais, mas também pelos seus hábitos alimentares (Barros et al., 2013), a Dieta Mediterrânica tem vindo a ser promovida, nos últimos anos, no âmbito da promoção e educação para a saúde como um padrão alimentar promotor de saúde (Pinho et al., 2016).

A Dieta Mediterrânica está associada a múltiplos benefícios em termos do estado nutricional e de saúde geral, à minimização do risco e à prevenção de estados inflamatórios celulares e de diversas patologias metabólicas, endócrinas, cardiovasculares, neurodegenerativas e neoplasias, bem como ao controlo da progressão dessas patologias. (Korre et al., 2014; Sofi et al., 2010; Sofi et al., 2014). Para este efeito protetor para a saúde, contribui a relação sinérgica com outros comportamentos intrínsecos ao estilo de vida, como a prática de exercício físico (Huhn et al., 2015), pelo que a dieta mediterrânica aborda a alimentação numa perspetiva salutogenica, impulsionadora de um bem-estar socio emocional e físico (Pinho et al., 2016). Além disso, a Dieta Mediterrânica tem subjacente uma atitude e um modo de vida que conjuga e valoriza a sustentabilidade da cadeia alimentar, desde os sistemas de produção ao consumo, com efeitos positivos sobre a saúde, a sociedade, a economia e o ambiente (Petkoska & Trajkovska-Broach, 2021; Rico-Cabanas et al., 2014; Tarsitano et al., 2019), bem como um sentido de comunidade e de identidade (Cavaliere et al., 2018; Petkoska & Trajkovska-Broach, 2021) que podem ser explorados em intervenções orientadas para a melhoria da saúde de grupos. A valorização de aspetos próprios deste padrão alimentar, como a frugalidade, mas também a convivialidade (Serra-Majem et al., 2018) podem ser explorados para criar ambientes de suporte a práticas alimentares mais favoráveis à saúde

e bem-estar, e mais favoráveis ao normal exercício profissional, reduzindo a probabilidade de doença, e do consequente absentismo e perda de produtividade (Korre et al., 2014).

Desafios para a promoção da alimentação saudável no local de trabalho

Assegurar boas condições de trabalho em matéria de segurança e saúde, permite reduzir custos associados à doença e o absentismo associado a acidentes e doenças profissionais, aumenta a produtividade e a competitividade das empresas e das instituições, e é um contributo adicional para a sustentabilidade dos sistemas de segurança social. Mesmo no plano estritamente individual, além dos custos diretos e transitórios, há uma erosão progressiva da capacidade de trabalho, afetando trabalhadores, famílias, empresas e sociedade. Num ambiente de mudança do quadro laboral do país, é importante que haja um esforço conjunto de empregadores, trabalhadores e da sociedade para melhorar a saúde e o bem-estar nos locais de trabalho (Diário da República, 2015). Face a estes desafios, é importante promover uma cultura de prevenção, e, neste caso, a alimentação desempenha um papel fundamental, quer através das escolhas e práticas individuais, quer através das condições de alimentação propiciadas aos trabalhadores.

Embora a saúde nutricional tenha efeitos na qualidade de vida dos trabalhadores, e implicações sobre as instituições e empresas empregadoras, parece ainda não estar a ser devidamente abordada a nível global (Hicks-Roof et al., 2021; Steyn et al., 2009). Contudo, em Portugal, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), apresenta como uma das suas estratégias de intervenção para o período de 2022 a 2030, a implementação de ações dirigidas à modificação da oferta alimentar em diferentes espaços públicos, incluindo locais de trabalho, nomeadamente através da definição de orientações ou legislação que determine alimentos a promover e a limitar, e a definição de critérios para a aquisição pública de alimentos e serviços de alimentação (Gregório et al., 2022).

O Nutricionista é um dos profissionais de saúde mais qualificados para auxiliar as instituições empregadoras no estudo e na avaliação de estratégias específicas que promovam o desenvolvimento e a posterior implementação de ambientes de trabalho saudáveis (Diário da República, 2022). Embora seja uma área que se encontre em evolução para os Nutricionistas, os seus conhecimentos e competências, nomeadamente a sua capacidade de intervenção ao nível da educação alimentar, capacitando os colaboradores para escolhas alimentares mais saudáveis, através do desenvolvimento de

programas de educação alimentar e nutricional, perfilam-se como uma mais-valia para assegurar elevados níveis de saúde, menores taxas de absentismo e bem-estar no local de trabalho, promovendo, assim, ambientes laborais saudáveis (Frias & Bento, 2022).

Síntese final

Apesar da conveniência de mais investimento na investigação científica para produzir evidência mais robusta sobre a matéria, é já clara a relação entre a qualidade dos ambientes de trabalho, a saúde dos trabalhadores e os efeitos sociais, económicos e de organização do trabalho, tanto na perspetiva das entidades empregadoras, como dos trabalhadores e das suas famílias. Os trabalhadores transportam para o contexto laboral os seus problemas de saúde, mas as condições do local de trabalho influenciam a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores. No quadro desta interação, os locais de trabalho constituem-se como oportunidade de intervenção dirigida à promoção de uma alimentação e estilo de vida saudáveis.

A divulgação e a implementação de uma cultura e prática alimentar promotora de saúde baseada na Dieta Mediterrânica pode ser um importante argumento para fundamentar e orientar intervenções sobre a alimentação em contexto laboral, porque permite ter uma referência em termos de prática alimentar saudável a promover. Por outro lado, o interesse na divulgação da Dieta Mediterrânica, numa perspetiva de saúde comunitária, pode gerar a oportunidade de criar intervenções educativas e transformativas do estilo de vida, em diversos grupos na comunidade, incluindo no contexto do trabalho.

Face aos fatores que interferem, direta ou indiretamente, com a alimentação dos trabalhadores, a integração do nutricionista na entidade empregadora pode aportar valor no contexto da construção de ambientes de trabalho saudáveis, intervindo a nível individual, mas, também, no ambiente em si, adaptando a sua intervenção às necessidades locais.

Referências

- Amani, R., & Gill, T. (2013). Shiftworking, nutrition and obesity: implications for workforce health- a systematic review. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 22(4), 505–515. <https://doi.org/10.6133/apjcn.2013.22.4.11>
- Anderson, L. M., Quinn, T. A., Glanz, K., Ramirez, G., Kahwati, L. C., Johnson, D. B., Buchanan, L. R., Archer, W. R., Chattopadhyay, S., Kalra, G. P., Katz, D. L., & Task Force on Community Preventive Services (2009). The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling

- employee overweight and obesity: a systematic review. *American journal of preventive medicine*, 37(4), 340–357.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.07.003>
- Atkinson, G., Fullick, S., Grindey, C., & Maclaren, D. (2008). Exercise, energy balance and the shift worker. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*, 38(8), 671–685. <https://doi.org/10.2165/00007256-200838080-00005>
- Barros, V., Carrageta, M., Graça, P., Queiróz, J., & Sarmento, M. (2013). Dieta Mediterrânica: um património civilizacional partilhado. *Dieta Mediterrânica: um património civilizacional partilhado*, 5–21.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10480/1/6927.pdf>
- Baskin, E., Gorlin, M., Chance, Z., Novemsky, N., Dhar, R., Huskey, K., & Hatzis, M. (2016). Proximity of snacks to beverages increases food consumption in the workplace: A field study. *Appetite*, 103, 244–248.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.04.025>
- Berghöfer, A., Pischon, T., Reinhold, T., Apovian, C. M., Sharma, A. M., & Willich, S. N. (2008). Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. *BMC public health*, 8, 200. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-200>
- Blue, I., & Harpham, T. (1994). The World Bank World Development Report 1993: investing in Health. Reveals the burden of common mental disorders, but ignores its implications. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 165(1), 9–12. <https://doi.org/10.1192/bjp.165.1.9>
- Bucher, T., Collins, C., Rollo, M. E., McCaffrey, T. A., De Vlieger, N., Van der Bend, D., Truby, H., & Perez-Cueto, F. J. (2016). Nudging consumers towards healthier choices: a systematic review of positional influences on food choice. *The British journal of nutrition*, 115(12), 2252–2263.
<https://doi.org/10.1017/S0007114516001653>
- Burton, J. (2010). WHO healthy workplace framework and model: Background and supporting literature and practices.
- Castelo, S. R. (2021). "The Healthy Food Environment Policy Index (Food-EPI)": Avaliação do grau de implementação das políticas públicas para a modificação dos ambientes alimentares em Portugal.
- Cavaliere, A., De Marchi, E., & Banterle, A. (2018). Exploring the Adherence to the Mediterranean Diet and Its Relationship with Individual Lifestyle: The Role of Healthy Behaviors, Pro-Environmental Behaviors, Income, and Education. *Nutrients*, 10(2), 141. <https://doi.org/10.3390/nu10020141>
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights [CESCR]. (2016). General comment No. 23 (2016) on the right to just and favourable conditions of work (article 7 of the International Covenant on Economic, Social and

- Cultural Rights), 7 April 2016, E/C.12/GC/23.
<https://www.refworld.org/docid/5550a0b14.html>
- Dabral-Bhatt, S., & Klein, E. G. (2014). A Review of the Effectiveness of Worksite Dietary and Physical Activity Interventions for Obesity Prevention. *Journal of Science Policy & Governance*.
- Destri, K., Alves, J., Gregório, M. J., Dias, S. S., Henriques, A. R., Mendonça, N., Canhão, H., & Rodrigues, A. M. (2022). Obesity- attributable costs of absenteeism among working adults in Portugal. *BMC public health*, 22(1), 978. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13337-z>
- Diário da República. (2015). Resolução do Conselho de Ministros n.º 77/2015, de 18 de setembro. Aprova a Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2015-2020. <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/77-2015-70325352>
- Diário da República. (2021). Resolução da Assembleia da República n.º 195/2021, de 8 de julho. Recomenda ao Governo medidas de prevenção, tratamento e combate à obesidade. <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-assembleia-republica/195-2021-166658184>
- Diário da República. (2022). Regulamento n.º 89/2022, de 28 de janeiro. Regulamento que Define o Ato do Nutricionista. <https://dre.pt/dre/detalhe/doc/89-2022-178348790>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Programa Nacional de Saúde 2021-2030. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Engbers, L. H., van Poppel, M. N., Paw, M. J. C. A., & van Mechelen, W. (2005). Worksite health promotion programs with environmental changes: a systematic review. *American journal of preventive medicine*, 29(1), 61-70. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK72244/>
- Engbers, L. H., van Poppel, M. N., Chin A Paw, M., & van Mechelen, W. (2006). The effects of a controlled worksite environmental intervention on determinants of dietary behavior and self-reported fruit, vegetable and fat intake. *BMC Public Health*, 6, 1-10.
- European Network for Workplace Health Promotion [ENWHP]. (2001). Healthy Employees in Healthy Organisations – Recommendations for Promoting Workplace Health Action. European Network for Workplace Health Promotion. Essen. <https://www.enwhp.org/?i=portal.en.recommendations-for-promoting-wha>
- Eurostat. (2021). Average number of actual weekly hours of work in main job by professional status, 2021 (age group 20-64).

[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Average_number_of_actual_weekly_hours_of_work_in_main_job_by_professional_status,_2021_\(age_group_20-64\).png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Average_number_of_actual_weekly_hours_of_work_in_main_job_by_professional_status,_2021_(age_group_20-64).png)

- Ferrie, J. E., Head, J., Shipley, M. J., Vahtera, J., Marmot, M. G., & Kivimäki, M. (2007). BMI, obesity, and sickness absence in the Whitehall II study. *Obesity* (Silver Spring, Md.), 15(6), 1554–1564. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.184>
- Finkelstein, E. A., DiBonaventura, M.d, Burgess, S. M., & Hale, B. C. (2010). The costs of obesity in the workplace. *Journal of occupational and environmental medicine*, 52(10), 971–976. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181f274d2>
- Fitzgerald, S., Kirby, A., Murphy, A., & Geaney, F. (2016). Obesity, diet quality and absenteeism in a working population. *Public health nutrition*, 19(18), 3287–3295. <https://doi.org/10.1017/S1368980016001269>
- Fitzgerald, S., Murphy, A., Kirby, A., Geaney, F., & Perry, I. J. (2018). Cost-effectiveness of a complex workplace dietary intervention: an economic evaluation of the Food Choice at Work study. *BMJ open*, 8(3), e019182. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019182>
- French S. A. (2003). Pricing effects on food choices. *The Journal of nutrition*, 133(3), 841S–843S. <https://doi.org/10.1093/jn/133.3.841S>
- Frias, A., & Bento, A. (2022). Ambientes de Trabalho Saudáveis – O papel do nutricionista. *Acta Portuguesa de Nutrição*, (30), 68–71. <https://doi.org/10.21011/apn.2022.3012>
- Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP] (2022). *Acidentes de Trabalho 2020. Coleção Estatísticas – Acidentes de Trabalho*. Ministério da Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. ISSN: 2183-6183.
- GBD 2019 Risk Factors Collaborators (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* (London, England), 396(10258), 1223–1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
- Geaney, F., Harrington, J., Fitzgerald, A., & Perry, I. (2011). The impact of a workplace catering initiative on dietary intakes of salt and other nutrients: a pilot study. *Public health nutrition*, 14(8), 1345–1349. <https://doi.org/10.1017/S1368980010003484>
- Ghobadi, K., Eslami, A., Pirzadeh, A., Mazloomi, S. M., & Hosseini, F. (2022). Effects of the nutritional interventions in improving employee's cardiometabolic risk factors in the workplace: A systematic review. *Clinical*

- Nutrition Open Science, 42, 73–83.
<https://doi.org/10.1016/j.nutos.2022.01.004>
- Glanz, K., & Mullis, R. M. (1988). Environmental interventions to promote healthy eating: a review of models, programs, and evidence. *Health education quarterly*, 15(4), 395–415.
<https://doi.org/10.1177/109019818801500403>
- Goetzel, R. Z., Pei, X., Tabrizi, M. J., Henke, R. M., Kowlessar, N., Nelson, C. F., & Metz, R. D. (2012). Ten modifiable health risk factors are linked to more than one-fifth of employer-employee health care spending. *Health affairs (Project Hope)*, 31(11), 2474–2484.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0819>
- Gregório, M. J., Salvador, C., Figueira, M., Bica, M., Branco, A. R., Gonçalves, M., Sousa, S. M., & Teixeira, D. (2022). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção-Geral da Saúde.
- Grimani, A., Aboagye, E., & Kwak, L. (2019). The effectiveness of workplace nutrition and physical activity interventions in improving productivity, work performance and workability: a systematic review. *BMC public health*, 19(1), 1676. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8033-1>
- Hicks-Roof, K. K., Franklin, M. P., Sealey-Potts, C. V., & Zeglin, R. J. (2021). Dietary and behavior changes following RDN-led corporate wellness counseling: A secondary analysis. *Work (Reading, Mass.)*, 68(4), 1019–1025. <https://doi.org/10.3233/WOR-213432>
- Huhn, S., Kharabian Masouleh, S., Stumvoll, M., Villringer, A., & Witte, A. V. (2015). Components of a Mediterranean diet and their impact on cognitive functions in aging. *Frontiers in aging neuroscience*, 7, 132.
<https://doi.org/10.3389/fnagi.2015.00132>
- Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME]. (2020). Global Burden Disease Compare. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- International Labour Organization [ILO]. (1919). Constitution.
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-hanoi/documents/publication/wcms_818973.pdf
- International Labour Organization [ILO]. (1944). Declaration Concerning the Aims and Purposes of the International Labour Organisation. *International Labour Conference (26th Session)*.
- International Labour Organization [ILO]. (1998). Record of Proceedings. Vol. I. *International Labour Conference (86th Session)*.
- International Labour Organization [ILO]. (2012). ILO Fundamental Principles and Rights at Work: From Commitment to Action, ILC.101/VI.

- International Labour Organization [ILO]. (2022a). ILO Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work and its Follow-up. International Labour Conference (110th Session), Geneva. ISBN 978-92-2-037254-8.
- International Labour Organization [ILO]. (2022b). Inclusion of safe and healthy working conditions in the ILO's framework of fundamental principles and rights at work (Report VII). International Labour Conference (110th Session), Geneva. ISBN 978-92-2-037083-4.
- International Obesity Taskforce [IOTF]. (2007). Increasing obesity rates in Europe 1985-2005. London.
www.iotf.org/database/TrendsEuropeanadultsthrouthtimev3.html
- Koopmanschap, M. A., & Rutten, F. F. (1996). The consequence of production loss or increased costs of production. Medical care, 34(12 Suppl), DS59–DS68.
- Korre, M., Tsoukas, M. A., Frantzeskou, E., Yang, J., & Kales, S. N. (2014). Mediterranean Diet and Workplace Health Promotion. Current cardiovascular risk reports, 8(12), 416. <https://doi.org/10.1007/s12170-014-0416-3>
- Larson, N., & Story, M. (2009). A review of environmental influences on food choices. Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine, 38 Suppl 1, S56–S73.
<https://doi.org/10.1007/s12160-009-9120-9>
- Lima, J., Costa, S., & Rocha, A. (2018). How do university workers eat at the workplace? Nutrition & Food Science, 48(2), 194-205.
<https://doi.org/10.1108/NFS-07-2017-0141>
- Lochs, H., Allison, S. P., Meier, R., Pirlich, M., Kondrup, J., Schneider, S., van den Berghe, G., & Pichard, C. (2006). Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, definitions and general topics. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland), 25(2), 180–186.
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2006.02.007>
- Maes, L., Van Cauwenberghe, E., Van Lippevelde, W., Spittaels, H., De Pauw, E., Oppert, J. M., Van Lenthe, F. J., Brug, J., & De Bourdeaudhuij, I. (2012). Effectiveness of workplace interventions in Europe promoting healthy eating: a systematic review. European journal of public health, 22(5), 677–683. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr098>
- Mhurchu, C. N., Aston, L. M., & Jebb, S. A. (2010). Effects of worksite health promotion interventions on employee diets: A systematic review. BMC Public Health, 10, 1-7.

- Mozaffarian, D., Angell, S. Y., Lang, T., & Rivera, J. A. (2018). Role of government policy in nutrition-barriers to and opportunities for healthier eating. *BMJ (Clinical research ed.)*, 361, k2426.
<https://doi.org/10.1136/bmj.k2426>
- Murray, C. J. (1994). Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. *Bulletin of the World health Organization*, 72(3), 429-445.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020; Summary*.
<https://books.google.pt/books?id=lzQfAQAAIAAJ>.
- Nagler, E. M., Stelson, E. A., Karapanos, M., Burke, L., Wallace, L. M., Peters, S. E., Nielsen, K., & Sorensen, G. (2021). Using Total Worker Health® Implementation Guidelines to Design an Organizational Intervention for Low-Wage Food Service Workers: The Workplace Organizational Health Study. *International journal of environmental research and public health*, 18(17), 9383. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179383>
- Nogueira, J. R., & Moreira, S. (2018). Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC). Extensão 2018/2020. Direção-Geral da Saúde.
- Onufrak, S. J., Watson, K. B., Kimmons, J., Pan, L., Khan, L. K., Lee-Kwan, S. H., & Park, S. (2018). Worksite Food and Physical Activity Environments and Wellness Supports Reported by Employed Adults in the United States, 2013. *American journal of health promotion: AJHP*, 32(1), 96-105.
<https://doi.org/10.1177/0890117116664709>
- Pelletier K. R. (2009). A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: update VII 2004-2008. *Journal of occupational and environmental medicine*, 51(7), 822-837.
<https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181a7de5a>.
- Petkoska, A. & Trajkovska-Broach, A. (2021). Sustainable food systems and healthy diets: the case of mediterranean diet. *Acta Horticulturae et Regiotecturae*, 24(2) 110-118. <https://doi.org/10.2478/ahr-2021-0032>
- Pinho, I., Rodrigues, S., Franchini, B., Mendes, R., Almeida, M. D. V., & Direção-Geral da Saúde. (2016). *Padrão alimentar mediterrânico: promotor de saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Quintiliani, L., Poulsen, S., & Sorensen, G. (2010). Healthy Eating Strategies in the Workplace. *International Journal of Workplace Health Management*, 3(3), 182-196. <https://doi.org/10.1108/17538351011078929>

- Quintiliani, L., Sattelmair, J., & Sorensen, G. (2008). The workplace as a setting for interventions to improve diet and promote physical activity. *World Health Organization*, 1-36.
- Rachmah, Q., Martiana, T., Mulyono, M., Paskarini, I., Dwiyantri, E., Widajati, N., Ernawati, M., Ardyanto, Y. D., Tualeka, A. R., Haqi, D. N., Arini, S. Y., & Alayyannur, P. A. (2021). The effectiveness of nutrition and health intervention in workplace setting: a systematic review. *Journal of public health research*, 11(1), 2312. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2312>
- Rantala, E., Vanhatalo, S., Tilles-Tirkkonen, T., Kanerva, M., Hansen, P. G., Kolehmainen, M., Männikkö, R., Lindström, J., Pihlajamäki, J., Poutanen, K., Karhunen, L., & Absetz, P. (2021). Choice Architecture Cueing to Healthier Dietary Choices and Physical Activity at the Workplace: Implementation and Feasibility Evaluation. *Nutrients*, 13(10), 3592. <https://doi.org/10.3390/nu13103592>
- Rico-Cabanas, L., Santos-Lozano, J. M., Antón-García, F., & Rubio-Guerra, A. F. (2014). Mediterranean Diet, the New Pyramid and Some Insights on its Cardiovascular Preventive Effect. In *Fatores de Risco* (pp. 30-47). Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- Robroek, S. J., van den Berg, T. I., Plat, J. F., & Burdorf, A. (2011). The role of obesity and lifestyle behaviours in a productive workforce. *Occupational and Environmental Medicine*, 68, 134-139. <https://doi.org/10.1136/oem.2009.052953>
- Rocha, E. (2017). A carga global de doença: fonte de informação para a definição de políticas e avaliação de intervenções em saúde. *Rev Port Cardiol*. 2017;36(4):283---285.
- Roos, E., Sarlio-Lähteenkorva, S., & Lallukka, T. (2004). Having lunch at a staff canteen is associated with recommended food habits. *Public health nutrition*, 7(1), 53-61. <https://doi.org/10.1079/phn2003511>
- Schultz, A. B., Edington, D. W., & Tseng, S. (2019). Recent trends in employer-sponsored health and wellness programs: A view from the field. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 61(10), 773-778. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001664>
- Serra-Majem, L., Bach-Faig, A., & Raidó-Quintana, B. (2012). Nutritional and cultural aspects of the Mediterranean diet. *International journal for vitamin and nutrition research. Internationale Zeitschrift für Vitamin- und Ernährungsforschung. Journal international de vitaminologie et de nutrition*, 82(3), 157-162. <https://doi.org/10.1024/0300-9831/a000106>
- Serra-Majem, L., & Ortiz-Andrellucchi, A. (2018). La dieta mediterránea como ejemplo de una alimentación y nutrición sostenibles: enfoque

- multidisciplinar [The Mediterranean diet as an example of food and nutrition sustainability: a multidisciplinary approach]. *Nutricion hospitalaria*, 35(Spec No4), 96–101. <https://doi.org/10.20960/nh.2133>
- Shrestha, N., Pedisic, Z., Neil-Sztramko, S., Kukkonen-Harjula, K. T., & Hermans, V. (2016). The Impact of Obesity in the Workplace: a Review of Contributing Factors, Consequences and Potential Solutions. *Current obesity reports*, 5(3), 344–360. <https://doi.org/10.1007/s13679-016-0227-6>
- Silva, J. F. G. P. (2009). *Alimentação e o trabalho: Monografia: Food at work*.
- Sofi, F., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2010). Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *The American journal of clinical nutrition*, 92(5), 1189–1196. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2010.29673>
- Sofi, F., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2014). Public health nutrition, (pp. 2769-2782).
- Soler, R. E., Leeks, K. D., Razi, S., Hopkins, D. P., Griffith, M., Aten, A., Chattopadhyay, S. K., Smith, S. C., Habarta, N., Goetzel, R. Z., Pronk, N. P., Richling, D. E., Bauer, D. R., Buchanan, L. R., Florence, C. S., Koonin, L., MacLean, D., Rosenthal, A., Matson Koffman, D., Grizzell, J. V., ... Task Force on Community Preventive Services (2010). A systematic review of selected interventions for worksite health promotion. The assessment of health risks with feedback. *American journal of preventive medicine*, 38(2 Suppl), S237–S262. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.10.030>
- Song, Z., & Baicker, K. (2019). Effect of a workplace wellness program on employee health and economic outcomes: A randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 321(15), 1491-1501. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.3307>
- Sorensen, G., Linnan, L., & Hunt, M. K. (2004). Worksite-based research and initiatives to increase fruit and vegetable consumption. *Preventive medicine*, 39 Suppl 2, S94–S100. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2003.12.020>
- Sorensen, G., Landsbergis, P., Hammer, L., Amick, B. C., 3rd, Linnan, L., Yancey, A., Welch, L. S., Goetzel, R. Z., Flannery, K. M., Pratt, C., & Workshop Working Group on Worksite Chronic Disease Prevention (2011). Preventing chronic disease in the workplace: a workshop report and recommendations. *American journal of public health*, 101 Suppl 1(Suppl 1), S196–S207. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300075>
- Steyn, N., Parker, W.-A., Lambert, E., & Mchiza, Z. (2009). Nutrition interventions in the workplace: Evidence of best practice. *South African*

- Journal of Clinical Nutrition, 22.
<https://doi.org/10.1080/16070658.2009.11734231>
- Tarsitano, E., Calvano, G., & Cavalcanti, E. (2019). The Mediterranean Way a model to achieve the 2030 Agenda Sustainable Development Goals (SDGs). *Journal of Sustainable Development*, 12, 108.
<https://doi.org/10.5539/jsd.v12n1p108>
- The Office of the High Commissioner for Human Rights [OHCHR]. (1966). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.
<https://www.ohchr.org/sites/default/files/cescr.pdfFhdhdfh>
- Thorsen, A. V., Lassen, A. D., Andersen, J. S., & Mikkelsen, B. E. (2009). Workforce gender, company size and corporate financial support are predictors of availability of healthy meals in Danish worksite canteens. *Public health nutrition*, 12(11), 2068–2073.
<https://doi.org/10.1017/S1368980009005692>
- van Duijvenbode, D. C., Hoozemans, M. J. M., van Poppel, M. N. M., & Proper, K. I. (2009). The relationship between overweight and obesity, and sick leave: A systematic review. *International Journal of Obesity*, 33, 807–816.
- Vidgen, H. A., & Gallegos, D. (2014). Defining food literacy and its components. *Appetite*, 76, 50–59. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.010>
- Wanjek, C. (2005). Food at work: Workplace solutions for malnutrition, obesity and chronic diseases. International Labour Organization.
- Williden, M., Schofield, G., & Duncan, S. (2012). Establishing links between health and productivity in the New Zealand workforce. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 54, 545–550.
<https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31824f5e5c>
- Worley, V., Fraser, P., Allender, S., & Bolton, K. A. (2022). Describing workplace interventions aimed to improve health of staff in hospital settings - a systematic review. *BMC health services research*, 22(1), 459.
<https://doi.org/10.1186/s12913-021-07418-9>
- World Health Organization [WHO]. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. First international conference on health promotion. Ottawa, 17–21 November 1986.
- World Health Organization [WHO]. (1997). Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Fourth international conference on health promotion: New players for a new era - Leading health promotion into the 21st century. Jakarta, 21–25 July 1997.
- World Health Organization [WHO]. (2002). Good practice in occupational health services: A contribution to workplace health.

- World Health Organization [WHO]. (2005). Bangkok Charter for Health Promotion in a globalized world. 6th Global conference on health promotion. Thailand, 7-11 August 2005.
- World Health Organization [WHO]. (2010). Healthy workplaces: a model for action: for employers, workers, policymakers and practitioners. WHO. Geneva. ISBN 978 92 4 159931 3.
- World Health Organization [WHO]. (2013). WHO Global Plan of Action on Workers' Health (2008-2017): Baseline for Implementation Global Country Survey 2008/2009. Executive Summary and Survey Findings. Geneva: UN.

Ambientes de trabalho saudáveis nas organizações de saúde

¹Olga Moura Ramos, ²Cristina Augusto, & ³Maria José Gomes

¹Instituto Politécnico de Bragança

²CESPU

³Instituto Politécnico de Bragança; UICISA: E

O local de trabalho assume-se como um contexto importante para o trabalhador, reconhecendo-se, atualmente, que o bem-estar dos colaboradores, enquanto determinante da eficiência das organizações, define a sua eficácia a longo prazo. A International Labour Organization (2022) refere-se ao bem-estar no local de trabalho como um conceito pluridimensional sensível a fatores como a qualidade e segurança do ambiente físico, o clima organizacional e a forma como os trabalhadores se sentem em relação ao seu trabalho. Desta forma, considera-se que as organizações devem integrar, na operacionalização do plano de ação, a definição de estratégias que se coadunem com a garantia de níveis elevados de saúde e bem-estar dos colaboradores, sendo que a revisão da literatura legítima que os ambientes de trabalho saudáveis têm um impacto positivo em fenómenos como o *turnover*, o *burnout*, a participação ativa em projetos organizacionais e a satisfação profissional (Othman, Rais, & Azir, 2020; Rudolph, Murphy, & Zacher, 2019).

Por definição, os ambientes de trabalho saudáveis emergem do esforço comum de trabalhadores e líderes para a implementação de processos de melhoria contínua que objetivem a promoção e a proteção da saúde, a segurança e o bem-estar dos trabalhadores, assim como a sustentabilidade do local de trabalho (World Health Organization, 2010). Neste sentido, é imperativo que as políticas laborais das organizações sejam sustentadas na relação destes pressupostos com o ambiente físico, o ambiente psicossocial e organizacional, a cultura do local de trabalho, os recursos de saúde ocupacional e as formas de participação dos colaboradores na comunidade, enquanto fatores facilitadores da sua saúde e da conciliação familiar e comunitária.

Numa revisão da literatura, Flynn et al. (2018) referem-se aos ambientes de trabalho saudáveis como um campo de pesquisa que tem vindo a ser descoberto e explorado, assistindo-se ao desbravar de evidência científica direcionada para a identificação de fatores influenciadores dos resultados de segurança e saúde nos locais de trabalho. De acordo com estes autores, mais do que o treino e a capacitação dos colaboradores para a aquisição de habilidades específicas, tipicamente definidas pelos microambientes organizacionais em função do

contexto laboral, a construção de ambientes de apoio, a definição de políticas e procedimentos e a comunicação nas equipas são determinantes a valorizar pelas organizações quando se pretende a implementação de projetos promotores de locais de trabalho saudáveis. Jimenez & Bregenzer (2018) reiteram esta premissa, ao referirem a pertinência da promoção da saúde no local de trabalho enquanto solução para a melhoria da saúde das organizações. Na opinião destes autores, os projetos de promoção da saúde laboral devem incidir na análise das políticas e dos procedimentos organizacionais, no desenvolvimento de intervenções direcionadas para as necessidades em saúde dos colaboradores e na definição e implementação de estratégias que permitam a redução ou eliminação das condições críticas de trabalho.

A perspetiva das equipas de saúde e a resposta das organizações

O ambiente das organizações de saúde reveste-se de características específicas que, associadas ao crescendo de necessidades em saúde da população e às mudanças organizacionais do trabalho, obrigam à definição e implementação de políticas e procedimentos que vertam na agregação dos conhecimentos e competências do corpo operacional, por forma a garantir a eficácia da organização (Homem et al., 2012). Assim, para que a qualidade e segurança dos cuidados e, por inerência, o objetivo final das organizações de saúde seja alcançado, exige-se um elevado desempenho profissional das equipas de saúde, pelo que a identidade profissional e a identidade organizacional devem caminhar a par (International Council of Nurses, 2007).

Othman, Rais e Azir (2020) corroboram esta opinião ao evidenciar que a identificação do trabalhador com os objetivos da profissão e da organização beneficia a organização de saúde, uma vez que os profissionais manifestam comportamentos de lealdade, têm uma participação mais ativa, envolvem-se em projetos e estimulam os pares para um melhor desempenho sendo, por isso, imperioso que o contexto organizacional seja favorável e atenda a variáveis como as características do trabalho, o estilo de liderança, os relacionamentos interpessoais, a perceção sobre tratamento justo e o *engagement* (Tran, Nguyen, Dang, & Ton, 2018; Manning, 2016).

Esta evidência vem sustentar o preconizado no *Healthy Workplace Model* (World Health Organization, 2014) que inclui, nas necessidades dos trabalhadores, as condições físicas dos locais de trabalho, o ambiente psicossocial, os recursos de saúde pessoal e as formas de participação na comunidade e reitera a pertinência da implementação de programas

promotores da saúde nos locais de trabalho enquanto determinantes que alicerçam a construção de ambientes de trabalho saudáveis.

A construção de ambientes de apoio promotores de locais de trabalho saudáveis é um conceito sustentado na definição de ambientes físicos facilitadores do bem-estar, sendo que estes agregam princípios muito abrangentes que incluem a implementação de políticas direcionadas para a promoção de estilos de vida saudável, aspetos relacionados com a ergonomia e a definição de iniciativas que veiculem a facilitação e a normalização da procura de comportamentos de saúde (Flynn, et al., 2018; Talati, Davey, Grapes, Shilton, & Pettigrew, 2018).

Entre os diferentes autores, é consenso que, nas organizações de saúde, os ambientes de apoio salutareis têm tradução na melhoria da saúde dos trabalhadores (Foley, 2013), na cultura de segurança organizacional (Worringer, Genrich, Muller, Gundel, & Angerer, 2020) e na produtividade (Wei, Jiang, & Lake, 2020). No entanto, a capacidade de resposta não é similar em todas as organizações, gerando-se, por vezes, conflitos entre a responsabilidade profissional e a prestação de cuidados adequados ao indivíduo. Este facto pode fazer perigar o compromisso da prestação de cuidados centrados no utente e fundamentados na filosofia do cuidado holístico assumido pelos profissionais de saúde, moldando as suas expectativas (International Council of Nurses, 2007).

Na verdade, perante a volatilidade das características dos contextos da prática de cuidados e a exigência crescente de atualização para responder às necessidades de saúde dos indivíduos e aos objetivos organizacionais, as equipas de saúde deparam-se com desafios constantes que lhes exigem uma elevada flexibilidade para que a adaptação à mudança seja alcançada sem comprometer o bem-estar das equipas e dos trabalhadores (Lorber, 2018). Este facto verte em riscos físicos, mas também psicossociais, para as equipas de saúde, com tradução em fenómenos como o *burnout*, o *turnover*, o absentismo e o nível de *stress* que, por sua vez, comprometem o desempenho das equipas e facilitam a ocorrência de erros e de acidentes, com custos humanos e económicos incalculáveis (Burton, 2010). Desta forma, os trabalhadores esperam, das organizações de saúde, uma cultura de saúde para o local de trabalho que, segundo a Health Enhancement Research Organization (2016), deve atender a princípios como as políticas de cultura organizacional, o estilo de liderança, a comunicação, as normas de seleção e recrutamento de recursos humanos, a construção de ambientes de apoio, a definição de métricas e procedimentos, a alocação e comprometimento de recursos organizacionais, o

envolvimento e empoderamento dos trabalhadores, a recompensa e o reconhecimento, o apoio dos pares, a resistência, o sentido de pertença, a partilha da missão e visão da organização com os colaboradores, a perspectiva positiva, a modelagem, a integração na organização, o treino e a aquisição de habilidades específicas, a orientação para o cliente interno e as conexões externas.

As políticas de cultura organizacional respeitam às diretrizes formais e informais que definem o comportamento esperado dos trabalhadores na organização, sendo determinantes para o controlo social e reconhecidas pelos membros das equipas. Associadas a estas, sob a forma de crenças, conceitos e princípios, a partilha de valores emerge como uma abordagem centrada nas pessoas onde o bem-estar e a saúde são priorizados, sendo que estes princípios são elevados ao mesmo nível de valores-chave como a qualidade dos cuidados, a satisfação do cliente e a produtividade.

A Health Enhancement Research Organization (2016) preconiza, para as organizações de saúde promotoras de ambientes de trabalho saudáveis, um estilo de liderança fundamentado no compromisso com os valores da organização e em práticas centradas nas pessoas, enquanto veículo para a modelagem de valores e para o alcance de resultados excecionais. A par da liderança executiva e organizacional, os canais de comunicação devem ser diversificados e entendidos como uma ferramenta facilitadora da transmissão de mensagens e de uma comunicação efetiva entre os líderes e o centro operacional, sendo que o *feedback* e a partilha de iniciativas promotoras de estilos de vida saudável e de conciliação familiar e comunitária são exemplos de mensagens que promovem o *engagement* com a organização, mas também com a adoção de comportamentos salutareis. Alinhada com estes pressupostos, a definição de métricas e de indicadores emerge como uma medida organizacional que possibilita a divulgação de resultados efetivos e, em paralelo, incrementa, nos líderes e nos colaboradores, a responsabilidade do seu cumprimento. Assim, mais do que alcançar objetivos internos direcionados para ambientes de apoio construídos e para uma cultura organizacional promotora de ambientes de trabalho saudáveis, a definição de indicadores espelha uma política de transparência que permite a projeção da organização na comunidade como promotora da saúde laboral, o que, inevitavelmente, terá reflexo nas políticas de seleção e recrutamento, nomeadamente no que concerne ao interesse dos trabalhadores em integrar o seu corpo operacional.

Atualmente, é reconhecido o esforço das organizações de saúde na proteção e na promoção da saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores, sendo que

a integração de sistemas complexos e dinâmicos na organização e no ambiente de trabalho é uma estratégia de eleição que se tem vindo a mostrar eficaz (Sorensen, et al., 2018). Esta abordagem integra o conceito de *Total Worker Health*[®] do National Institute for Occupational Safety and Health (2020) que prevê a definição e implementação de políticas, programas e práticas que visam a maximização da segurança e da saúde relacionadas com o trabalho, priorizando, desta forma, a construção de ambientes de trabalho livres de riscos e fundamentados em iniciativas promotoras da saúde e do bem-estar dos trabalhadores.

A avaliação da implementação efetiva das melhores práticas promotoras de ambientes de trabalho saudáveis permite a compreensão da relação entre as condições de trabalho e os resultados obtidos pela organização, oferecendo, assim, contributos para a definição de prioridades e para a decisão consciente por parte dos empregadores e dos decisores de políticas (Sorensen, et al., 2018; Pronk, 2013). Em paralelo, evidencia o impacto das condições de trabalho no desempenho, produtividade e rotatividade relacionados com a saúde do trabalhador, relevando a importância da proteção e promoção da saúde deste para o alcance e exponenciação das metas organizacionais (Loeppke, et al., 2015). No entanto, na avaliação de programas e na definição de estratégias promotoras da saúde laboral, é necessária a adoção de uma visão holística que integre determinantes do risco físico, mas também psicossocial, permitindo, desta forma, a construção de ambientes verdadeiramente seguros e que respondam à globalidade das necessidades dos trabalhadores.

Particularizando para as instituições hospitalares, a literatura é unânime ao indicar as condições de trabalho como facilitadoras da ocorrência de *stressores* psicossociais associados à atividade laboral, sendo que estes potenciam reações de stress e a ocorrência de lesões e de problemas de saúde nas equipas de enfermagem e de medicina (Worringer, Genrich, Muller, Gundel, & Angerer, 2020; Coutinho, Queiros, Henriques, Norton, & Alves, 2018). Rau e Buyken (2015) reforçam a relevância desta evidência, referindo como primordial que as avaliações de risco psicossocial em trabalhadores de organizações de saúde incluam fatores como a intensidade de trabalho, a baixa amplitude de decisão, a tensão no trabalho, a carga horária e as horas extra, o trabalho por turnos, o baixo apoio social, o desequilíbrio esforço-recompensa, o *stress* associado à tomada de decisão, o *bullying* e a insegurança no trabalho. Na opinião de Sorensen et al. (2018) e de Nielsen (2013), os líderes têm um papel fundamental na avaliação dos riscos laborais e na melhoria das condições psicossociais de trabalho e, por consequência, no sucesso ou fracasso das estratégias

organizacionais de promoção da saúde laboral. Assim, é essencial que, na definição de medidas de gestão organizacional, os líderes espelhem a alocação adequada de recursos humanos e de tempo, adotem estratégias de comunicação transparentes na divulgação dos objetivos da organização e que motivem e incentivem os trabalhadores a participar nas iniciativas promotoras da saúde no local de trabalho (Lundmark, Hasson, von Thiele Schwarz, Hasson, & Tafvelin, 2017; Petrou, Demerouti, & Schaufeli, 2016).

Sumarizando, é lícito afirmar que, nas organizações de saúde, a construção de ambientes de trabalho saudáveis resulta de uma abordagem multifacetada que agrega as percepções dos trabalhadores em relação às políticas e objetivos da organização e as estratégias que esta adota para promover um nível elevado de bem-estar e de saúde nos trabalhadores. Os esforços de promoção da saúde devem direcionar-se para a melhoria contínua da saúde do corpo operacional, sendo que iniciativas como a avaliação do risco físico e psicossocial, a implementação de programas promotores da saúde e de atividades facilitadoras do bem-estar e da saúde mental devem ser uma realidade nas organizações de saúde e reconhecidas como ferramentas que facilitam a qualidade e segurança dos cuidados e, em última instância, a satisfação dos trabalhadores e dos clientes.

Referências

- Burton, J. (2010). WHO Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices. World Health Organization.
- Coutinho, H., Queiros, C., Henriques, A., Norton, P., & Alves, E. (2018). Work-related determinants of psychosocial risk factors among employees in the hospital setting. *Work*, 61, 551-560. <https://doi.org/10.3233/WOR-182825>.
- Flynn, J., Gascon, G., Doyle, S., Koffman, D., Saringer, C., Grossmeier, J., Tivnam, V., & Terry, P. (2018). Supporting a Culture of Health in the Workplace: A Review of Evidence-Based Elements. *American Journal of Health Promotion*, 32 (8), 1755-1788. <https://doi.org/10.1177/0890117118761887>.
- Foley, G. (2013). The relationship between structural and policy level changes at the workplace and employee health indicators as part of a worksite health promotion program: findings from the Western New York Wellness Works Study (Vol. [Tese de doutoramento. Faculty of the Graduate School of the University at Buffalo. New York]).

- Health Enhancement Research Organization. (2016). Defining a culture of health key elements that influence employee health and well-being .
- Homem, F., & et al. (2012). Team Building e a enfermagem. *Revista de Enfermagem referência*, III Série (7), 69-177.
- International Council of Nurses. (2007). Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care.
- International Labour Organization. (2022). Workplace well-being. Obtido em julho de 2022, de International Labour Organization. Advancing social justice, promoting decent work: https://www.ilo.org/safework/areasofwork/workplace-health-promotion-and-well-being/WCMS_118396/lang--en/index.htm
- Jimenez, P., & Bregenzer, A. (2018). Integration of eHealth Tools in the Process of Workplace Health Promotion: Proposal for Design and Implementation. *Journal of Medical Internet Research*, 20 (2), e65. <https://doi.org/10.2196/jmir.8769>.
- Loeppke, R., Hohn, T., Baase, C., Bunn, W., Burton, W., Eisenberg, B., Ennis, T., Fabius, R., Hawkins, R., Hudson, T., Hymel, P., Konicki, D. Larson, P., McLellan, R., Roberts, M., Usrey, C., Wallace, J., Yarborough, C., & Siuba, J. (2015). Integrating Health and Safety in the Workplace How Closely Aligning Health and Safety Strategies Can Yield Measurable Benefits. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 57 (5), 585-597. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000467>.
- Lorber, M. (2018). A healthy work environment: care for the well-being and health of employees in nursing. *Obzornik zdravstvene nege*, 52 (3), 148-152. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.3.851>.
- Lundmark, R., Hasson, H., von Thiele Schwarz, U., Hasson, D., & Tafvelin, S. (2017). Leading for change: Line managers' influence on the outcomes of an occupational health intervention. *Work & Stress*, 31 (3), 276-296. <https://doi.org/10.1080/02678373.2017.1308446>.
- Manning, J. (2016). The Influence of Nurse Manager Leadership Style on Staff Nurse Work Engagement. *J Nurs Adm*, 46 (9), 438-443. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000372>.
- Murphy, R., & O'Donoghue, E. (2018). A description of public mechanisms to support healthy workplaces and workplace health programmes. *An Roinn Sláinte*.
- National Institute for Occupational Safety and Health. (2020). What is Total Worker Health. Obtido em julho de 2022, de The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): <https://www.cdc.gov/niosh/twh/totalhealth.html>

- Nielsen, K. (2013). Review article: How can we make organizational interventions work? Employees and line managers as actively crafting interventions. *Human Relations*, 66 (8), 1029-1050.
<https://doi.org/10.1177/0018726713477164>.
- Othman, M., Rais, S., & Azir, K. (2020). Exploring Determinants of Healthy Workplace Elements in The Office Building. *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*, 498 (012084), 1-8.
<https://doi.org/10.1088/1755-1315/498/1/012084>.
- Petrou, P., Demerouti, E., & Schaufeli, W. (2016). Crafting the Change: The Role of Employee Job Crafting Behaviors for Successful Organizational Change. *Journal of Management*, 44, 1766-1792.
<https://doi.org/10.1177/0149206315624961>.
- Pronk, N. (2013). Integrated worker health protection and promotion programs: overview and perspectives on health and economic outcomes. *J Occup Environ Med.*, 55 (12 0), S30-S37.
<https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000031>.
- Rau, R., & Buyken, D. (2015). Der aktuelle Kenntnisstand über Erkrankungsrisiken durch psychische Arbeitsbelastungen: Ein systematisches Review über Metaanalysen und Reviews. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 59 (3), 113-129.
<https://doi.org/10.1026/0932-4089/a000186>.
- Rudolph, C., Murphy, L., & Zacher, H. (2019). A systematic review and critique of research on “healthy leadership”. *The Leadership Quarterly*, 1-21.
<https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2019.101335>.
- Sorensen, G., Sparer, E., Williams, J., Gundersen, D., Boden, L., Dennerlein, J., Hashimoto, D. Katz, J., McLellan, D. okechukwu, C., Pronk, N., Revette, A., & Wagner, G. (2018). Measuring best practices for workplace safety, health and wellbeing: The Workplace Integrated Safety and Health Assessment. *J Occup Environ Med.*, 60 (5), 430-439.
<https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001286>.
- Talati, Z., Davey, E., Grapes, C., Shilton, T., & Pettigrew, S. (2018). Evaluation of a Workplace Health and Wellbeing Training Course Delivered Online and Face-To-Face. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15 (2422), 1-6. <https://doi.org/10.3390/ijerph15112422>.
- Tran, K., Nguyen, P., Dang, T., & Ton, T. (2018). The Impacts of the High-Quality Workplace Relationships on Job Performance: A Perspective on Staff Nurses in Vietnam. *Behavioral Sciences*, 8 (109), 1-21.
<https://doi.org/10.3390/bs8120109>.

- Wei, H., Jiang, Y., & Lake, D. (2020). The Impact of Nurse Leadership Styles on Nurse Burnout: A Systematic Literature Review. *Nurse Leader*, 18 (5), 439-450. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.04.002>.
- World Health Organization. (2010). *Healthy workplaces: a model for action. For employers, workers, policy-makers and practioners*. Genebra: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Healthy workplaces: a WHO global model for action*. Obtido em julho de 2022, de World Health Organization: http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces/en/
- Worringer, B., Genrich, M., Muller, A., Gundel, H., & Angerer, P. (2020). Hospital Medical and Nursing Managers' Perspective on the Mental Stressors of Employees. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (5441), 1-36. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145041>.

Riscos psicossociais em contexto laboral

Pedro Moura & Afonso Gouveia

Departamento de Psiquiatria e Saúde mental, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA)

Resumo

Durante o presente capítulo o conceito de riscos psicossociais será desenvolvido no contexto ocupacional, particularmente quanto à sua definição, génese, manutenção e implicações para o binómio trabalho-trabalhador, assim como para outros atores adjacentes (colegas de trabalho, famílias, comunidades e sociedade).

De seguida, elaborar-se-á sobre as principais orientações para a intervenção junto destes riscos psicossociais, invocando exemplos e lições do Programa de Gestão de Riscos Psicossociais (ProGeRPsi), sediado na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo.

Por último, antes de concluir, a pandemia COVID-19 será brevemente abordada numa ótica dos desafios que comportou e impôs à população trabalhadora, mas também das oportunidades que possibilitou, já que “sem querer” trouxe para primeiro plano a importância da saúde ocupacional e da saúde mental.

Introdução aos Riscos Psicossociais

A organização do trabalho, ou seja, a forma como desenhamos o trabalho e os sistemas de trabalho, para além da forma como os gerimos, quando deficiente pode causar *stress* no trabalho. Exigências e pressões que se podem tornar insustentáveis podem ser causadas por uma planificação deficiente do trabalho, a sua má gestão ou por condições pouco satisfatórias. De modo semelhante, podem surgir em trabalhadores que não recebem apoio suficiente por parte de outros ou com pouco ou nenhum controlo sobre o seu trabalho e as suas pressões.

A maioria das causas relacionadas com o *stress* no trabalho estão ligadas à forma como o trabalho é planificado e a forma como as organizações são geridas. Uma vez que estes aspetos do trabalho têm o potencial de causar efeitos adversos para a saúde dos trabalhadores, são chamados fatores de risco relacionados com o *stress* ou, mais comumente, fatores de risco psicossociais.

A literatura sobre *stress* (World Health Organization, WHO, 2004, 2008) reconhece em geral nove categorias:

- **Conteúdo do trabalho:** tarefas monótonas, pouco estimulantes, com pouco sentido; com pouca diversidade; pouco agradáveis;
- **Ritmo e carga de trabalho:** trabalho sob pressão do tempo; tarefas excessivas ou em pouca quantidade;
- **Horário de trabalho:** horários de trabalho muito rígidos e inflexíveis; jornadas de trabalho muito longas e com baixo nível de socialização; horário imprevisível; sistemas de rotação de turnos com planificação deficiente;
- **Participação e controlo:** falta de participação nos processos de tomada de decisão; insuficiente controlo sobre métodos, ritmo, horário ou ambiente de trabalho;
- **Desenvolvimento da carreira, estatuto profissional e remuneração:** insegurança no trabalho, falta de perspetivas de promoção ou avanço na carreira, situações de sub-promoção ou sobre-promoção; trabalho visto como de “baixo valor social”; situações de remuneração “à peça”; sistemas de avaliação do desempenho injustas ou pouco claras; sub ou sobre-qualificação para a função;
- **Papel na organização:** função pouco clara na organização; papéis conflitantes dentro do mesmo trabalho; responsabilidade pelas ações de outras pessoas; trabalho contínuo com o público ou com responsabilidades no cuidar de pessoas;
- **Relações interpessoais:** supervisão inadequada, pouco apoiante ou pouco empática; dificuldades na relação com os pares ou com as chefias; fenómenos de *bullying*, *mobing*, assédio sexual e violência verbal ou física; trabalho isolado ou solitário; falta de procedimentos e protocolos para lidar com problemas ou queixas;
- **Cultura organizacional:** dificuldades de comunicação, problemas de liderança, falta de clareza acerca dos objetivos organizacionais e da estrutura hierárquica;
- **Interferência casa-trabalho:** exigências conflitantes entre o trabalho e a vida doméstica, falta de suporte para os problemas domésticos no trabalho, falta de suporte para os problemas do trabalho em casa.

As condições de trabalho nos países ocidentais sofreram enormes mudanças na organização do trabalho nas últimas décadas. A par destas mudanças nas condições de produção e realidades na indústria, administração e serviços, as exigências sobre os trabalhadores também mudaram. A

flexibilidade no horário e no local de trabalho, a alta tenacidade ou competências sociais estão-se a tornar qualificações-chave. Como consequência destes desenvolvimentos o *stress* aumentou acentuadamente, e como consequência deste, as faltas por doença e custos nos tratamentos.

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA), o *stress* relacionado com o trabalho (termo que é usado em alternativa a fatores de risco psicossociais) é um dos maiores desafios para a saúde e a segurança na Europa. Quase um em cada quatro trabalhadores é afetado pelo *stress*, havendo estudos que o apontam como responsável por entre 50% a 60% dos dias de trabalho perdidos (European Agency for Safety and Health at Work, 2000). Ora, isto representa um custo enorme tanto em termos de sofrimento humano como de deficiente desempenho económico.

Entende-se como fatores psicossociais aquelas características inerentes às condições e organização do trabalho que afetam a saúde dos indivíduos, através de processos psicológicos e fisiológicos. Os riscos psicossociais no trabalho resultam da interação entre o indivíduo, as suas condições de vida e as suas condições de trabalho.

O *stress* no trabalho pode afetar qualquer pessoa, a qualquer nível. Pode ocorrer em qualquer sector, independentemente da dimensão da organização. O *stress* afeta a saúde e a segurança das pessoas, mas também a saúde das organizações e das economias nacionais (Carlos Silva *et al.*, 2013).

O *stress* é o segundo problema de saúde relacionado com o trabalho mais notificado, afetando 22% dos trabalhadores da UE 27 em 2005 (European Agency for Safety and Health at Work, 2007). O número de pessoas que sofrem de doenças relacionadas com o *stress* causado ou agravado pelo trabalho tende a aumentar. O mundo do trabalho em mutação exige cada vez mais dos trabalhadores, devido à racionalização das empresas e à externalização do trabalho, à maior necessidade de flexibilidade em termos de funções e competências, ao crescente recurso a contratos a termo certo, à crescente precariedade de emprego e à intensificação do trabalho (com maior carga de trabalho e maior pressão) e a um deficiente equilíbrio entre vida profissional e pessoal (WHO, 2008).

O *stress* pode levar as pessoas a adoecer e a sentirem-se profundamente infelizes, tanto no trabalho como em casa. Pode igualmente comprometer a segurança no trabalho e contribuir para outros problemas de saúde relacionados com o trabalho, como as lesões músculo-esqueléticas. O impacto da exposição a estes fatores manifesta-se sob as mais diversas formas,

comprometendo o funcionamento saudável a um nível orgânico, emocional, cognitivo, social e comportamental. Alguns dos sintomas associados a uma exposição contínua e/ou intensa a riscos psicossociais passam por ansiedade, depressão, lentificação psicomotora, problemas no sono, isolamento, abuso de substâncias, agressividade, inibição da capacidade de concentração e tomada de decisão e alterações neuro-endócrinas. Muitos são os estudos que apontam a relação entre estes indícios e as doenças cardiovasculares, endócrinas, mentais, entre outras (Duffy et al, 1991; Kristensen, 1996; *European Heart Network*, 1998; Stansfeld et al., 1999; Kiviwaki et al., 2002; Schmitt et al., 2008). Acresce que o *stress* afeta significativamente as bases de uma organização.

O *stress* afeta as pessoas de formas diferentes. A experiência de *stress* no trabalho pode estar relacionada com comportamento pouco habitual e mesmo disfuncional no local de trabalho e contribuir para uma diminuição da saúde física e mental. Em casos extremos, o *stress* a longo prazo ou traumas psicológicos no local de trabalho podem levar a alterações psicológicas e perturbações psiquiátricas. Tal pode, por sua vez, levar a absentismo e mesmo impossibilitar o seu regresso às funções anteriores (EU-OSHA, 2007).

Quando sob *stress*, a grande maioria das pessoas tem dificuldade em manter um equilíbrio saudável entre a vida laboral e privada. Ao mesmo tempo podem iniciar ou agravar padrões aditivos com tabaco, álcool ou drogas ilícitas. O *stress* pode também afetar o sistema imunitário, alterando, por exemplo, a resposta a infeções e agressões externas. A Organização Mundial de Saúde (WHO 2004, 2008) sistematiza estes efeitos potenciais para o indivíduo da seguinte forma:

- Aumento de irritabilidade e sensação de “inquietação”;
- Dificuldades cognitivas, de concentração, de raciocínio lógico, dificuldades nos processos de tomada de decisão, no relaxamento e retorno a um ritmo mais compassado;
- Menor capacidade de disfrutar o trabalho, de o apreciar e menor comprometimento dos trabalhadores com o trabalho e a instituição;
- Aumento do cansaço físico e mental, sentimentos de tristeza, aumento da ansiedade;
- Maior probabilidade de ocorrência de síndrome de *Burnout*, Perturbações do sono, Episódios Depressivos Major, Perturbações de Ansiedade e doença mental em geral;
- Maior probabilidade de ocorrência de situações médicas como doença cardíaca, perturbações digestivas, hipertensão arterial, cefaleias, lesões músculo-esqueléticas (em especial no membro superior e região lombar);

Por outro lado, para a organização também existem repercussões destes efeitos na saúde dos trabalhadores, principalmente se atingirem membros-chave da organização ou um número elevado de colaboradores. Podem levar a diminuições de performance e mesmo diminuição da saúde em geral da população trabalhadora, o que pode pôr em causa a competitividade e mesma a própria sobrevivência da empresa, através do seguinte:

- Aumento do absentismo;
- Diminuição do comprometimento com o trabalho e com a organização;
- Aumento da rotatividade de pessoal, com necessidades acrescidas em termos de formação e sobrecarga do Departamento de Recursos Humanos;
- Perturbação da performance e da produtividade;
- Aumento dos acidentes de trabalho e adoção de métodos de trabalho progressivamente inseguros;
- Aumento das queixas de clientes e utentes;
- Aumento da litigância por parte dos trabalhadores;
- Impacto negativo na imagem, quer ao nível externo, quer a nível interno.

A redução do *stress* relacionado com o trabalho e dos riscos psicossociais constitui um imperativo não só moral como jurídico. É igualmente muito importante para as empresas. Em 2002, o custo económico do *stress* relacionado com o trabalho na UE-15 foi estimado em 20 000 milhões de euros (*European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, 2006).

Consultando as publicações das principais instituições internacionais de Saúde Ocupacional (*World Health Organization*, *National Institute for Occupational Safety and Health*, *European Agency for Safety and Health at Work*) para obtenção de uma visão alargada da bibliografia e consultadas algumas fontes referenciadas nessas obras podemos verificar que um inquérito recente a 13575 médicos nos EUA (*The Physicians Foundation*, 2012) mostrou que 68.2% tem sentimentos negativos ou muito negativos em relação à profissão, 77.4% se sente pessimista ou muito pessimista em relação ao futuro da sua profissão e 80.4% classificam a moral geral na profissão como negativa ou muito negativa. As principais razões apontadas para o declínio da profissão foram demasiada regulação/burocracia (79.2%), perda de autonomia clínica (64.5%), não compensação da qualidade médica (58.6%).

Outro estudo no mesmo país (Dyrbye *et al.*, 2013) em 7.288 médicos mostrou que 44.3% experienciaram um conflito entre responsabilidades laborais e familiares nas 3 semanas prévias ao estudo. A probabilidade destes conflitos também aumentou quando o parceiro também tinha uma carreira exigente (chamados “casais com dupla carreira”). Desses, uma maioria reportou ter resolvido a questão laboral em detrimento da parte familiar, quando inconciliáveis. O estudo mostrou também uma relação entre o aumento de horas trabalhadas e o potencial para conflitos desta natureza (para cada 10h de trabalho adicionais, em especial a partir das 56h por semana). Ao nível do desenvolvimento de doença mental, dos que reportaram conflitos “casa-trabalho” existiu uma probabilidade aumentada em 47.1% de desenvolvimento de sintomas de *burnout*. Mostraram também probabilidade aumentada de sintomatologia depressiva, grande diminuição da saúde mental e da qualidade de vida física e maior fadiga. A probabilidade de menor satisfação com o parceiro e de considerar mesmo separação ou divórcio mostrou-se aumentada. Estes resultados estiveram também associados com idade mais jovem, sexo feminino e trabalho em centros académicos.

Relativamente à aplicação do questionário COPSOQ em contexto hospitalar ou cuidados de saúde primários, Mache e colaboradores (2016) observaram que as relações entre as exigências do trabalho, o *stress* profissional, conflito trabalho-família, compromisso com o trabalho e satisfação com o trabalho em 564 médicos de várias especialidades e conclui que existe associação entre as várias variáveis estudadas e a satisfação no trabalho dos médicos.

Outro estudo (Heinke, 2011) foi realizado na Alemanha com vista a avaliar o risco de *burnout* em Anestesiologistas e os fatores que influenciam esse risco em 3541 médicos dessa especialidade. Foram avaliados vários momentos da carreira (internos, especialistas, seniores) e contextos profissionais (hospital público, privado, hospital universitário), sendo o risco calculado com o subgrupo de *burnout* do COPSOQ. Verificou-se que 40.1% se encontravam em risco elevado de *burnout*. Encontraram-se diferenças entre os sexos (masculino 37.2%, feminino 46%), qualificações (especialista sénior 38%, especialista 41.5%, interno 46.7%) e trabalhar num hospital comparativamente a uma clínica generalista (43% e 38.1% respetivamente). O tipo de hospital não influenciou o score de *burnout*. Dos vários subgrupos analisados o maior score foi obtido para as médicas internas (49.1%). Apesar destes resultados, como um grupo os Anestesiologistas não parecem ter um risco acrescido comparados com uma amostra da população em geral (44%) ou uma amostra de médicos

hospitalares (49%). O subgrupo de médicas internas pareceu ter um acréscimo de risco estatisticamente significativo, segundo os autores merecendo eventual suporte social.

Outro estudo na Alemanha (Fuss 2008), analisou inquéritos de 296 médicos hospitalares (taxa de resposta de 38.9%) utilizando o COPSOQ e a escala *Work Interfering with Family conflict scale* (WIF) para avaliação da dimensão trabalho-que-interfere-com-a-família da categoria de riscos “conflito trabalho-família”. Verificou-se que os médicos reportaram níveis elevados dessa dimensão comparados com a população em geral, sendo preditores a menor idade, elevadas exigências quantitativas de trabalho, número elevado de dias a trabalhar apesar de doença e alterações à última da hora na escala de urgência, sendo fator protetor um sentido de comunidade no trabalho. Estes níveis elevados foram correlacionados com taxas mais elevadas de *burnout*, sintomas de *stress* cognitivo e comportamental, e vontade de abandonar o trabalho. Em contraste, níveis mais baixos de trabalho-que-interfere-com-a-família foram preditores de maior satisfação laboral, melhor julgamento da própria saúde em geral, melhor capacidade de trabalho e maior satisfação com a vida em geral. Comparados com a população em geral, estes médicos mostraram níveis de *stress* individual mais elevados e níveis mais baixos de bem-estar.

Ainda na Alemanha, um estudo (Mache et al., 2015) utilizou uma dimensão do COPSOQ em conjunção com uma bateria de outros testes para encontrar relações significativas entre pontos positivos de médicos alemães (resiliência, otimismo) e comprometimento com o trabalho como dimensão.

Outro estudo (Andreassen 2013) na Dinamarca, avaliou as respostas de 220 médicos oncologistas (taxa de resposta de 67%) a trabalhar em seis centros de Oncologia e sete centros de Oncologia da comunidade à versão curta do COPSOQ II e compararam com uma amostra da população dinamarquesa. Os autores reportam piores condições de trabalho nas dimensões exigências quantitativas, ritmo de trabalho, exigência emocional, influência, *burnout* e *stress*. Melhores condições de trabalho foram reportadas nas dimensões possibilidades de desenvolvimento, significado do trabalho e comprometimento com o trabalho.

Um estudo lituano em 404 enfermeiros (Freimann & Merisalu, 2015) observou relações entre as exigências quantitativas, emocionais, ritmo e conflitos no trabalho e as medidas de efeito ao nível da saúde mental, medidas pelo COPSOQ, especialmente as dimensões *stress* e *burnout*.

Por último, um estudo espanhol (García-Rodríguez *et al.*, 2015), avaliou 738 trabalhadores de cinco hospitais (médicos e pessoal de enfermagem) para concluir que os médicos que trabalham em cuidados de saúde primários apresentam um pior ambiente psicossocial que os colegas em ambiente hospitalar. Refere também piores resultados da amostra comparativamente com a população de referência ao nível das exigências cognitivas, emocionais, possibilidades de desenvolvimento e significado do trabalho. Para além disso, todos mostraram níveis elevados na dimensão “*stress*”, sendo maior preditor ter menos idade, ter conflitos laborais, elevadas exigências emocionais e insegurança laboral. Este foi o único estudo a apresentar comparação entre cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários.

Pode assim ser constatado que a literatura específica relativamente à avaliação de riscos psicossociais com o questionário COPSQ II em contexto hospitalar é escassa, e ainda mais rara a avaliação sistemática de todos os trabalhadores, para além da comparação entre trabalhadores de cuidados hospitalares e de cuidados de saúde primários, o que vem ainda mais reforçar a pertinência deste trabalho.

Em 2019 a *International COPSQ Network* lançou a 3.^a edição do questionário COPSQ, tendo por base (1) a evolução e tendências sociais do trabalho e das condições de trabalho, nomeadamente relativamente ao aumento da globalização e da informatização; (2) a própria evolução dos conceitos científicos, incluindo assim avanços teóricos ligados ao *stress* no local de trabalho; (3) a experiência com a utilização da versão prévia do COPSQ, que sinalizou a necessidade de inclusão de itens, ou reformulação de termos, para melhorar as adaptações a diferentes contextos nacionais, culturais e profissionais (Berthelsen *et al.*, 2020; Burr *et al.*, 2019). Este instrumento encontra-se em processo de validação para a população portuguesa, nas mãos do grupo de trabalho *Portuguese Observatory of Psychosocial Factors* (Popsy@work).

Intervenções Psicossociais: Orientações e o Caso do ProGeRPSi

Existem vários exemplos a nível internacional e nacional, em vários domínios e ramos de atividade (vide “Guia Para Empresas: como promover o bem-estar e saúde mental dos trabalhadores?”, por Morgado *et al.* (n.d.); Programa “*Be Better – Gestão de Riscos Psicossociais*” pela empresa Águas do Norte, S.A.).

Idealmente devem ser seguidas práticas com base na evidência científica, geralmente plasmadas em algum consenso ou *guidelines*. Podemos citar as da

National Mental Health Commission and the Mentally Healthy Workplace Alliance da Australia (Developing a mentally healthy workplace: A review of the literature, A report for the National Mental Health Commission and the Mentally Healthy Workplace Alliance, de novembro de 2014) que, de forma genérica, dividem as suas recomendações em seis áreas:

1. Intervenções com vista a reduzir fatores de risco conhecido e aumentar os fatores protetores.
2. Promover a resiliência promovendo fatores protetores ao nível organizacional e de equipas.
3. Aumentar a resiliência individual dos trabalhadores.
4. Promover e facilitar o pedido de ajuda precoce.
5. Promover a recuperação dos trabalhadores com doença mental.
6. Aumentar a conscientização sobre a doença mental e diminuição do estigma da mesma.

A título de exemplo, podemos descrever uma iniciativa muito abrangente, existente na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, iniciado e mantido pelos autores, chamado ProGeRPsi (Programa de Gestão Integrada de Riscos Psicossociais nos Profissionais), reunindo profissionais com formações variadas como enfermeiros, técnicos de higiene e segurança, médicos, psicólogos e fisioterapeutas, com iniciativas nos domínios da prevenção primária, secundária e terciária. Ou seja, por um lado procurou-se tentar melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores que não apresentam doença mental, enquanto se identificam os que estão em risco de a desenvolver, procurando reduzir esse risco. Simultaneamente, procurou-se oferecer tratamento atempado aos que estão doentes e minorar a carga e incapacidade dessa doença.

Neste contexto, a consulta de Psiquiatria do Trabalho da ULSBA surgiu, em primeiro lugar, da necessidade de dar uma resposta dirigida às necessidades em saúde mental dos profissionais desta instituição. Trata-se de uma resposta que falta atualmente na generalidade das unidades hospitalares do nosso país mesmo sabendo-se que os profissionais de saúde são dos grupos mais expostos aos chamados fatores de risco psicossociais, dos quais os fenómenos de *burnout* são dos mais discutidos. Constitui uma consulta que contribui para a diminuição do estigma da doença mental ao ser realizada no serviço de Saúde Ocupacional e não no serviço de Psiquiatria, e utiliza um sistema de registos clínicos confidencial, aos quais os técnicos de saúde, que neste caso muitas vezes são os colegas dos doentes, não podem aceder.

Reconhecendo a dianteira que o serviço de Psiquiatria da ULSBA tem tomado nesta área, a Direção Geral de Saúde (DGS) assinou connosco um protocolo de colaboração com vista ao desenvolvimento de atividades nesta área.

O ProGeRPsi, na sua missão de ajudar todos os profissionais da instituição e não apenas os que já estão doentes, engloba assim as seguintes vertentes, características essenciais do programa:

- Aprovação pelo Conselho de Administração da instituição, de preferência com elemento de ligação neste órgão
- Alocação de tempo de trabalho específico no horário de trabalho dos técnicos afetos ao programa, sob orientação programática da coordenação do programa nesses períodos, mantendo as dependências funcionais prévias
- Coordenação por psiquiatra, dependente do Serviço de Psiquiatria da instituição
- Colaboração com o Serviço de Saúde Ocupacional (consulta inicial de enfermagem por enfermeiras de saúde ocupacional, conhecimento dos locais de trabalho e avaliação do risco por técnico de segurança no trabalho, consultoria psiquiátrica e de saúde mental aos profissionais do serviço)
- Colaboração com o Serviço ou gabinete de Formação profissional interno para implementação e contabilização da formação aos trabalhadores
- Colaboração com instituições internacionais, de ensino superior, investigação científica e orientação de estágios profissionais em áreas conexas
- Colaboração entre programas ProGeRPsi noutras instituições, privilegiando o funcionamento em rede no SNS
- Colaboração com instituições públicas e a sociedade civil para promoção da saúde mental nos locais de trabalho
- Intervenção primária, secundária e terciária
- Promoção da saúde e bem-estar dos trabalhadores, melhoria das práticas organizacionais e da qualidade dos cuidados de saúde prestados (*Healthy healthcare*)

Quanto aos seus principais ramos de ação, encontram-se os que se seguem:

- **Intervenção primária** dirigida às condições “ergonómicas” e à identificação precoce de situações de risco:

- Prevenção universal: formação profissional, grupo de promoção da saúde mental e sessões de divulgação
- Prevenção seletiva: intervenções dirigidas aos serviços
- Prevenção indicada: disponibilização de app individual para “autodiagnóstico” com agendamento de avaliação por profissional (futuro)

- Intervenção secundária:

- Consultas realizadas em instalações externas à instituição ou no serviço de saúde ocupacional
- Não utilização de sistema de registos acessível por outros profissionais de saúde da instituição
- Consultas de intervenção breve; psiquiatria do trabalho; psicoterapia
- Facilidade de acesso: avaliação no próprio dia pela enfermagem de Saúde ocupacional; estratificação do risco; encaminhamento para tratamento no prazo de 1-2 semanas

- Intervenção terciária:

- Reabilitação no local de trabalho, durante o horário laboral, em contexto de grupo
- *Folllow-up*
- Melhoria da resiliência individual

Riscos Psicossociais e a Pandemia COVID-19

Durante a pandemia COVID-19, a organização e as condições de trabalho sofreram uma mudança abrupta que gerou novos desafios para a saúde e bem-estar dos trabalhadores. Se por um lado alguns desafios e riscos associados à pandemia surgiram de novo, é certo que muitos outros assentaram em vulnerabilidades prévias. Os trabalhadores da linha da frente, de serviços essenciais, ou das forças de segurança, muitos já em situações depauperantes, enfrentaram uma superveniente elevação de *stress* no trabalho. O aumento do volume de trabalho, da carga horária e a redução dos períodos de descanso constituíram uma preocupação permanente para a maioria dos trabalhadores ao longo da pandemia, mas sobretudo nas suas fases iniciais e de crise (como durante os confinamentos obrigatórios). A estas preocupações acresceu o risco de contrair a infeção no local de trabalho e de a transmitir a familiares, amigos, colegas e/ou pessoas na comunidade – situação esta que, não raras vezes, se acompanhou de culpabilidade por alguma eventual falha no cumprimento das medidas sanitárias.

As pessoas que trabalharam a partir de casa foram também expostas a riscos psicossociais como isolamento, perda de separação trabalho-vida familiar (particularmente com o encerramento das escolas e creches), aumento da conflituosidade doméstica, entre outros. Adicionalmente, as perdas de rendimentos, o medo de perder o emprego, os *lay-offs* e os despedimentos levaram a que muitos trabalhadores temessem pelo seu futuro, com impacto na sua saúde mental e dos seus.

Riscos Psicossociais em Profissionais de Saúde durante a Pandemia COVID-19

Os profissionais de saúde, em particular, embora não tendo passado por insegurança laboral, enfrentaram alguns riscos psicossociais semelhantes aos demais trabalhadores (como a sobrecarga de trabalho, medo de contrair a infeção e transmitir a infeção a familiares e amigos, etc.), a par de outros que lhes foram mais específicos, como a falta de material de proteção, algum estigma e discriminação social (sobretudo no início da pandemia), assim como maiores exigências emocionais por lidarem com a morte e sofrimento de doentes.

Um estudo por Costa e colaboradores teve como objetivo investigar o impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde em Portugal ao longo de um período de dois anos. O estudo foi realizado através de um inquérito *online*, que foi preenchido por 1.225 profissionais de saúde, e incluiu perguntas sobre demografia, fatores relacionados ao trabalho e métricas ligadas à saúde mental, como ansiedade, depressão e esgotamento. Os resultados mostraram que os profissionais de saúde experienciaram um aumento significativo nos sintomas de ansiedade e depressão durante a pandemia COVID-19, comparativamente aos níveis pré-pandemia. O *burnout* também aumentou, particularmente entre enfermeiros e médicos. No entanto, não houve diferenças significativas nos resultados de saúde mental entre o primeiro e o segundo ano da pandemia. O estudo verificou também níveis mais elevados de ansiedade, depressão e *burnout* entre profissionais de saúde do sexo feminino, com doenças crónicas e/ou que trabalhassem em unidades COVID-19. Os autores sugeriram que as organizações de saúde devem priorizar a saúde mental de seus trabalhadores, particularmente em tempos de crise, fornecendo apoio à saúde mental, promovendo o equilíbrio entre vida pessoal e profissional e implementando medidas preventivas para reduzir o *burnout* (Costa *et al.*, 2023).

Já outro estudo, por Barros e colaboradores procurou aferir o impacto dos riscos psicossociais na saúde mental dos profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19. O estudo foi realizado através de um inquérito online, que contou com a participação de 205 profissionais de saúde em Portugal, incluindo perguntas sobre demografia, fatores relacionados com o trabalho, riscos psicossociais e escalas psicométricas de ansiedade e depressão. Os resultados mostraram que os riscos psicossociais, como exigências de trabalho, baixo apoio social e baixa definição de papéis associaram-se a níveis mais elevados de ansiedade e depressão entre os profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19. Além disso, o estudo concluiu que o grau de controlo dos trabalhadores sobre o seu trabalho revelou-se um fator protetor para a saúde mental. Os autores concluem sugerindo que as organizações de saúde devem implementar medidas para reduzir os riscos psicossociais e promover um maior controlo sobre o próprio trabalho entre os profissionais de saúde, por modo a proteger a sua saúde mental (Barros *et al.*, 2022).

Especificamente sobre o *burnout*, o estudo por Duarte e colaboradores procurou investigar a prevalência deste fenómeno ocupacional entre os profissionais de saúde em Portugal durante a pandemia de COVID-19. O estudo foi realizado através de um inquérito online, que foi preenchido por 1.851 profissionais de saúde, incluindo perguntas sociodemográficas, fatores relacionados com o trabalho e a escala de *burnout* Maslach *Burnout Inventory* (MBI). Os resultados mostraram que a prevalência de *burnout* entre os profissionais de saúde em Portugal durante a pandemia de COVID-19 foi de 56,3%, sendo que os níveis mais altos de *burnout* foram relatados por enfermeiros e médicos, e aqueles que trabalham em unidades COVID-19. O estudo também constatou que certos fatores relacionados com o trabalho, como longas jornadas de trabalho, falta de equipamentos de proteção individual e medo de infeção, foram associados a níveis mais altos de *burnout* entre os profissionais de saúde, durante a pandemia. Os autores terminam assim sugerindo que as organizações de saúde desenvolvam e implementem medidas para prevenir fenómenos de *burnout* entre profissionais de saúde em tempos de crise, tais como fornecer equipamentos de proteção individual de forma adequada, garantir níveis adequados de recursos humanos e fornecer apoio à saúde mental (Duarte *et al.*, 2020).

Quanto à unidade local de saúde onde o ProGeRPsi se desenvolve, um estudo realizado em parceria com os autores deste capítulo, em fevereiro de 2021, aferiu os riscos psicossociais em profissionais de saúde colocados em serviços com prestação de cuidados a doentes com potencial ou confirmada

infecção SARS-CoV-2. Para tal, uma amostra de 235 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) responderam a dez questões sociodemográficas e a versão média euro-portuguesa do questionário COPSOQ II. Os resultados foram processados com análise estatística descritiva quantitativa, produzindo uma categorização de risco em semáforo (verde: sem risco; amarelo: risco intermédio; vermelho: risco para a saúde). No geral, as exigências cognitivas, as exigências emocionais e a influência no trabalho apresentaram os maiores níveis de risco transversalmente às categorias profissionais, ao passo que 19 dos 29 domínios apresentaram risco intermédio. O domínio *burnout* mostrou-se maior entre enfermeiros e assistentes operacionais destacados para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Os médicos apresentaram níveis mais elevados de risco na UCI, serviço de urgência geral e enfermarias destinadas a doentes com COVID. Os autores concluem assim que é necessária uma avaliação dos fatores de risco psicossocial nas unidades de saúde por modo a promover políticas de redução dos riscos e reformas no local de trabalho. Os serviços de saúde ocupacionais devem ser acessíveis e integrar estratégias terapêuticas e de reabilitação para melhorar o nível dos riscos para a saúde em locais de trabalho insalubres.

Conclusão

Os riscos psicossociais constituem fenómenos ocupacionais que não sendo novos, são felizmente cada vez mais estudados e objetos de intervenção. Apesar da sua instalação perversa e adversa, cada vez mais instituições e entidades patronais, ao encalce da evidência empírica, desenvolvem estratégias para prevenção e/ou tratamento dos seus trabalhadores com manifesta ou potencial psicopatologia, fruto ou não do trabalho. Assim, do mesmo modo que se procura zelar pelos trabalhadores sujeitos a riscos e doenças profissionais de ordem física (p. ex., exposição a radiação, doenças pulmonares ocupacionais, etc.), também cada vez mais se responsabilizam as entidades patronais e as próprias condições de trabalho pelo seu impacto na perda de saúde mental dos trabalhadores, com estabelecidos efeitos negativos também para o próprio empregador (p. ex., perda de produtividade, absentismo, presentismo, etc.).

A pandemia COVID-19 comportou múltiplos desafios de variada ordem à população trabalhadora. Contudo, “sem querer”, também trouxe para primeiro plano da consciência social, organizacional e individual a importância da saúde ocupacional e da saúde mental. Munidos do ímpeto que esta consciência permite, é sobre este amplo capital de aprendizagem que temos de atuar e concretizar um futuro onde os trabalhadores sofram menos de

vulnerabilidades impostas pelo trabalho e beneficiem de melhores condições de saúde no local de trabalho. Por outras palavras, que o trabalho constitua um agente promotor, e não prejudicial, à saúde das pessoas.

Assim, se há uma mensagem que não abdicamos de reiterar é que não há saúde sem saúde mental no trabalho.

Referências

- Andreassen, C. N., & Eriksen, J. G. (2013). The psychosocial work environment among physicians employed at Danish oncology departments in 2009. A nationwide cross-sectional study. *Acta Oncologica*, 52(1), 138–146. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2012.702926>
- Barros, C., Baylina, P., Fernandes, R., Ramalho, S., & Arezes, P. (2022). Healthcare Workers' Mental Health in Pandemic Times: The Predict Role of Psychosocial Risks. *Safety and health at work*, 13(4), 415–420. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2022.08.004>
- Berthelsen, H., Westerlund, H., Bergström, G., & Burr, H. (2020). Validation of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire Version III and Establishment of Benchmarks for Psychosocial Risk Management in Sweden. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3179. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093179>
- Burr, H., Berthelsen, H., Moncada, S., Nübling, M., Dupret, E., Demiral, Y., Oudyk, J., Kristensen, T. S., Llorens, C., & Navarro, A. (2019). The Third Version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Safety and Health at Work*, 10(4), 482–503. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2019.10.002>
- Caprile, M., Arasanz, J., & Sanz, P. (2021). Telework and health risks in the context of the COVID-19 pandemic: Evidence from the field and policy implications: report. Publications Office of the European Union.
- Costa, A., Caldas de Almeida, T., Fialho, M., Rasga, C., Martiniano, H., Santos, O., Virgolino, A., Vicente, A. M., & Heitor, M. J. (2023). Mental Health of Healthcare Professionals: Two Years of the COVID-19 Pandemic in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3131. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043131>
- Duarte, I., Teixeira, A., Castro, L., et al. (2020). Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, 20(1), 1885. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09980-z>
- Duffy, L. C., Zielezny, M. A., Marshall, J. R., et al. (1991). Relevance of major stress events as an indicator of disease activity prevalence in inflammatory bowel disease. *Behavioral Medicine*, 17(3), 101–110.

- Dyrbye, L. N., West, C. P., Satele, D., Boone, S., Tan, L., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2014). A survey of U.S. physicians and their partners regarding the impact of work-home conflict. *Journal of General Internal Medicine*, 29(1), 155-161. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2583-3>
- European Agency for Safety and Health at Work. (2000). Future occupational safety and health research needs and priorities in the member states of the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Agency for Safety and Health at Work. (2007). Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Commission. (2000). Guidance on work-related stress: Spice of life or kiss of death? Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2006). Fourth European working conditions survey. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Heart Network. (1998). Social factors, stress and cardiovascular disease prevention in the European Union. Expert Group on Psychosocial and Occupation Factors. Brussels: European Heart Network.
- Freimann, T., & Merisalu, E. (2015). Work-related psychosocial risk factors and mental health problems amongst nurses at a university hospital in Estonia: A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(5), 447-452. <https://doi.org/10.1177/1403494815576702>
- Fuss, I., Nübling, M., Hasselhorn, H. M., Schwappach, D. L., & Rieger, M. A. (2008). Working conditions and work-family conflict in German hospital physicians: Psychosocial and organizational predictors and consequences. *BMC Public Health*, 8, 353. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-353>
- García-Rodríguez, A., Gutiérrez-Bedmar, M., Bellón-Saameño, J. Á., Muñoz-Bravo, C., & Fernández-Crehuet Navajas, J. (2015). Psychosocial stress environment and health workers in public health: Differences between primary and hospital care. *Atención Primaria*, 47(6), 359-366. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.008>
- Gouveia, P., Lopes, D., Henriques, A., Moura, P., & Pires, A. (2022). Psychosocial risks among the healthcare workforce working in COVID services: Findings from a cross-sectional study on psychosocial risks. *European Psychiatry*, 65(S1), S253-S254. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.653>

- Heinke, W., Dunkel, P., Brähler, E., Nübling, M., Riedel-Heller, S. G., & Kaisers, U. X. (2011). Burnout in anesthesiology and intensive care: Is there a problem in Germany? *Der Anaesthesist*, 60(12), 1109-1118. <https://doi.org/10.1007/s00101-011-1947-3>
- Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimäki, H., Vathera, J., & Kirjonen, J. (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: Prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal*, 325(7369), 1-5. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7369.857>
- Kristensen, T. S. (1996). Job stress and cardiovascular disease: A theoretic critical review. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(3), 246-260. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.3.246>
- Leka, S., Cox, T., & World Health Organization. (2008). PRIMA-EF guidance on the European framework for psychosocial risk management- a resource for employers and worker representatives (Protecting workers' health series; no. 9). World Health Organization.
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2004). Work organization and stress: Systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives (Protecting workers' health series; no. 3). World Health Organization.
- Mache, S., Bernburg, M., Groneberg, D. A., Klapp, B. F., & Danzer, G. (2016). Work-family conflict in its relations to perceived working situation and work engagement. *Journal of Occupational Health*, 53(4), 859-869. <https://doi.org/10.1539/joh.16-0123-OA>
- Mache, S., Vitzthum, K., Klapp, B., & Groneberg, D. (2015). Evaluation of a multicomponent psychosocial skill training program for junior physicians in their first year at work: A pilot study. *Family Medicine*, 47, 693-698.
- Magnavita, N., & Heponiemi, T. (2012). Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: A repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12(1), 108. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-108>
- Morgado, P., Coelho, P., & Costa, A. (s./d.). Guia Para Empresas: Como promover o bem-estar e saúde mental dos trabalhadores? Fundação José Neves.
- National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH). (2002). The changing organization of work and the safety and health of working people. Cincinnati, OH.
- Programa Be Better da Águas do Norte apresentado no Seminário sobre Saúde Mental e Bem-estar no Trabalho. (s./d.). AdNorte. Obtido 9 de maio de 2023, de <http://www.adnorte.pt/index.php?id=69&idn=474>

- Schmitt, N., Fuchs, A., & Kirch, W. (2008). Mental health disorders and work-life balance. In A. Linos & W. Kirch (Eds.), *Promoting health for working women* (pp. 69-83). Springer.
- Silva, C., Queirós, C., Pascoal, A., & Sousa, B. (2013). *Copenhagen Psychosocial questionnaire – COPSOQ – Versão Portuguesa*. Universidade de Aveiro, Fundação para a Ciência e Tecnologia, Análise Exacta – Consultadoria, Formação e Edição de livros.
- Stansfeld, S. A., Furher, R., Shipley, M. J., & Marmot, M. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder: Prospective results from the Whitehall II study. *Occupational and Environmental Medicine*, 56, 302-307. <https://doi.org/10.1136>
- The Physicians Foundation. (2012). *A survey of America's Physicians: Practice patterns and perspectives*.

Perspetivas psicológicas sobre a recuperação do trabalho

¹Alexandra R. Costa & ²Isabel Torres

¹CIETI; ISEP, Instituto Politécnico do Porto

²Universidade Lusíada do Porto

Resumo

Face à complexidade e diversidade das exigências que hoje o trabalho coloca, é imperativo identificar o processo de recuperação de recursos, de forma a neutralizar os fatores stressores e restabelecer os níveis de relaxamento e equilíbrio psicofisiológico, determinantes para a saúde e bem-estar. Neste capítulo definiremos o conceito de recuperação de recursos, exploraremos as condições em que se realiza e as suas consequências. Demonstraremos também que, quanto maior for o nível de exigências com que os trabalhadores têm de lidar maiores serão as suas necessidades de recuperação, mas também serão maiores as dificuldades de recuperar, dando assim origem ao chamado paradoxo da recuperação.

Introdução

Durante o século XX fomos testemunhas de múltiplas alterações na vida das pessoas com consequências no que se refere à conciliação entre a vida no trabalho e a vida fora do trabalho.

Nas organizações introduziram-se inúmeras alterações na natureza da organização do trabalho; na estrutura familiar, a participação das mulheres no mundo do trabalho intensificou-se; e no plano tecnológico profundas transformações tiveram lugar com múltiplas consequências como a diminuição das fronteiras entre o trabalho e a vida pessoal (van Hooff et al., 2005). Estas alterações intensificaram-se no início do século XXI muito em consequência da pandemia do Covid 19. A necessidade de colocar um elevado volume de trabalhadores a desempenhar as suas tarefas laborais a partir de casa muito contribuiu para esta intensificação. Deste modo, a casa tornou-se simultaneamente espaço da família, do trabalho, de estudo e de lazer. A esfera privada foi assim invadida pelo trabalho, debilitando as fronteiras entre as mesmas e fazendo com que os diferentes domínios da vida do trabalhador interfiram um no outro (Putri & Amran, 2021).

De salientar, no entanto que, esta interferência mútua dos domínios da vida do trabalhador não se faz sentir com a mesma intensidade nos dois sentidos. De facto, a investigação tem demonstrado de forma consistente que as exigências

do trabalho interferem mais facilmente na vida privada do que a vida privada interfere no trabalho (Geurts et al., 2005)

A revisão da literatura revela a existência de três tipos essenciais de interferências do trabalho na vida privada: 1) interferência temporal surgindo quando o tempo dedicado a obrigações profissionais entra no domínio da vida privada do trabalhador; 2) interferência baseada na pressão do trabalho quando a pressão sentida no trabalho é transferida para o domínio pessoal; e, por fim, 3) interferência comportamental que ocorre quando um determinado comportamento que é aceite no trabalho se transfere para casa onde deverá ser inaceitável (van Hooff et al., 2005).

As interferências referidas anteriormente reforçam uma problemática já antiga: se o trabalhador põe em causa as obrigações que fazem parte da sua vida privada, que espaço terá para o seu tempo de descanso? E, por outro lado, que importância tem esse tempo de descanso nomeadamente na sua saúde e bem-estar?

O significado e as experiências de trabalho e descanso têm sofrido algumas alterações ao longo do tempo. Nos anos 70 do século passado previa-se um aumento significativo do tempo dedicado ao descanso como consequência dos desenvolvimentos tecnológicos que se avizinhavam. Depois de algumas décadas de tais previsões podemos constatar que estas não se concretizaram. De facto, se algo aconteceu foi que o trabalho reduziu o tempo dedicado ao descanso (Haworth & Lewis, 2005). No entanto, a investigação tem demonstrado que o tempo extraprofissional tem um papel importante na saúde, no bem-estar e no desempenho do indivíduo (Costa, 2011; Sonnentag et al., 2008; Sonnentag, 2018). De facto, é durante estes períodos de tempo livre que, mediante o afastamento das exigências laborais, se criam as condições necessárias para que ocorra o processo de recuperação de recursos (Costa, 2011; Geurts & Sonnentag, 2006; Meijman & Mulder, 2013).

Processo de Recuperação de Recursos

A recuperação de recursos é definida como o processo de relaxamento e restauração psicofisiológico que neutraliza a tensão desencadeada pelas exigências do trabalho e por outros stressores, conduzindo o indivíduo a níveis pré-stressores (Geurts & Sonnentag, 2006; Sonnentag et al., 2021; Sonnentag & Geurts, 2009). Em circunstâncias ideais, a recuperação ocorre após uma breve pausa no trabalho. No entanto, em certas circunstâncias, o processo de recuperação pode ser incompleto e os sistemas psicofisiológicos permanecem ativados antes de terem a possibilidade de retornar e se estabilizar em níveis

basais (Geurts & Sonnentag, 2006). Como consequência desta deficitária recuperação, pode dar-se início a um processo acumulativo que, com o tempo, resulta em problemas crónicos de saúde, como fadiga prolongada, tensão crónica, problemas de sono persistentes ou doenças variadas (Geurts & Sonnentag, 2006).

Para melhor compreensão do fenómeno da recuperação é importante distingui-la enquanto processo e enquanto resultado (outcome): sendo que a recuperação como processo se refere às atividades e experiências de tempos livres que provocam mudanças nos níveis de tensão; por seu lado, enquanto resultado diz respeito ao estado psicofisiológico alcançado por uma pessoa após um período de recuperação (Sonnentag et al., 2017).

No estudo do processo de recuperação há a considerar dois modelos teóricos explicativos: o modelo de esforço-recuperação de Meijman e Mulder e a teoria de conservação de recursos de Hobfoll (Costa, 2011).

No modelo de esforço-recuperação, Meijman e Mulder argumentam que o esforço dispendido no trabalho leva a uma sobrecarga de reações tais como fadiga ou ativação fisiológica. Só quando o indivíduo se afasta destas exigências profissionais, nomeadamente nos períodos de lazer, é que estão reunidas as condições para que ocorra o processo de recuperação. A recuperação é, portanto, um processo com características opostas ao stress, uma vez que inverte as consequências negativas das exigências profissionais e permite ao indivíduo voltar aos níveis basais de funcionamento (Meijman & Mulder, 2013; Sonnentag, 2018a). Por outro lado, na sua teoria de conservação de recursos, Hobfoll defende que os indivíduos se esforçam para proteger e preservar os seus recursos. Estes recursos podem ser externos, tais como recursos financeiros ou internos, característicos pessoais ou energias que são de vital importância para o indivíduo. Quando o sujeito está sob uma ameaça de faltas de recursos pode mostrar sintomas de stress. Para recuperar destas situações precisa ganhar novos recursos ou recuperar aqueles que perdeu ou foram ameaçados (Hobfoll & Shirom, 2000).

Alguns autores referem que nas sociedades modernas a falta de recuperação poderá ter um impacto no bem-estar e na saúde dos indivíduos superior àqueles a que estes estão sujeitos durante a sua vida profissional (Sonnentag & Fritz, 2007). Acresce ainda que, quando a recuperação é insuficiente, os indivíduos tendem a fazer um esforço adicional para realizarem tarefas ditas normais, o que provoca um aumento de tensão que, a longo prazo,

poderá conduzir à deterioração da sua saúde física e psicológica (Costa, 2011; Meijman & Mulder, 2013).

Evolução do Estudo da Recuperação de Recursos

O estudo do processo de recuperação de recursos é fortemente influenciado pelos trabalhos de Sabinne Sonnentag (Sonnentag et al., 2017) iniciados no início do século XXI. Nos seus estudos começou por mostrar que, passar tempo em atividades físicas, sociais e de baixo esforço ao longo do dia provoca um aumento do bem-estar nos indivíduos antes da hora de dormir. Por outro lado, ocupar o tempo livre com atividades relacionadas com o trabalho foi associado a uma diminuição do bem-estar na hora de ir para a cama (Sonnentag, 2001).

A mesma autora demonstrou em 2003 que estar recuperado pela manhã é um forte preditor do envolvimento no trabalho e de um comportamento proactivo ao longo do dia laboral. Desta forma, demonstra-se que, não só a recuperação é importante para o bem-estar do indivíduo, mas também para a forma como este se envolve na sua atividade profissional (Sonnentag, 2003).

Numa primeira fase a investigação neste domínio, a autora centrou-se essencialmente nas atividades que promoviam a recuperação de recursos, dando pouca importância aos processos psicológicos que lhe estavam subjacentes. Só em 2007 Sonnentag e Fritz avançaram o estudo neste sentido referindo que mais do que estudar as atividades que promovem a recuperação, seria importante avaliar as experiências psicológicas relacionadas com estas atividades e que são relevantes para o processo de recuperação (Sonnentag & Fritz, 2007).

Os mecanismos que conduzem à recuperação de recursos foram designadas por Sonnentag e Fritz (2007) como experiências de recuperação. As referidas autoras adiantam que provavelmente não será a atividade de tempos livres em si que desperta o processo de recuperação, mas sim as experiências que lhe estão subjacentes. Nesta investigação, as autoras identificaram 4 tipos de experiências diferentes: 1) o relaxamento, referindo-se à experiência de baixa ativação do sistema simpático; 2) o distanciamento psicológico em relação ao trabalho, referindo-se à capacidade de "desligar" e esquecer o trabalho fora do horário laboral; 3) as experiências de aprendizagem realizadas que emergem de situações desafiadoras e que resultam em algum tipo de sucesso ou conquista, por exemplo, ao aprender um novo idioma e, por fim 4) o controlo dos tempos livres, referindo-se à experiência de decidir por si mesmo

sobre o que fazer durante os tempos livres e como fazê-lo (Sonnentag & Fritz, 2007). Essas quatro experiências estão positivamente relacionadas, mas podem ser conceptualmente diferenciadas.

O trabalho desenvolvido por estas autoras, em 2007 foi determinante para a evolução do estudo da recuperação de recursos, nomeadamente pela circunstância de terem desenvolvido um instrumento de avaliação dessas experiências de recuperação que designaram como Questionário de Experiências de Recuperação de recursos (Costa, 2011; Sonnentag & Fritz, 2007).

Na verdade, neste trabalho, com a apresentação do conceito de experiências de recuperação, ficou disponível uma explicação de natureza “psicológica” para os processos de recuperação, e, por outro lado, o desenvolvimento do Questionário de Experiência de Recuperação facilitou o estudo da recuperação em populações de características bastante diferentes (Sonnentag et al., 2017). Muitos foram os estudos realizados a partir daqui por estas e outros investigadores.

Consequências da Recuperação de Recursos

Como já anteriormente foi referido, no estudo do processo de recuperação os investigadores seguiram dois caminhos: por um lado estudaram as atividades de tempos livres e, por outro, as experiências psicológicas subjacentes à recuperação.

No que se refere às atividades de tempos livres, podemos distinguir dois grandes tipos de atividades: 1) atividades relacionadas com os deveres, como atividades relacionadas ao trabalho (por exemplo, terminar tarefas de trabalho, preparar-se para o dia seguinte) e atividades relacionadas com trabalhos domésticos ou cuidados com os filhos; 2) o segundo tipo de atividades inclui aquelas atividades que contribuem para a reposição dos recursos esgotados; ou seja, atividades com potencial de recuperação, como atividades de baixo esforço (por exemplo, assistir TV, ler um romance), atividades sociais (por exemplo, encontrar amigos) e o exercício físicos (Costa, 2011).

Em relação ao primeiro tipo de atividades, a investigação tem evidenciado que a quantidade de tempo gasto em atividades relacionadas com o trabalho está relacionada com a uma diminuição do bem-estar ao longo da noite e com baixos níveis de felicidade e vigor na hora de dormir, bem como com baixos níveis de vigor na manhã seguinte, aumento da exaustão e baixos níveis de recuperação pela manhã. Por outro lado, as atividades relacionadas com

atividades domésticas e de tratamento dos filhos parece não estar relacionada com indicadores de bem-estar na maior parte dos estudos (Sonnentag et al., 2017).

Já no que diz respeito ao segundo tipo de atividades, a investigação não é unânime no que se refere ao papel das atividades de baixo esforço (p. ex: ver televisão). Na verdade, alguns estudos revelam uma relação positiva entre este tipo de atividades de baixo esforço e o bem-estar dos indivíduos enquanto que outros estudos não evidenciam essa relação (Sonnentag et al., 2017).

Quando se trata de atividades de lazer mais ativas, como por exemplo as atividades físicas ou sociais, a maioria dos estudos constatou que as atividades sociais, como o convívio com amigos, estão associadas a um aumento do bem-estar e do vigor ao longo da noite, e reduzida necessidade de recuperação à hora de dormir. Essas atividades estão também associadas a um alto nível de vigor e baixo nível de exaustão na manhã seguinte. Idênticos resultados foram encontrados quando se estuda o impacto do tempo gasto em atividades sociais durante o fim-de-semana (Sonnentag et al., 2017). A investigação tem também demonstrado uma influência positiva do exercício físico realizado durante o dia nomeadamente aumentando o nível de vigor, de bem-estar, de afeto positivo sentidos na hora de dormir e, por outro lado, a existência de uma relação negativa com a fadiga. Encontram-se ainda alguns estudos que demonstram a existência de uma relação positiva entre a atividades de lazer ativas e algumas dimensões do desempenho organizacional como por exemplo a criatividade, o envolvimento no trabalho, o OCB entre outras. (Costa, 2011, Sonnentag et al., 2017).

Já no que se refere à linha de investigação que estuda o impacto das experiências de recuperação, podemos concluir que os estudos empíricos mostraram que os indivíduos que, de uma forma geral, pontuam mais alto nestas experiências de recuperação desfrutam de uma melhor sensação de bem-estar. Mais especificamente, os trabalhadores que se afastam psicologicamente do trabalho fora do horário profissional relatam níveis mais baixos de desgaste psicológico e de queixas físicas, assim como um nível mais baixo de exaustão e uma menor necessidade de recuperação. Estes trabalhadores experimentam ainda níveis mais altos de vigor no trabalho, níveis mais baixos de conflito trabalho-família e níveis mais altos de satisfação com a vida (Sonnentag et al., 2017, 2021).

De uma forma geral, as evidências são similares para as quatro experiências de recuperação. Os resultados mais consistentes surgem, no entanto, para as

experiências de relaxamento e, particularmente, para o distanciamento psicológico - as duas experiências que se concentram no relaxamento fisiológico e mental e no distanciamento do trabalho. (Sonnentag, 2018b; Sonnentag et al., 2017).

Paradoxo da Recuperação

Como tem vindo a ser defendido anteriormente, algumas experiências de recuperação tais como o relaxamento e o distanciamento psicológico, bem como certas atividades de tempos livres tais como o exercício físico e o convívio com amigos, interferem positivamente no bem-estar e na saúde dos indivíduos (Costa, 2011; Gaudiino & di Stefano, 2021; Sonnentag, 2018b; Sonnentag et al., 2021). Sendo assim podemos concluir que o processo de recuperação tem uma importância vital para os indivíduos. O envolvimento em atividades e experiências de recuperação deverá, desta forma, ser uma prioridade nomeadamente para aqueles trabalhadores cujas atividades profissionais se apresentam mais exigentes e desafiantes. Com isto pretende-se então referir que deverá haver também uma relação entre os stressores e as necessidades de recuperação. Estas necessidades de recuperação poderão ser definidas como o desejo subjetivamente experimentado de se recuperar do esforço despendido no trabalho e é habitualmente caracterizado por uma sensação de irritabilidade, de falta de energia ou mesmo de sensação de sobrecarga (Sonnentag, 2018b)

No entanto, se a exposição aos stressores deverá provocar um aumento desta necessidade de recuperação, estudos empíricos demonstram-nos que não existe uma associação positiva entre elevada exposição a stressores e elevados níveis de recuperação no trabalho. Pelo contrário, trabalhadores com mais necessidades de recuperação tendem a distanciar-se menos dos seus trabalhos durante os seus tempos livres, a envolverem-se menos em atividades físicas e a terem uma qualidade do sono insuficiente. A esta situação caracterizada por elevada exposição a stressores, altas necessidades de recuperação e baixa propensão para recuperar Sabinne Sonnentag designou de paradoxo da recuperação (Sonnentag, 2018b).

A explicação para este paradoxo pode, segundo Sonnentag (2018b) ter origem em vários mecanismos. Um desses mecanismos pode ser designado por ativação negativa, referindo-se ao facto dos trabalhadores, quando estão sujeitos a elevadas pressões experienciarem um conjunto de estados afetivos negativos como a irritação, a ira e a tensão que prejudicam a recuperação de recursos nomeadamente por via de uma maior dificuldade de distanciamento

psicológico após o trabalho e até de dificuldades que provocam no sono; outro dos mecanismos explicativos do paradoxo da recuperação é o designado esgotamento dos recursos energéticos que resulta da sensação de fadiga e exaustão experienciadas aquando de um contacto persistente com os stressores no trabalho; Por outro lado, os avanços tecnológicos têm vindo a colocar à disposição das pessoas equipamentos que permitem que os indivíduos mantenham uma ligação constante ao trabalho mesmo quando estão a usufruir do seu tempo livre ou a conviver com amigos. Esta constante conectividade impede que os trabalhadores se distanciem psicologicamente do trabalho, dificultando a recuperação de recursos; Por último, há ainda a considerar fatores individuais e organizacionais que influenciam quer os stressores quer a forma como os trabalhadores a eles reagem e ao próprio processo de recuperação (Sonnentag, 2018b).

Conclusão

A realidade dos trabalhadores tem sofrido alterações ao longo dos tempos. Mudanças na estrutura e organização do trabalho, na estrutura social e familiar e as profundas alterações tecnológicas a que temos assistido nas últimas décadas, colocam novos desafios aos trabalhadores e confrontam-nos com novas exigências. Ainda que as organizações devam redefinir políticas e repensar as exigências que colocam à sua força de trabalho, através de uma política de prevenção e de promoção da saúde (Torres et al., 2022), a recuperação de recursos afigura-se valiosa, revertendo os efeitos nefastos dos stressores e favorecendo a retoma dos níveis basais de funcionamento.

É durante os períodos de tempo livre, quando os indivíduos se afastam das exigências profissionais, que estão reunidas as condições para que este processo ocorra. Desta forma, a qualidade das atividades de tempos livres em que as pessoas se envolvem, têm uma enorme importância para reverter os efeitos negativos do stress a que estão sujeitos. Neste contexto, as atividades de tempos livres que são escolhidas pelos trabalhadores bem como os processos psicológicos que lhe estão subjacentes – experiências de recuperação de recursos -, são os mecanismos que permitem que a recuperação ocorra.

A investigação tem demonstrado que o envolvimento em atividades e experiências de tempos livres produz efeitos positivos no seu bem-estar, saúde e até no desempenho profissional. Sendo assim, é essencial que haja investimento nestas experiências e que este investimento seja maior quando as atividades forem especialmente exigentes e stressantes. No entanto, estudos

empíricos revelam que, quanto maior forem as necessidades de recuperação, maior é a dificuldade dos trabalhadores se envolverem em experiências de recuperação, produzindo-se uma espiral de desgaste que poderá ter consequências dramáticas para o bem-estar e saúde dos trabalhadores. A esta contradição optou-se por se designar por Paradoxo da Recuperação.

Referências

- Costa, A. R. (2011). Hay vida más allá del trabajo: a relación entre la recuperación de recursos y el desempeño en el trabajo. Instituto de Formación interdisciplinar.
- Gaudiino, M., & di Stefano, G. (2021). To detach or not to detach? The moderating effect of psychological detachment on the relations between heavy work investment and well-being. *Current Psychology*.
<https://doi.org/10.1007/s12144-021-01958-3>
- Geurts, S. A. E., Taris, T. W., Kompier, M. A. J., Dijkers, J. S. E., van Hooff, M. L. M., & Kinnunen, U. M. (2005). Work-home interaction from a work psychological perspective: Development and validation of a new questionnaire, the SWING. *Work & Stress*, 19(4), 319–339.
<https://doi.org/10.1080/02678370500410208>
- Geurts, S. A., & Sonnentag, S. (2006). special issue Recovery as an explanatory mechanism. In *Scand J Work Environ Health* (Vol. 32, Issue 6).
- Haworth, J., & Lewis, S. (2005). Work, leisure and well-being. *British Journal of Guidance & Counselling*, 33(1), 67–79.
<https://doi.org/10.1080/03069880412331335902>
- Hobfoll, S. E., & Shirom, A. (2000). Conservation of Resources Theory: Applications to Stress and Management in the Workplace. . In R. T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of Organization Behavior* (pp. 57–80). Marcel Dekker.
- Meijman, T. F., & Mulder, G. (2013). Psychological aspects of workload. In *A handbook of work and organizational psychology* (pp. 15–44). Psychology Press.
- Putri, A., & Amran, A. (2021). Employees Work-Life Balance Reviewed From Work From Home Aspect During COVID-19 Pandemic. *International Journal of Management Science and Information Technology*, 1(1), 30–34.
<https://doi.org/10.35870/ijmsit.v1i1.231>
- Sonnentag, S. (2001). Work, recovery activities, and individual well-being: A diary study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(3), 196–210.
<https://doi.org/10.1037/1076-8998.6.3.196>

- Sonnentag, S. (2003). Recovery, work engagement, and proactive behavior: A new look at the interface between nonwork and work. *Journal of Applied Psychology*, 88(3), 518–528. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.3.518>
- Sonnentag, S. (2018a). Job-stress recovery: core findings, future research topics, and remaining challenges. *Work Science Center Thinking Forward Report Series.*, 1–18.
- Sonnentag, S. (2018b). The recovery paradox: Portraying the complex interplay between job stressors, lack of recovery, and poor well-being. In *Research in Organizational Behavior* (Vol. 38, pp. 169–185). JAI Press. <https://doi.org/10.1016/j.riob.2018.11.002>
- Sonnentag, S., Binnewies, C., & Mojza, E. J. (2008). “Did you have a nice evening?” A day-level study on recovery experiences, sleep, and affect. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 674–684. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.674>
- Sonnentag, S., & Fritz, C. (2007). The Recovery Experience Questionnaire: Development and Validation of a Measure for Assessing Recuperation and Unwinding From Work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(3), 204–221. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.12.3.204>
- Sonnentag, S., & Geurts. (2009). Methodological issues in recovery research. : . In S. Sonnentag, P. L. Perrewé, & D. C. Ganster (Eds.), *Current perspectives on job-stress recovery: Research in occupational stress and well-being* (pp. 1–36). Emerald Publishing Group.
- Sonnentag, S., Stephan, U., Wendsche, J., de Bloom, J., Syrek, C., & Vahle-Hinz, T. (2021). Recovery in occupational health psychology and human resource management research: An Interview with Prof. Sabine Sonnentag and Prof. Ute Stephan. *German Journal of Human Resource Management*, 35(2), 274–281. <https://doi.org/10.1177/23970022211004599>
- Sonnentag, S., Venz, L., & Casper, A. (2017). Advances in recovery research: What have we learned? What should be done next? *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 365–380. <https://doi.org/10.1037/ocp0000079>
- Torres, I., Gaspar, T. & Rodrigues, P. (2022). Work and Active Aging: is there a relationship between Health and Meaning in Life? *International Journal of Workplace Health Management*, <https://doi.org/10.1108/IJWHM-12-2020-0208>.
- van Hooff, M. L. M., Geurts, S. A. E., Taris, T. W., Kompier, M. A. J., Dijkers, J. S. E., Houtman, I. L. D., & van den Heuvel, F. M. M. (2005). Disentangling the causal relationships between work-home interference and employee

health. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 31(1), 15–29. <https://doi.org/10.5271/sjweh.844>

Boas práticas: gestão da saúde mental e bem-estar em contexto laboral, programa [PSMBE]

Cristiana do Nascimento, S. Dias, & C. Lomba
PSMBE

Resumo

A saúde mental pode ser entendida como “um estado de bem-estar no qual um indivíduo consegue lidar com o stress quotidiano, utilizar as suas capacidades, aprender e trabalhar produtivamente, e é capaz de contribuir para a sua comunidade”. A saúde mental é um recurso indissociável do nosso bem-estar. Por conseguinte, foi desenvolvido o Programa de Saúde Mental e Bem-estar, numa ERPI (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas) no Norte de Portugal, que consiste em várias ações junto da sua comunidade, nomeadamente, atividades de estimulação cognitiva; acompanhamento psicológico, atividade física, de ocupação e lazer, ensinamentos de estratégias promotoras de bem-estar, ações psicoeducativas, atividades de lazer em equipa, bem como atividades promotoras de convívio e lazer entre todos os intervenientes.

Palavras-chave: Saúde Mental; Bem-estar; Lazer; Programa

Introdução

Em Portugal, segundo um estudo epidemiológico de Saúde Mental (Direção Geral da Saúde [DGS], 2014), mais de um quinto da população portuguesa apresenta algum tipo de perturbação mental, destacando-se as perturbações de ansiedade (16.5%) e depressivas (7.9%) Adicionalmente, mais de um quarto da população portuguesa reportou um efeito negativo na sua saúde mental devido à pandemia de COVID-19 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021). Apesar destes dados e do grau de incapacidade associado à perturbação mental, a importância da saúde mental tem ainda sido pouco reconhecida no nosso país.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a saúde mental pode ser entendida como “um estado de bem-estar no qual um indivíduo consegue lidar com o stress quotidiano, utilizar as suas capacidades, aprender e trabalhar produtivamente, e é capaz de contribuir para a sua comunidade” (OMS, 2022). A saúde mental é mais do que apenas a ausência de perturbação ou doença

mental, é um recurso indissociado do nosso bem-estar. A saúde mental é influenciada por fatores individuais, sociais e estruturais. Por sua vez, a vulnerabilidade à doença mental é determinada por fatores biológicos e psicológicos individuais como a genética e a própria capacidade de regulação emocional. Outros fatores de risco podem englobar a exposição a situações ambientais e sociais (ex: pobreza, desigualdade) (OMS, 2022). No seio dos fatores protetores de uma boa saúde mental estão as competências emocionais, boas interações sociais, escolaridade e empregabilidade de qualidade, entre outros (OMS, 2022).

Um ambiente de trabalho saudável compreende um ambiente em que os seus profissionais e gestores agem colaborativamente num processo de desenvolvimento contínuo e há proteção da sua saúde, segurança e bem-estar (OMS, 2010). Pelo contrário, ambientes de trabalho stressantes são fatores de risco para perturbações mentais (Wilhelm et al., 2004). Os últimos estão relacionados particularmente com o desenvolvimento de perturbações mentais comuns, como é o caso de quadros de depressão e ansiedade – as causas mais frequentes de incapacidade ocupacional. A qualidade e satisfação com o trabalho influenciam o nosso nível percebido de saúde mental e a nossa saúde mental, efetivamente, influencia a qualidade e satisfação com o nosso trabalho. Também a produtividade individual e organizacional é componente do bem-estar emocional (Chopra, 2009).

Quem trabalha por turnos, passa grande parte do seu dia no local de trabalho, sendo para muitos considerada a sua “segunda casa”. Tendo em conta que a saúde mental é indissociável do nosso bem-estar e produtividade, a ação sobre a sua promoção nos profissionais de qualquer Organização é indispensável e urgente.

É neste sentido que surge o “Programa de Saúde Mental e Bem-Estar” adiante designado por [PSMBE], programa destinado a residentes, profissionais e familiares, instituído numa ERPI, em Portugal, sob a coordenação de Cristiana do Nascimento, Psicóloga Sénior e Gerontóloga, Especialista em Psicogerontologia; Psicologia do envelhecimento e Cuidados Paliativos e intervenção Clínica. O Objetivo primário do “Programa de Saúde Mental e Bem-Estar” é contribuir para a melhoria da saúde mental e bem-estar da comunidade inerente à ERPI. Como objetivos secundários incluem-se promover práticas de saúde mental e estilos de vida saudáveis; proporcionar estimulação cognitiva a maiores de 65 anos, com e/ou sem declínio cognitivo; contribuir para uma cultura organizacional saudável; disponibilizar acompanhamento psicológico; promover o bem-estar profissional e pessoal dos

seus profissionais; apoiar familiares de residentes na promoção da Saúde Mental e bem-estar.

O PSMBE surge pela necessidade de melhorar a qualidade de vida dos envolvidos através da promoção da saúde mental e do bem-estar. Não há saúde sem saúde mental e dada a expressão de perturbação e doença mental no nosso país, bem como o impacto da pandemia de COVID-19, a ação da sua promoção sobre a comunidade nas ERPI's é indispensável. Os níveis de isolamento social, com impacto direto na saúde mental e bem-estar, nomeadamente elevados níveis de ansiedade, humor deprimido e depressivo; menor tolerância a desafios e maior labilidade emocional foram alguns dos problemas identificados (Banerjee, 2020; Kar, 2020; White et al., 2021).

O presente programa tem a duração de 6 meses, tendo iniciado a 15 de maio. Porém, admitindo os benefícios e adesão ao PSMBE o mesmo continua ativo.

Material e métodos

O Programa de Saúde Mental e Bem Estar destina-se a três grupos, sendo a população e amostra constituídas e distribuídas da seguinte forma: Residentes – [população 44] amostra 35 participantes; Profissionais – [população 35] amostra com 33 participantes e Familiares [população 88] amostra com 44 participantes.

Dos 35 residentes, a 24 residentes foram aplicados instrumentos de rastreio tais como o *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Folstein et al., 1975, com adaptação de Guerreiro et al., 1994), *Geriatric Depression Scale* (GDS) (Yesavage et al., 1986, com adaptação de Apóstolo, 2011) e *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) (Diener et al., 1985; com adaptação de Simões, 1992). Aos restantes residentes foram feitas avaliações apenas observacionais, tendo em conta a não colaboração em algum dos dois momentos de avaliação e/ou dificuldades sensoriais e/ou cognitivas que não permitiram a avaliação

Aos profissionais foi implementado um protocolo de avaliação interna, relativamente à sua qualidade de vida profissional com a *Professional Quality of Life* (ProQOL) e Satisfação com a vida com a *Satisfaction With Life Scale* (SWLS), bem como outras questões relacionadas com as funções desempenhadas e áreas a melhorar internamente através de um questionário, com preenchimento online, via Google Forms. As respostas foram dadas de forma confidencial e anónima, e apenas utilizadas no âmbito deste programa.

Aos familiares foram solicitadas de forma verbal e informal sugestões de melhoria e avaliados níveis de participação nas atividades desenvolvidas.

O PSMBE, de cariz opcional, é composto por sessões de acompanhamento psicológico; estimulação e treino cognitivo; atividades físicas, de lazer e socioculturais; ações formativas e sessões de relaxamento/*mindfulness* a realizar na Instituição. Foi criada a “Sala do Bem-Estar” onde tanto residentes como profissionais sempre que se sintam mais ansiosos, deprimidos ou com algum desconforto emocional, podem ir à sala ouvir música, fazer uma sessão de relaxamento ou até de meditação conduzida.

Para os residentes, o programa engloba sessões de estimulação e treino cognitivo individuais e/ou em grupo, bem como acompanhamento psicológico permanente (quer na fase de integração na ERPI, quer ao longo da sua permanência); sessões de relaxamento e massagem, bem como atividades socioculturais variadas e dias temáticos que na maior parte das vezes têm subjacente a teoria da reminiscência. Foram realizadas sessões de estimulação cognitiva individual ou em grupo, mediante características e vontade dos participantes. Tendo como pressupostos a estimulação dos domínios cognitivos da atenção, memória, raciocínio e cálculo, funcionamento executivo, o combate do declínio cognitivo natural do envelhecimento; a promoção da interação grupal com partilha de respostas e interajuda e a potenciação do bem-estar e combate ao tédio, foram dinamizadas várias atividades, distribuídas por várias sessões. As sessões contemplam a leitura, análise e discussão das notícias diárias “Jornal de Notícias”. “Clube de Leitura”, escolha de um livro, onde semanalmente é lido parte de um capítulo até ao seu término. “Atividade de Estimulação Cognitiva” (atenção, memória, raciocínio e cálculo, funcionamento executivo) individual ou em grande grupo com recursos multimédia (1 vez/semana); “Viv(a)mente 1” - Sessões em grupo de estimulação cognitiva multidomínio e sensorial para residentes com défice cognitivo moderado a severo e diagnóstico de síndrome demencial, (2 vezes/semana); “Viv(a)mente 2” - sessões em grupo de estimulação cognitiva multidomínio para residentes sem défice cognitivo ou défice cognitivo ligeiro e residentes com diagnóstico de demência do tipo de Alzheimer apenas com domínio cognitivo da memória imediata comprometido significativamente, (2 vezes/semana). “Somos Peças de um Puzzle”, com elaboração de Puzzles, (1 vez/semana); “Estafetas Mentais”, atividade em duas equipas com várias estações com estimulação de um domínio cognitivo diferente, (1 vez/semana); “Conversas Informais Maiores”, discussão psicoeducativa de temáticas importantes para um envelhecimento ativo e outras, (1 vez/semana); e sempre que solicitado por algum residente; “Meditar e Relaxar”, meditação, massagem e relaxamento, (1 vez/semana); “Ginástica” (3 vezes/semana); “Cinema Maior”, sessão de cinema com filmes significativos a gosto dos residentes (1 vez/mês) e “Atelier de culinária” (2 vezes/mês).

Para os profissionais, foi composto um conjunto de ações formativas incidentes em temáticas de interesse como gestão de conflitos ou estilos de comunicação, sessões de relaxamento e *mindfulness*. Foram organizadas atividades focadas na promoção de trabalho de equipa e gestão de conflito, entre outras temáticas. Atividades de *teambuilding*, são também proporcionas, cujos desafios apenas são ultrapassados com trabalho em equipa. As atividades a desenvolver contemplam sessões de relaxamento/*mindfulness* (1 vez/semana); massagem de relaxamento (1 vez/mês); sessões de acompanhamento psicológico; mensagens motivacionais para que cada profissional escreva no mural existente para o efeito; atividades de lazer como almoços e festas temáticas; ações de formação sobre temas sugeridos pelos profissionais aquando da aplicação do questionário, na secção “Gostaríamos da vossa contribuição para a escolha de temas de formação que fossem importantes para um ambiente de trabalho saudável”. Aqui emergiram os temas: Abordagem a residentes com demência; Estilos de comunicação e trabalho em equipa; Gestão de conflitos; Estratégias de inteligência emocional; Gestão emocional e de stress; Relacionamentos interpessoais; Alegria no trabalho; Comunicação com o idoso, compaixão e empatia e Comunicação em final de vida, morte e luto. Já decorreram as ações de formação sobre “Comunicação com o idoso, compaixão e empatia” e “Comunicação em final de vida, morte e luto”.

Materiais psicoeducativos, nomeadamente, vídeos informativos de curta duração (1 minuto) [1 vídeo publicado todas as segundas-feiras, que ficará ativo durante 1 semana – dica da semana – acerca das seguintes temáticas: Estratégias para higiene do sono; Como lidar com a ansiedade; Luto; Emoções e os seus significados; Potenciar emoções agradáveis; Autoestima; O poder do elogio; Compaixão e empatia; A importância de cuidar do outro; Comunicação com o residente e familiar; Cuidar até ao fim; Importância da abordagem não farmacológica; Importância do cuidado da imagem na saúde mental e bem-estar].

Para os familiares, constam sessões de relaxamento e massagem, participação em atividades socioculturais, bem como sessões de acompanhamento psicológico fornecendo ferramentas que melhor lhes permita lidar com o processo de institucionalização do respetivo familiar e processos de fim de vida e morte.

O envolvimento nas atividades socioculturais desenvolvidas na Instituição, permite aos familiares não apenas sentirem-se parte integrante da mesma, mas também estreitar laços entre todos. “Espetáculo de magia”; “Caminhada

Solidária Maior” e “Mercadinho de Natal”, são algumas das atividades executadas no âmbito do PSMBE. Da mesma forma, sempre que demonstram interesse, os familiares, dinamizam *workshops* para os residentes, desenvolvendo sentimento de pertença, contribuição e partilha de conhecimento. Destacam-se os *Workshops* “Arte e pintura”; “Arranjos Florais” e “Marmelada com sabor”. Acompanhamento psicológico aos familiares em situações de institucionalização e adaptação do seu familiar; situações de não aceitação da trajetória da doença do seu familiar; situações de fim de vida e/ou situação de luto.

Recursos humanos envolvidos: Psicóloga; Assistente Social; Psicomotricista e fisioterapeuta.

Recursos materiais: infraestruturas da Instituição, equipamentos audiovisuais; sala de relaxamento; materiais variados construídos para cada atividade.

Resultados

Resultados grupo “Residentes”: valores médios aumentaram ligeiramente no MMSE e diminuíram na GDS depois da implementação do PSMBE.

Tabela 1 - Descritivas dos resultados obtidos com MMSE, GDS e SWLS

	MMSE _{pré}	MMSE _{pós}	GDS _{pré}	GDS _{pós}	SWLS
Média	22.04	22.13	5.63	5.00	17.58
Desvio-padrão	5.62	5.85	4.03	3.74	5.03
Mínimo	9.00	10.00	0.00	0.00	8.00
Máximo	29.00	30.00	13.00	12.00	25.00

A pontuação total no MMSE foi comparada antes e depois da intervenção com os residentes. Um Teste de *Wilcoxon* indicou que não houve diferenças significativas entre a pontuação no MMSE no pré e pós teste, $T = 124.00$, $z = -.42$, $p = .68$. Houve um aumento da média em .09 nas pontuações finais no MMSE antes e depois da intervenção. Esta diferença pode ser considerada positiva uma vez que o decréscimo acentuado da funcionalidade cognitiva está muito associado a esta faixa etária e o verificado foi a manutenção do valor de funcionalidade pré-teste.

A pontuação total na GDS foi comparada antes e depois da intervenção com os residentes. Teste de *Wilcoxon* indicou que não houve diferenças

significativas entre a pontuação no GDS no pré e pós teste, $T = 92.00$, $z = -1.26$, $p = .21$. Houve uma diferença média de .63 nas pontuações finais no MMSE antes e depois da intervenção. Neste caso, a pontuação média total no pré-teste já era reduzida, indicando a ausência de sintomatologia depressiva (0 a 5 pontos).

Resultados grupo “Profissionais”: com a ProQOL e SWLS, as descritivas estão na Tabela 2. O valor máximo para cada subescala da PROQOL era de 50 pontos. Valores mais elevados indicam maior satisfação por compaixão, *burnout* e *stress* traumático secundário. Desta forma, verificaram-se valores em termos médios elevados de CS, moderados de STS e baixos de *burnout*. O *score* médio obtido com SWLS foi elevado.

Tabela 2 - Descritivas dos resultados obtidos com ProQOL nas suas subescalas e SWLS

	ProQOL			SWLS
	CS	Burnout	STS	
Média	44.24	19.33	23.33	19.49
Desvio-padrão	4.64	5.30	6.07	4.06
Mínimo	35.00	10.00	12.00	9.00
Máximo	50.00	33.00	34.00	25.00

O valor nas diferentes subescalas e escalas não foi significativamente diferente entre o grupo com formação superior e sem formação superior, sendo que as medianas são possíveis de serem verificadas na Tabela 2. Testes de *Mann-Whitney* indicaram que esta diferença não foi significativa nas subescalas de CS, $U(N_{\text{Formação}}=13, N_{\text{SemFormação}}=20) = 104.00$ $z = -.97$, $p = .33$, *burnout*, $U(N_{\text{Formação}}=13, N_{\text{SemFormação}}=20) = 102.00$ $z = -1.04$, $p = .30$, e STS, $U(N_{\text{Formação}}=13, N_{\text{SemFormação}}=20) = 92.50$ $z = -1.39$, $p = 1.66$, e na escala SWLS, $U(N_{\text{Formação}}=13, N_{\text{SemFormação}}=20) = 124.50$ $z = -.20$, $p = .84$.

Tabela 2 - Medianas nas subescalas CS, Burnout e STS e escala SWLS nas duas condições

	ProQOL			SWLS
	CS	Burnout	STS	
Sem Formação	44.00	17.50	21.00	20.50
Com Formação	46.00	22.00	24.00	20.00

O coeficiente de correlação de *Spearman* foi utilizado para avaliar a relação entre cada uma das subescalas e a SWLS. Houve uma correlação positiva significativa entre a subescala CS e a SWLS, $r_s = .35$, $p = .05$, $N = 33$, ou seja, quando a satisfação por compaixão aumenta a satisfação com vida aumenta; uma correlação negativa significativa entre a subescala *burnout* e a SWLS, $r_s = -.36$, $p = .04$, $N = 33$, ou seja, quando aumentam os níveis de *burnout*, diminui a satisfação com a vida; não houve uma correlação significativa entre a subescala STS, $r_s = -.17$, $p = .34$, $N = 33$.

A implementação do PSMBE teve como resultados no grupo “Residentes”: funcionamento cognitivo, mais propriamente no que é relativo à presença de defeito cognitivo: apesar dos resultados não diferiram significativamente com a implementação do programa até ao momento, devido ao facto de os *scores* já serem relativamente altos; os resultados são francamente positivos dado que nestes contextos se deve objetivar em primeiro lugar a manutenção de resultados e prevenção do decréscimo. Sintomatologia depressiva: é possível constatar que o nível médio de sintomatologia é baixo, resultado também já evidenciado antes da implementação do Programa. No grupo “Profissionais”: os resultados na PROQOL e SWLS são relativamente elevados e servem de linha de base para a aplicação do corrente do Programa. A avaliação da satisfação do PSMBE foi feita também de forma observacional através da melhoria na prestação de serviços; interação entre pares; trabalho em equipa; disponibilidade para participação em atividades que não são do domínio das suas funções profissionais, bem como adesão às atividades e desafios propostos. No grupo “Famíliares”: aumentaram os níveis de confiança; sentimento de pertença e satisfação para com a Instituição. Constatou-se que os familiares demonstram interesse e iniciativa em sugerir e desenvolver atividades conjuntas. De igual forma, é possível verificar através das sessões de acompanhamento psicológico maior aceitação e compreensão sobre o processo de institucionalização, bem como maior esclarecimento e funcionamento adaptativo em situações de acompanhamento do seu familiar em situação de fim de vida e luto.

Conclusão

Tendo em conta o nosso melhor conhecimento, nomeadamente pesquisa em plataformas científicas, é o primeiro programa em contexto de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) que tem em consideração residentes, profissionais e familiares oferecendo o conjunto de atividades de intervenção na saúde mental e bem-estar. Partindo do real pressuposto que o melhor investimento de qualquer Organização, deverá ser sempre no seu capital

humano, consideramos que o PSMBE é inovador internamente, mas também quando comparado com outras Organizações. O presente Programa é possível ser implementado em várias Instituições, tendo em conta que a maior parte dos recursos necessários são internos (recursos humanos e recursos materiais) o que não o torna dispendioso sob o ponto de vista financeiro, que é uma preocupação transversal a qualquer organização, e permitindo assim a sua sustentabilidade. Ainda que sejam Organizações de outros setores, a componente destinada ao grupo dos “Profissionais” é perfeitamente adaptável, tornando-se numa mais-valia para quem o pretenda implementar. Recursos humanos satisfeitos, integrados, conhecedores e que comunguem da cultura organizacional tornam-se mais produtivos e, por conseguinte, com impacto direto no sucesso da Organização. Por outro lado, em termos estratégicos, as Organizações podem estabelecer parcerias que permitam partilhar os recursos humanos e instalações necessárias, para uma implementação mais rigorosa.

Em qualquer organização, fundamentalmente, em Instituições onde se trabalha com pessoas e para pessoas com várias fragilidades, a saúde mental e o bem-estar são determinantes para a prestação de um cuidado digno, de qualidade e centrado na pessoa. É perentório que exista harmonia entre residentes, profissionais que cuidam de forma holística e familiares que serão sempre parte integrante da Instituição

Limitações

Como limitações destacamos a calendarização, que deveria ter sido inicialmente mais alargada; um diagnóstico mais formal junto do grupo dos familiares e uma maior divulgação do PSMBE também junto do grupo dos familiares.

Referências

- Banerjee, D. (2020). The impact of Covid-19 pandemic on elderly mental health. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(12), 1466–1467. <https://doi.org/10.1002/gps.5320>
- Carvalho, P. & Sá (2011). *Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: tradução e adaptação cultural da escala “Professional Quality of Life 5”*. [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa do Porto]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8918>
- Chopra, P. (2009). Mental health and the workplace: issues for developing countries. *International Journal of Mental Health Systems*, 3(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-3-4>

- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2014). Programa Nacional para a Saúde Mental. Retrieved from <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014-pdf.aspx>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2021). Cerca de 35% da população com limitação na realização de atividades, o valor mais elevado desde 2016. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=544264379&DESTAQUESmodo=2&xleng=pt
- Guerreiro, M., Silva, A.P., Botelho, A., Leitão, O., Castro-Caldas, A. and Garcia, C. (1994) Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- Kar, N. (2020). COVID-19 and older adults: In the face of a global disaster. *Journal of Geriatric Care and Research*, 7(1), 1–2. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/341431777_COVID19_and_older_adults_in_the_face_of_a_global_disaster
- Reppold, C., Kaiser, V., Zanon, C., Hutz, C., Casanova, J. R., & Almeida, L. S. (2019). *Escala de Satisfação com a Vida: Evidências de validade e precisão junto de universitários portugueses*. <https://doi.org/10.17979/reipe.2019.6.1.4617>
- Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 107–119). Brunner-Routledge.
- White, E. M., Wetle, T. F., Reddy, A., & Baier, R. R. (2021). Front-line nursing home staff experiences during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(1), 199–203. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.11.022>
- Wilhelm, K., Kovess, V., Rios-Seidel, C., & Finch, A. (2004). Work and mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(11), 866–873. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0869-7>
- World Health Organization [WHO] (2022). *Mental health: strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

World Health Organization, A. (2010). *Healthy workplaces: a model for action*.
Geneva: World Health Organization.

Stresse em profissionais de unidades de cuidados de saúde

José L. Pais Ribeiro

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto; William James Center for Research do ISPA – Instituto Universitário).

A abordagem do stresse em unidades de cuidados de saúde constitui um tema amplo dado que estas constituem um sistema que integra múltiplos componentes que se distribuem desde a promoção da saúde aos cuidados paliativos, dos recém-nascidos aos idosos, das pessoas sem doença às pessoas com doenças terminais. Estas unidades constituem-se em variadas estruturas como, p.ex., Centros de saúde, Cuidados de Saúde Hospitalares, Cuidados Continuados Integrados, Centros de Referência, *Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências*, Farmácias, estes, por sua vez incluindo inúmeras subestruturas. Nestas unidades e subestruturas encontram-se uma grande variedade de profissionais como, p. ex., e entre muitos outros, de enfermagem, odontologia, medicina, psicologia, serviço social, farmácia, fisioterapia, nutrição, terapia ocupacional, educação física, nutrição, análises clínicas, radiologia, etc.

Estas unidades destinam-se à população total, tal como explicita a lei de bases da saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro) onde diz que os cuidados de saúde abrangem, o direito de todas as pessoas ao acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos. É, portanto, um sistema complexo e, por isso, um potencial forte gerador de stresse para os que o frequentam, seja como utentes/doentes seja como profissionais.

O conceito de stresse começou por ser utilizado na física. No século XVII stresse significava dificuldade, exigência, adversidade, aflição. Nos séculos XVIII e XIX o termo denotava força, pressão, grande esforço exercido sob o material, objeto ou pessoa. O impacto dos agentes stressores sobre os materiais estava definido matematicamente. Este sentido da original física ainda está presente na linguagem do homem comum.

A passagem para a biologia fez-se progressivamente com teorias explicativas diferentes das da física mesmo que mantendo o sentido original de pressão, de carga. O estudo do stresse nos organismos vivos data do início do século XX. P. ex. no âmbito da medicina, Osler (1910) identificava stresse com trabalho árduo e preocupações e referia que os que viviam sob tais condições tinham elevada probabilidade de ter *angina pectoris*.

A notoriedade do conceito de stresse ficou a dever-se a Selye que, em 1936 publica uma carta intitulada "*a syndrome produced by diverse nocuous agents*" em que o fenómeno biológico do stresse era explicado (Selye, 1998). Baseava-se nas suas investigações iniciais em que constataria notáveis respostas fisiológicas ao stresse tais como aumento das glândulas adrenocorticais com sinais histológicos de hiperatividade, evolução timicolinfática com alterações concomitantes na contagem de células sanguíneas, úlceras gastrointestinais muitas vezes acompanhadas de outras manifestações de lesão ou choque (Selye, 1979). Na mesma época outros autores, como Cannon (1935) aborda o conceito no âmbito da homeostasia.

Podem distinguir-se três grandes modelos utilizados na conceção e avaliação do stresse: a) os que focam as causas, b) os que focam as consequências c) os que focam o processo. Os primeiros designam-se por modelo ou abordagem ambiental ou industrial, porque tratam o stresse como uma característica do estímulo, como uma carga, focados nos acontecimentos ou experiências nocivas do meio ambiente. Outra abordagem é a abordagem biológica, focada numa resposta fisiológica não específica ao estímulo, ou seja, como uma síndrome que consiste em todas as alterações fisiológicas que ocorrem no sistema biológico quando este é afetado por um estímulo ou carga excessiva ou nociva. A terceira abordagem ou modelo é a abordagem psicológica, focada na interação dinâmica entre o indivíduo e o meio e na avaliação subjetiva do stresse que é feita pelo indivíduo (Cohen et al., 1995; Cox et al., 2000; Lazarus & Folkman, 1984; Maes & Elderen, 1998)

Stresse

Selye definia stresse como: a resposta não específica do corpo a qualquer exigência (Selye, 1979) ou como, a magnitude de desgaste do corpo (Selye, 1956). Selye (1979) explicava que o stresse era suscetível de causar doenças de adaptação, tais como, doenças cardiovasculares, metabólicas, digestivas, inflamatórias, dos rins, perturbações sexuais, infeções, diabetes, cancro, eclampsia, doenças reumáticas, artrite, alergias, hipertensão, doença mental, consoante o órgão que é mais condicionado para ser alvo da doença (o mais frágil). Noutras definições, diz a literatura, o stress é um processo complexo através do qual um organismo responde aos acontecimentos que fazem parte da vida do dia a dia, e que são suscetíveis de ameaçar, ou de pôr em causa, o bem-estar desse organismo (Gatchel et al., 1989) ou, como a relação específica entre um indivíduo e o seu meio, relação essa que é apreciada (ou avaliada) como excedendo os seus recursos ou ameaçando o seu bem-estar (Lazarus & Folkman, 1984). Estas definições de stresse abrangem os componentes de

stresse, como o designa Kopp et al (2010), a saber: a causa (i.e., stressores ou estímulos ambientais; e.g., experiência de grandes acontecimentos ou aborrecimentos diários) e; o efeito (i.e. reação subjetiva ao stresse) que inclui dois sub-componentes, avaliação do stresse (processamento preceptivo), e resposta emocional). O stress relacionado com o trabalho é descrito como uma reação fisiológica e psicológica a aspetos ameaçadores dos conteúdos do local de trabalho (Kinman & Wray, 2014).

A *International Classification of Diseases, 11th Revision* (ICD 11, 2022) que entrou em vigor no início de 2022 define a reação aguda de stresse como o desenvolvimento de sintomas emocionais, somáticos, cognitivos ou comportamentais transitórios em resultado da exposição a um evento ou situação (seja de curta ou longa duração) de natureza extremamente ameaçadora ou horrível (por exemplo, desastres naturais ou provocados pelo homem, combates, acidentes graves, violência sexual, agressão). Os sintomas podem incluir indicadores autonómicos de ansiedade (por exemplo, taquicardia, sudorese, rubor), atordoadamento, confusão, tristeza, ansiedade, raiva, desespero, hiperatividade, inatividade, retraimento social ou estupor. A resposta ao stressor é considerada normal consoante a sua gravidade e, geralmente, começa a diminuir dentro de alguns dias após o evento ou após a remoção da situação ameaçadora.

Como condições relacionadas com o stresse temos o burnout, a fadiga de compaixão, o traumatismo por observação (vicarious traumatization), o stress traumático secundário. A fadiga de compaixão designa “um estado de tensão e preocupação com doentes traumatizados devido a tornar a experimentar o acontecimento traumático, ou evitação/entorpecimento de recordação e excitação continuada associada ao doente (Figley, 2002, p. 1435), o mesmo que diz Ray et al. (2013). Outros termos como, p.ex. “trauma de substituição” (*Vicarious Trauma*), que descreve uma profunda mudança na visão do mundo do trabalhador: trata-se de um processo cumulativo, não se refere à história mais difícil que já se ouviu, mas sim de centenas de histórias que se ouviram (Lourens, 2021); o ‘*stress of conscience*’ refere-se à falta de tempo para fornecer os cuidados adequados, sentir-se incapaz de viver de acordo com as expectativas que os outros têm do seu trabalho, e por ter um trabalho tão exigente que limita a sua vida familiar (Glasberg et al., 2007). O stress traumático secundário apresenta sintomas idênticos ao stresse pós-traumático e define-se como “comportamentos e emoções resultantes do conhecimento acerca de eventos traumatizantes experimentados por outros significativos – o stress que resulta

de ajudar ou querer ajudar uma pessoa traumatizada ou em sofrimento” (Figley, 1995b, p. 7).

Lourens, (2021) explica que trauma de substituição e fadiga de compaixão não são burnout. Um profissional em risco de burnout ou com burnout fica mais vulnerável àquelas duas condições. O burnout, continua a autora, resolve-se mudando de emprego o que não sucede com a fadiga de compaixão. Ou seja, o burnout é a condição mais marcante que resulta do stresse em contexto de trabalho e que facilita outras perturbações.

Ray et al. (2013) dizem que ser afetado por condições associadas ao stresse, tais como as referidas, não afetam unicamente os profissionais de saúde, mas também os seus próximos incluindo os doentes. Ou seja, os doentes sofrem do stresse associado à sua doença, mas também refletem o stresse dos profissionais de saúde. P.ex. uma revisão sistemática com meta-análise de Hodkinson et al. (2022) examina a associação do burnout médico com o empenhamento na sua prática e com a qualidade dos cuidados que o doente recebe. O estudo abrange 4732 investigações, e a meta-análise mostra claramente que o burnout médico está associado a uma baixa funcionalidade e produtividade das organizações de saúde, devido ao baixo envolvimento profissional e, secundariamente, reduz a qualidade dos cuidados médicos

O stress dos profissionais de saúde

A investigação tem mostrado que, quer os profissionais de saúde, quer os próprios estudantes nesta área, costumam exibir burnout como consequência do stresse sofrido. Um estudo da National Academy of Medicine dos estados Unidos da América mostra que 54 por cento dos enfermeiros e médicos assim como 60 por cento dos estudantes reportam burnout (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; National Academy of Medicine; Committee on Systems Approaches to Improve Patient Care by Supporting Clinician Well-Being, 2019). Outro estudo de Dyrbye et al. (2017) constata que mais de metade dos profissionais de cuidados de saúde (médicos, enfermeiros e outros) reportam elevados sintomas de burnout. Uma investigação de Salman et al. (2019) com profissionais numa unidade de cuidados paliativos em S. Paulo, Brasil mostra que mais de um terço dos profissionais estudados apresentavam níveis de burnout elevados. Uma revisão sistemática sobre o Burnout em médicos, realizada por Moreira et al. (2018) mostra que em 22 especialidades médicas que foram avaliadas, as cinco especialidades com maior prevalência de SB foram, em ordem decrescente: medicina de unidade de terapia intensiva, medicina de família, medicina de emergência, medicina interna e ortopedia.

Para os autores os fatores associados em destaque foram aqueles relacionados à organização e estrutura do trabalho e a maneira de enfrentamento do stresse. Erickson and Grove (2007) verificaram que havia diferenças na frequência de burnout em enfermeiros em função da idade: abaixo dos 30 anos a frequência era de 43,6%, enquanto nos mais de 30 era de 37,55%. Um estudo no Japão de Matsuo et al. (2020), que investigava a prevalência de burnout em 488 profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19 a prevalência encontrada foi de 31,4% em geral, sendo, 46,8 em enfermeiros, 36,4% em técnicos da radiologia, e 36,8% em farmacêuticos. Um estudo na indonésia de Putra e Setyowati, (2019) identifica elevado nível de burnout em enfermeiros nos vários componentes do burnout nomeadamente, 34,8% na dimensão exaustão emocional, 24,3% no domínio despersonalização e 24,5% no domínio realização profissional. Um estudo de Gunja et al. (2022) efetuado pela Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians que explorava a carga de trabalho em médicos dos cuidados de saúde primários de 10 países (Suíça, Austrália, Suécia, Holanda, Alemanha, Canadá, Estados Unidos da América, França, Nove Zelândia e Reino Unido), verificaram que um terço dos médicos mais novos (menos de 55 anos) reportava que o seu trabalho era muito stressante ou extremamente stressante: Na Nove Zelândia, Alemanha, Reino Unido cerca de três quartos dos médicos mais novos reportavam stresse no trabalho. Um estudo realizado na Holanda com 123 profissionais de ambulâncias, encontraram elevados níveis de stressores crónicos, que constituíam risco elevado de doenças várias (van der Ploeg, & Kleber, 2003). Embriaco et al. (2007) num estudo em unidades de cuidados intensivos, indicam que estes contextos são ambientes muito stressantes e encontram na revisão de investigação que realizam elevados níveis de burnout entre os profissionais que trabalham nestes contextos em França. Bria et al. (2012) refere que a investigação comparando o burnout entre os médicos de família europeus mostram que os profissionais de países do sul da Europa evidenciavam significativamente mais elevados valores do que outros países europeus. Maslach e Leiter (2016) Referem ainda evidência que o burnout é mais elevado nos profissionais de saúde mental, dadas as relações destes profissionais com doentes com trauma psicológico. Morse et al. (2012) referem valores idênticos de burnout e que estes variam em magnitude entre diferentes profissionais de saúde mental e também consoante o local, como por exemplo em internamento ou em serviço na comunidade.

Diferentes grupos de profissionais, provavelmente devido a atividades ou condições diferentes da sua prática, são mais suscetíveis ao burnout. P. ex. Çelmeçe, e Menekay, (2020), verificaram que o burnout em enfermeiros era

significativamente mais elevado do que o dos médicos ou outros profissionais. A investigação de Kamal et al (2016) com 1357 respostas de membros da American Academy of Hospice and Palliative Medicine o burnout afetava 62%, dos respondentes, com um nível mais elevado em não médicos. Outro estudo de Sánchez et al. (2017) que avaliava as dimensões de burnout em 125 profissionais dos cuidados paliativos de um hospital universitário em Espanha verificaram que 48,9% exibia valores elevados de burnout. Igualmente, um estudo de Salman et al. (2019), verificaram que 138 profissionais de uma unidade de cuidados paliativos de S. Paulo, Brasil, 33% apresentavam níveis elevados de burnout.

Um estudo de larga escala de Harry et al. (2021) com 5276 médicos que trabalhavam nos Estados Unidos da América, com o objetivo de avaliar a relação entre a quantidade de trabalho e o burnout, encontraram uma forte associação entre estas duas dimensões: verificaram que 38,8% dos participantes tinham níveis elevados de exaustão emocional, que 27,4% tinham níveis elevados da despersonalização e, mais importante, que 44% evidenciavam pelo menos um dos sintomas de burnout. A investigação seguia as recomendações de Maslach et al. (1996) ao considerar que os médicos com elevada pontuação nas escalas de despersonalização e/ou exaustão emocional do Maslach Burnout Inventory exibiam pelo menos uma manifestação de burnout.

Os próprios estudantes em cursos de medicina mostram elevados níveis de burnout. Yegros et al. (2019) verificou que 80% dos alunos de medicina do terceiro ano da Universidade Internacional Três Fronteiras exibem Síndrome de burnout, predominantemente no sexo feminino.

O profissional que atua em instituições hospitalares está exposto a diferentes stressores ocupacionais que afetam diretamente o seu bem-estar, dos quais podemos referir longas jornadas de trabalho, falta de pessoal, falta de reconhecimento profissional, elevada exposição do a riscos, assim como o contato constante com o sofrimento, a dor e muitas vezes a morte (Benevides-Pereira, 2002).

O Burnout

Burnout consiste numa resposta prolongada a stressores emocionais e interpessoais crónicos existentes em contexto de trabalho (Maslach & Leiter, 2000). É uma síndrome psicológica caracterizada por três dimensões, exaustão emocional, despersonalização, e a sensação de realização pessoal reduzida (Maslach et al., 1996). Manifesta-se como um cansaço emocional conducente a

perda de motivação e a sentimentos de inadequação e fracasso. Também a World Health Organization (2019), explica que o burnout é uma síndrome resultante do stresse no local de trabalho que não foi gerido com eficácia. É uma experiência de stresse individual num contexto de relações sociais complexas.

O termo burnout foi cunhado em 1974 por Herbert Freudenberger para expressar o “falhar, desgastar-se ou ficar exausto devido a exigências excessivas de energia, força ou recursos” (p.159). O burnout, como explicam Maslach et al. (1996), tem origem no stresse relacionado com o trabalho. O conceito foi primeiro descrito na década de 1970 para referir a uma reação a stressores interpessoais no trabalho (Maslach et al., 2001; Schaufeli et al., 2009). Tem sido estudado no contexto dos serviços humanos, tais como cuidados de saúde, serviço social, psicoterapia e ensino. Uma das definições clássicas descreve o burnout “como uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham com pessoas de alguma forma” (Maslach et al., 1996, p. 4). A exaustão ocorre como resultado das exigências emocionais da tarefa. A despersonalização refere-se a uma resposta cínica, negativa ou distante aos destinatários/pacientes de cuidados. A reduzida realização pessoal refere-se à crença de que não se pode mais trabalhar efetivamente com clientes/pacientes/beneficiários de cuidados.

Burnout passou a estar incluído no ICD 11, mas não no DSM 5, os dois manuais de diagnóstico de perturbações mentais mais utilizados, sendo o primeiro da responsabilidade da Organização Mundial de Saúde e o segundo da Associação Americana de Psiquiatria. O ICD 11 refere que o Burnout é uma síndrome resultante do stresse crónico no local de trabalho que não foi gerido com sucesso e, segundo a Organização Mundial de Saúde, não é classificado como um diagnóstico médico ou de doença mental. Convém salientar este aspeto (não ser uma condição médica) dado que em alguns países, o burnout é usado como um diagnóstico médico, enquanto em outros é um rótulo não médico, socialmente aceite, que tem a vantagem de não carregar um estigma em termos de diagnóstico psiquiátrico explica Schaufeli et al. (2009). A Organização Mundial de Saúde Especifica que o Burnout se refere especificamente a eventos no contexto ocupacional e não deve ser aplicado para descrever experiências em outras áreas da vida. Parece haver alguma sobreposição entre os sintomas e burnout e os de depressão, mas a investigação salienta que são variáveis diferentes (Nadon, et al., 2022).

Conclusão

Uma publicação mais recente de Maslach e Leiter (2016) confirma que a quantidade de burnout entre os trabalhadores do campo da saúde varia entre níveis moderado a elevado, e acredita-se que o risco de burnout no sistema de cuidados de saúde é mais elevado do na população trabalhadora em geral.

A investigação é clara e extensa sobre o stresse e variáveis a que o stresse conduz, como seja o burnout, mostrando que uma larga percentagem destes profissionais é afectado por esta síndrome. As consequências do stresse dos profissionais dos cuidados de saúde são elevadas e usualmente acima dos 33%, e perto dos 50%, variando entre grupos etários, género, contextos de trabalho, países e formação. A investigação tem igualmente referido diferentes síndromas tais como a fadiga de compaixão, o traumatismo por observação (vicarious traumatization), o stress traumático secundário ou o burnout. Este último é o mais consensual e o mais estudado efeito do stresse. Lourens, (2021) explica que trauma de substituição e fadiga de compaixão não são burnout. Um profissional em risco de burnout ou com burnout fica mais vulnerável àquelas duas condições. O burnout, continua a autora, resolve-se mudando de emprego o que não sucede com a fadiga de compaixão. Ou seja, o burnout é a condição mais marcante que resulta do stresse em contexto de trabalho e que facilita outras perturbações. O burnout não é um problema médico, mas é uma perturbação que é, nomeadamente, referida no ICD-11 que tendo sintomas semelhantes aos de perturbação depressiva, é diferente e não se devem confundir estes dois conceitos.

Referências

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987–1993.
<https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). Burnout: O processo de adoecer pelo trabalho. In: Benevides-Pereira (Org.), *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador* (pp.21-91). Casa do Psicólogo.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout-depression overlap: a review. *Clinical psychology review*, 36, 28–41.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004>.
- Bria, M., Baban, A., & Dumitrascu, D. L. (2012). Systematic review of burnout risk factors among european healthcare professionals. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 3, 423-452.

- Cannon, W. (1935). Stresses and strains of homeostasis. *American Journal of Medicine and Science*, 189, 1.
- Çelmeçe, N., & Menekay, M. (2020). The Effect of Stress, Anxiety and Burnout Levels of Healthcare Professionals Caring for COVID-19 Patients on Their Quality of Life. *Frontiers in psychology*, 11, 597624. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.597624>.
- Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (1995). Measuring stress. Oxford: Oxford University Press.
- Cox, T., Griffiths, A., & Rial González, E. (2000) Research on work-related stress. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, European Agency for Safety and Health at Work.
- Dyrbye, L.N., Shanafelt, T.D., Sinsky, C.A., Cipriano, P.F., Bhatt, J., Ommaya, A.K., West, C.P., & Meyers, D.S. (2017). Burnout Among Health Care Professionals: A Call to Explore and Address This Underrecognized Threat to Safe, High-Quality Care. *National Academy of Medicine Perspectives*. Discussion Paper, National Academy of Medicine, Washington, DC. <https://doi.org/10.31478/201707b>.
- Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F., & Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current opinion in critical care*, 13(5), 482–488. <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e3282efd28a>.
- Erickson, Rebecca, and Wendy J. C. Grove (2007), "Why Emotions Matter: Age, Agitation, and Burnout among Registered Nurses." Online Journal of Issues in Nursing. Accessed from <https://www.questia.com/library/journal/1P3-1692234171/why-emotions-matter-age-agitation-and-burnout-among>.
- Erickson, R., & Grove, W. (2007). Why Emotions Matter: Age, Agitation, and Burnout Among Registered Nurses. *Online Journal of Issues in Nursing* 13, (1). <https://doi.10.3912/ojin.vol13no01ppt01>.
- Figley C. R. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>.
- Freudenberger, H.J., (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues* 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>.
- Gatchel, R. J., Baum, A., & Krantz, D.S. (1989) *An introduction to health psychology*. McGraw-Hill International Editions.

- Glasberg, A. L., Eriksson, S., & Norberg, A. (2007). Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of advanced nursing*, 57(4), 392–403. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04111.x>.
- Gunja, M., Gumas, E., Williams II, R., Doty, M., Shah, A., & Fields, K. (2022) *Stressed Out and Burned Out: The Global Primary Care Crisis – Findings from the 2022 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians* (Commonwealth Fund, Nov. 2022). <https://doi.org/10.26099/j2ag-mx88>.
- Harry, E., Sinsky, C., Dyrbye, L., Makowski, M., Trockel, M., Tutty, M., Carlasare, L., West, C., & Shanafelt, T. (2021). Physician Task Load and the Risk of Burnout Among US Physicians in a National Survey, *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 47, (2), 76-85, <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2020.09.011>.
- Hodkinson, A., Zhou, A., Johnson, J., Geraghty, K., Riley, R., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., Peters, D., Esmail, A., & Panagioti, M. (2022). Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 378: e070442 <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070442>.
- Isoard-Gautheur, S., Ginoux, C., Gerber, M., & Sarrazin, P. (2019). The Stress-Burnout Relationship: Examining the Moderating Effect of Physical Activity and Intrinsic Motivation for Off-Job Physical Activity. *Workplace health & safety*, 67(7), 350–360. <https://doi.org/10.1177/2165079919829497>.
- Kamal, A. H., Bull, J. H., Wolf, S. P., Swetz, K. M., Shanafelt, T. D., Ast, K., Kavalieratos, D., Sinclair, C. T., & Abernethy, A. P. (2016). Prevalence and Predictors of Burnout Among Hospice and Palliative Care Clinicians in the U.S. *Journal of pain and symptom management*, 51(4), 690–696. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.10.020> (Retraction published J Pain Symptom Manage. 2020 May;59(5):965).
- Kinman, G., & Wray, S. (2019). *Taking its toll: rising stress levels in further education*. UCU Publications; Available at: http://www.ucu.org.uk/media/pdf/q/b/ucu_festressreport14.pdf?CFID=22923281&CFTOKEN=47794b65a042a5a-A97173F8-AEFD-756C-7658D963909FB278.
- Kopp, M. S., Thege, B. K., Balog, P., Stauder, A., Salavecz, G., Rózsa, S., Purebl, G., & Adám, S. (2010). Measures of stress in epidemiological research. *Journal of psychosomatic research*, 69(2), 211–225. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.09.006>.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. Springer.

- Lourens, R. (2021). Burnout, Compassion Fatigue and Vicarious Trauma. *Clinical-Investigation*, 11(2), 37-40.
- Maes, S. & van Elderen, Th. (1998). Health Psychology and Stress. In: Eysenck, M. (Ed.) *Psychology: an integrated approach* (pp 590-623), Longman/Addison Wesley Longman.
- Maslach, C., Jackson, S.E., & Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual*, (3rd ed.) Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. (2000). Burnout. In: G. Fink (edt.). *Encyclopedia of stress* (Vol.1, pp. 358-362). Academic Press,
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>.
- Matsuo, T., Kobayashi, D., Taki, F., Sakamoto, F., Uehara, Y., Mori, N., & Fukui, T. (2020). Prevalence of Health Care Worker Burnout During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Japan. *JAMA network open*, 3(8), e2017271. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.17271>.
- Moreira, H.A., Souza, K.N., & Yamaguchi, M.U. (2018). Síndrome de Bournout em médicos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 43, (3),1-11, <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000013316>.
- Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. (2012). Burnout in mental health services: A review of the problem and its remediation. *Administration and Policy in Mental Health*, 39(5), 341-352. <https://doi.org/10.1007/s10488-011-0352-1>.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; National Academy of Medicine; Committee on Systems Approaches to Improve Patient Care by Supporting Clinician Well-Being. (2019). *Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being*. National Academies Press (US).
- Nadon, L., De Beer, L. T., & Morin, A. J. S. (2022). Should Burnout Be Conceptualized as a Mental Disorder? *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 12(3), 82. <https://doi.org/10.3390/bs12030082>.
- Osler, W. (1910) The Lumleian lectures on angina pectoris. *Lancet*, 175 (4517), 839-844, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)14114-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)14114-0)

- Putra, K., & Setyowati, S., (2019). Prevalence of burnout syndrome among nurses in general hospitals in provincial East Java: Cross-sectional study. *Enfermería Clínica*, 29, (2) 362-366.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.045>.
- Ray, S. L., Wong, C., White, D., & Heaslip, K. (2013). Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, Work Life Conditions, and Burnout Among Frontline Mental Health Care Professionals. *Traumatology*, 19(4), 255–267.
<https://doi.org/10.1177/1534765612471144>.
- Salman, M., Salman, D., & Lira, T. (2019). Síndrome do esgotamento profissional (burnout) em um hospital de cuidados paliativos: o cuidado como fator de risco. Yvanna Salgado (org.) *Cuidados Paliativos: Procedimentos para Melhores Práticas*. (pp.182-193). Atena Editora.
- Sánchez, J.C.F. Pérez-Mármol, J.M., & Ramírez, M.I. (2017). Influencia de factores sociodemográficos, laborales y de estilo de vida sobre los niveles de burnout en personal sanitario de cuidados paliativos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 40(3) 421-431
<https://dx.doi.org/10.23938/assn.0114>.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *The Career Development International*, 14(3), 204–220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>.
- Selye H. (1998). A syndrome produced by diverse nocuous agents. 1936. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 10(2), 230–231.
<https://doi.org/10.1176/jnp.10.2.230a>.
- Selye, H. (1979). Psychosocial implications of the stress concept. In: T.Manschreck (Ed.) *Psychiatric medicine update: Massachusetts General Hospital reviews for physicians* (pp. 33-52). Elsevier.
- Selye, H. (1946). The general adaptation syndrome and the disease of adaptation. *Journal of Clinical Endocrinology*, 6, 117.
- Selye H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill.
- van der Ploeg, E., & Kleber, R. J. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occupational and environmental medicine*, 60 Suppl 1(Suppl 1), i40–i46.
https://doi.org/10.1136/oem.60.suppl_1.i40.
- Yegros, D., Casagrande, P., Mongelos, D., Giménez, M., Miño, A., Arevalos, A., Oliveira da Silva, E., Ferreira, S., & Diaz, P., (2019). Síndrome de burnout em estudantes da faculdade de medicina da universidade internacional tres fronteras (uninter) Ciudad Del Este, Paraguai. in: I. Arioli (Org.) *Psicologia da saúde: teoria e intervenção*. Atena Editora,
<https://doi.org/10.22533/at.ed.70119120310>.

World Health Organization [WHO] (2019) Burn-Out an “Occupational Phenomenon”: International Classification of Diseases.
https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en.

A Automação Robótica de Processos como catalisador de felicidade no local de trabalho

Marco Pinheiro

ISCTE-IUL; *bten - business & technology experts' network*

Resumo

As rápidas mudanças e saber lidar com elas, são um desafio constante para as organizações e, em especial, para empresas que atuam em mercados competitivos, sendo que isto é especialmente o caso no que diz respeito à inovações na área das tecnologias de informação e comunicação (TIC). Contudo, a implementação de TIC, per si, não melhora necessariamente o bem-estar e felicidade no local de trabalho e pode até piorá-los. Procedeu-se a um estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, numa amostra de 341 trabalhadores de um conjunto de 32 empresas, objetivando-se avaliar o impacto do uso de *Robotic Process Automation* (RPA) na felicidade dos trabalhadores. Os resultados mostram que os trabalhadores que usam o RPA nas suas tarefas do dia a dia, apresentam níveis de felicidade superiores aos demais, sendo que as diferenças são estatisticamente significativas. O presente estudo, tal como vários outros aqui referenciados, devem servir de orientações para quem, dentro das organizações, tem que tomar decisões sobre as TIC a utilizar e adquirir.

Palavras-chave: *Robotic Process Automation* (RPA), felicidade, bem-estar ocupacional, tecnologias de informação e comunicação, saúde ocupacional.

Enquadramento Teórico

As rápidas mudanças e saber lidar com elas, são um desafio constante para as organizações e, em especial, para empresas que atuam em mercados competitivos, sendo que isto é especialmente o caso no que diz respeito à inovações na área das tecnologias de informação e comunicação (TIC), atualmente imprescindíveis para poder ter sucesso em qualquer atividade empresarial (Sambamurthy et al., 2003). Neste contexto, argumenta-se que um sistema de informação “que suprime a capacidade de uma organização ser ágil não pode ser tolerado, pois pode levar ao fim da organização” (Seo & la Paz, 2008, p. 139).

Estas constantes inovações tecnológicas são o desafio que as empresas e seus colaboradores têm que enfrentar, já que, também estes, têm que mudar constantemente a sua forma de trabalhar e adaptar-se a novos desenvolvimentos. Num estudo em que participaram vinte utilizadores de tecnologias de informação, concluiu-se que, em média, usavam 16 aplicações diferentes por dia, mostrando, não só a grande dependência das TIC mas, também e provavelmente mais revelador de riscos, a necessidade de estar constantemente preparado para todas as inovações que ocorrem nessas aplicações (Meyer et al., 2017). Ou seja, as TIC vieram melhorar e facilitar o trabalho em muitas situações, mas também veio introduzir novos desafios e dificuldades, o que levou Brod, já no ano de 1982, definir o 'technostress', como: “uma condição resultante da incapacidade de um indivíduo ou organização de se adaptar à introdução e operação de novas tecnologias” (Brod, 1982, p. 754).

Não podemos igualmente ignorar que a felicidade, como medida do bem-estar, tem vindo a ganhar importância nas últimas décadas, não sendo só estudada na área científica da psicologia, mas também noutras áreas, como por exemplo na economia e gestão, onde, por exemplo, há cada vez mais países a calcularem a Felicidade Interna Bruta, além dos tradicionais dados económicos do país (Galvão et al., 2019). Contudo, o mundo moderno impõe cada vez mais exigências aos indivíduos, promovendo altos níveis de ansiedade, depressão e stress, que por sua vez podem influenciar negativamente a felicidade e consequentemente o bem-estar (Galvão et al., 2019).

No entanto, a felicidade é definida de várias formas na literatura. Por um lado, é definida como relacionando-se com a satisfação com a vida, a alegria, o prazer, e/ ou o bem-estar subjetivo (Jalloh et al., 2014). Já outros estudos indicam que a felicidade tem três dimensões: a frequência e grau de comprometimento positivo; o nível médio de satisfação com a vida durante um período de tempo; e, a ausência de emoções negativas, como a ansiedade ou a depressão (Lu & Argyle, 1994).

No entanto, poucas dúvidas existem que a felicidade é uma das principais componentes da qualidade de vida em todas as idades, promovendo uma atitude positiva perante a vida, um autoconceito positivo, esperança, tentativa de alcançar metas, estabilidade nas relações sociais, satisfação com os outros, melhoria do trabalho em equipa e, em geral, uma melhoria da saúde mental (Lyubomirsky et al., 2006) e que reduz o risco de *burnout*, principalmente em trabalhos stressantes (Keramati, 2014).

No entanto, não obstante, existirem atualmente TIC que podem reduzir o *technostress* (Brod, 1982) e também melhorar consideravelmente a qualidade de vida no local de trabalho, muitos trabalhadores continuam a despende uma parte considerável do seu dia de trabalho com tarefas que envolvem tarefas repetitivas e monótonas, sendo que estes são desmotivadores e contribuem para problemas psicossociais (Eurofound and EU-OSHA, 2014). Por outro lado, tarefas muito complexas também podem contribuir para situações stressoras para o trabalhador envolvido, a menos que tenham as competências para lidar com elas.

No entanto, uma das variáveis que parece ter um impacto significativo na felicidade, saúde e bem-estar dos trabalhadores é a monotonia das tarefas que os trabalhos envolvem. Este indicador teve um pequeno aumento nos últimos anos. Em 2010, 46% dos trabalhadores da UE relataram que geralmente seu trabalho envolvia tarefas monótonas, em comparação com 43% em 2005. As diferenças entre os países em 2010 eram importantes: na Croácia, 64% dos trabalhadores relataram que seu trabalho envolvia tarefas monótonas, enquanto em Malta apenas 22% dos trabalhadores relataram o mesmo (Eurofound and EU-OSHA, 2014).

Impulsionado pelo efeito negativo que as tarefas repetitivas e monótonas têm no bem-estar dos trabalhadores, surge a Automação Robótica de Processos, normalmente designada pelo seu nome em inglês, ou seja, Robotic Process Automation (RPA). O RPA é o termo geralmente usado para ferramentas digitais que imitam as interações humanas com os sistemas existentes. No entanto, esta definição, apesar de verdadeira para as origens do RPA, está hoje desatualizada, pois as principais ferramentas RPA superaram essa definição restritiva e atualmente são ferramentas que combinam as imitações originais com complementos de última geração, como aprendizagem de máquina, processo mineração e inteligência artificial (Aalst et al., 2018).

A Gartner define Robotic Process Automation da seguinte forma: “As ferramentas RPA executam declarações [if, then, else] em dados estruturados, geralmente usando uma combinação de interações de interface do usuário ou conectando-se a APIs para conduzir servidores clientes, mainframes ou código HTML. Uma ferramenta RPA opera mapeando um processo na linguagem da ferramenta PA para o robô de software seguir, com tempo de execução alocado para executar o script por um painel de controle” (Tornbohm & Dunie, 2017, p. 3).

A utilização do RPA implica também uma mudança de paradigma, de uma abordagem de dentro para fora para uma abordagem de fora para dentro, ou seja, o RPA funciona nos sistemas de informação existentes, potenciando ao máximo as capacidades dos sistemas existentes, mantendo as necessidades de investimento baixas e tempos de implementação curtos (Aalst et al., 2018; Turcu & Turcu, 2021).

Atendendo ao descrito, e tendo como pano de fundo a conclusão que as tarefas repetitivas e monótonas têm um impacto negativo na felicidade dos trabalhadores e que o uso de RPA alivia os trabalhadores desse mesmo tipo de tarefas, objetivou-se avaliar o impacto do uso de RPA na felicidade dos trabalhadores.

Metodologia

Procedeu-se a um estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, numa amostra de 341 trabalhadores de um conjunto de 32 empresas, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Caraterização da Amostra

		n	%
Sexo	Masculino	97	28.4%
	Feminino	244	71.6%
	Total	341	100.0%
A empresa onde trabalha usa RPA?	Sim	152	44.6%
	Não	189	55.4%
	Total	341	100.0%
Você utiliza RPA nas suas atividades diárias?	Sim	117	34.3%
	Não	224	65.7%
	Total	341	100.0%

Definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar os níveis de felicidade dos trabalhadores incluídos na amostra
- Avaliar os níveis de felicidade dos trabalhadores incluídos na amostra, consoante utilizam ou não a ARP nas suas atividades diárias

Baseado nas premissas que (a) as tarefas repetitivas e monótonas têm um efeito negativo no bem-estar dos trabalhadores (Eurofound and EU-OSHA, 2014), (b) o *technostress* ser um risco existente com as constantes inovações nas TIC (Brod, 1982), e (c) que o uso de RPA reduz as tarefas repetitivas e monótonas dos trabalhadores (Aalst et al., 2018), formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

HI₁: Os trabalhadores que utilizam RPA nas suas tarefas diárias apresentam níveis de felicidade total superiores, aqueles que não usam esta tecnologia; e

HI₂: Os trabalhadores que utilizam RPA nas suas tarefas diárias apresentam níveis de felicidade superiores, em cada uma das três dimensões da felicidade em estudo, aqueles que não usam esta tecnologia

Como instrumento de recolha de dados utilizou-se um questionário online, disponibilizado a todos os trabalhadores que desempenhavam funções de “escritório”. O questionário era composto por duas partes: (i) questões socioprofissionais, tais como sexo, se a empresa onde trabalha utiliza RPA e se o respondente usa RPA nas suas atividades diárias e, (ii) o Oxford Happiness Questionnaire, na sua versão modificada (OHQ-VM) por Galvão et al. (2020), um questionário de autorrelato de 17 itens, respondidos numa escala de Likert de seis pontos, em que 1 significa “discordo totalmente” e 6 significa “concordo totalmente”. Avalia, além da Felicidade Total, as dimensões Alegria (6 itens), Positivismo (9 itens) e Confiabilidade (2 itens).

Em termos de análises estatísticas descritivas, foram calculadas a média de pontuação em cada uma das dimensões em estudo, bem como o respetivo desvio padrão e a mediana. No que diz respeito à análise correlacional, utilizado no caso em apreço para calcular a significância das eventuais diferenças entre grupos, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney, uma vez que se verificou a não normalidade da distribuição dos dados de acordo com as melhores práticas (Ghasemi & Zahediasl, 2012).

Foram tomadas em consideração todas as questões éticas necessárias, nomeadamente no que diz respeito ao anonimato dos respondentes, o consentimento informado e a possibilidade de não participação.

Para ir ao encontro dos objetivos de estudo e das hipóteses formuladas e, conforme descrito na metodologia, foram calculadas a média de pontuação em cada uma das dimensões em estudo, bem como o respetivo desvio padrão e a mediana e, no que diz respeito à análise correlacional, foram utilizados testes não paramétricos de Mann-Whitney, sendo que os resultados destas análises são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Análise descritiva e correlacional. Resposta à questão “Você utiliza RPA nas suas atividades diárias?”

		Alegria	p	Positivismo	p	Confiabilidade	p	Felicidade Total	p
Sim	M	4.23		5.05		4.20		4.66	
	DP	.844		.692		.965		.619	
	Mediana	4.28		5.10		4.33		4.56	
	n	117		117		117		117	
Não	M	3.40	<.001	4.39	<.001	3.57	<.001	3.94	.000
	DP	.674		.722		.874		.506	
	Mediana	3.49		4.42		3.60		4.11	
	n	224		224		224		224	
Total	M	3.69		4.61		3.78		4.19	
	DP	.834		.777		.954		.643	
	Mediana	3.68		4.63		3.83		4.24	
	n	341		341		341		341	

M=média, DP=Desvio Padrão, n=número, p=nível de significância

Como pode ser observado dos dados apresentados na Tabela 2, os 117 trabalhadores que utilizam o RPA nas duas atividades diárias, apresentam níveis de Alegria, Positivismo, Confiabilidade e Felicidade Total, superiores aqueles que não utilizam estas ferramentas nas suas atividades profissionais diárias. Não só são os níveis superiores, como as diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ($p<.05$).

Pode-se, desta forma, afirmar que foram confirmadas ambas as hipóteses de investigação e que em termos dos objetivos fixados os níveis de felicidade, estarem acima da média teórica de 3.50, continuam, para ambos os grupos, estarem em níveis relativamente baixo, com exceção da dimensão positivismo.

Conclusões

A inovação e as tecnologias de informação e comunicação rodeiam-nos no nosso dia a dia, sendo que, desde que devidamente aplicadas, podem significar um aumento na qualidade de vida dos trabalhadores em qualquer tipo de organização.

Contudo, a definição de quais as tecnologias a implementar poderá significar uma melhoria nas condições de trabalho, mas pode igualmente ser mais um causador de stress.

O presente estudo vem corroborar as conclusões de vários autores em que o Robotic Process Automation tem-se mostrado como uma tecnologia que efetivamente melhora o bem-estar dos trabalhadores (Aalst et al., 2018; Harrast, 2020; Jovanović et al., 2022; Turcu & Turcu, 2021), mostrando que

existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de felicidade, tanto total como nas três subdimensões, entre os trabalhadores que utilizam RPA e os restantes, com os primeiros a apresentarem melhores níveis.

O presente estudo, tal como vários outros aqui referenciados, devem servir de orientações para quem, dentro das organizações, tem que tomar decisões sobre as TIC a utilizar e adquirir. Historicamente essa função estava com os tecnólogos, sendo que nos últimos anos essa decisão tem passado cada vez mais, e bem, para os utilizadores, já que são aqueles que melhor entendem as suas necessidades.

Referências

- Aalst, W. M. P. van der, Bichler, M., Heinzl, A., van der Aalst, W. M. P., Bichler, M., & Heinzl, A. (2018). Robotic Process Automation. *Business Information System Engineering*, 60(4), 269–272. <https://doi.org/10.1007/s12599-018-0542-4>
- Brod, Craig. (1982). Managing technostress: Optimizing the use of computer technology. *Personnel Journal*, 61(10), 753–757.
- Eurofound and EU-OSHA. (2014). *Psychosocial Risks in Europe - Prevalence and Strategies for Prevention*. <https://doi.org/10.2806/70971>
- Galvão, A., Neves de Jesus, S., Pinheiro, M., & Viseu, J. (2020). The dimensions of happiness within the Oxford happiness questionnaire: developing a valid multidimensional measurement instrument for a portuguese sample. *Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 465–478. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v2.1871>
- Galvão, A., Pinheiro, M., Antão, C., Gomes, M. J., & Anes, E. (2019). A felicidade como catalisadora dos níveis de ansiedade, depressão e stress no ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Spe*, 7, 31–35.
- Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 10(2), 486–489.
- Harrast, S. A. (2020). Robotic process automation in accounting systems. *Journal of Corporate Accounting and Finance*, 31(4), 209–213. <https://doi.org/10.1002/jcaf.22457>
- Jalloh, A., Flack, T., & Chen, K. (2014). Measuring Happiness: Examining Definitions and Instruments. *Illuminare*, 12(1), 59–67.
- Jovanović, S. Z., Đurić, J. S., & Šibalića, T. v. (2022). Robotic Process Automation: Overview and Opportunities. *International Journal 'Advanced Quality*, 46(May 2019).

- Keramati, M. R. (2014). A comparison of health-related quality of life and job satisfaction in physically active and sedentary faculty members. *International Journal of Education and Applied Sciences*, 1(2), 68–77.
- Lu, L., & Argyle, M. (1994). Leisure satisfaction and happiness as a function of leisure activity. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 10(2), 89–96. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8176776>
- Lyubomirsky, S., Tkach, C., & DiMatteo, M. R. (2006). What are the differences between happiness and self-esteem? *Social Indicators Research*, 78(3), 363–404. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-0213-y>
- Meyer, A. N., Barton, L. E., Murphy, G. C., Zimmermann, T., & Fritz, T. (2017). The Work Life of Developers: Activities, Switches and Perceived Productivity. *IEEE Transactions on Software Engineering*, 43(12), 1178–1193. <https://doi.org/10.1109/tse.2017.2656886>
- Sambamurthy, V., Bharadwaj, A., & Grover, V. (2003). Shaping agility through digital options: Reconceptualizing the role of information technology in contemporary firms. *MIS Quarterly: Management Information Systems*, 27(2), 237–264. <https://doi.org/10.2307/30036530>
- Seo, D., & la Paz, A. I. (2008). Exploring the dark side of IS in achieving organizational agility. *Communications of the ACM*, 51(11), 136–139. <https://doi.org/10.1145/1400214.1400242>
- Tornbohm, C., & Dunie, R. (2017). *Market guide for robotic process automation software*.
- Turcu, C. E., & Turcu, C. O. (2021). Digital transformation of human resource processes in small and medium sized enterprises using Robotic Process Automation. In *International Journal of Advanced Computer Science and Applications* (Vol. 12, Issue 12, pp. 70–75). <https://doi.org/10.14569/IJACSA.2021.0121210>

Gestão do exercício físico em contexto laboral - a ginástica laboral - uma abordagem pragmática

Pedro M. Rodrigues & Raul F. Bartolomeu
Instituto Politécnico de Bragança

Introdução

Uma das consequências da industrialização e da modernização da sociedade foi a alteração profunda das funções desempenhadas pelo trabalhador e por conseguinte do posto de trabalho.

As organizações, para se adaptarem aos sempre crescentes desafios do contexto, têm-se focado em estratégias e soluções para a redução de custos, aumento da produtividade e da competitividade. A exigência de cada trabalho tem levado a cargas horárias cada vez maiores e com menos horas de pausa. A digitalização dos métodos de trabalho catalisou a transição para um trabalho mais sedentário, fazendo com que cada vez mais profissionais tenham agora de passar mais tempo numa secretária em frente a um computador. As organizações, devido não só aos produtos/serviços que oferecem, mas também à burocracia por elas exigidas, requerem que os seus colaboradores trabalhem sentados em frente a uma secretária. Este cenário gera uma intensificação do trabalho e do nível de exigência em relação aos resultados, favorecendo a elevação dos indicadores de doenças ocupacionais denominadas de Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT). A maioria das LMERT são lesões cumulativas, ou seja, são resultantes de uma exposição prolongada a um determinado esforço. Neste sentido, a atual duração de um dia de trabalho conjugada com os poucos e curtos intervalos ao longo do dia acaba por propiciar o aparecimento destas lesões. Segundo a Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho (2019), na Europa mais de um terço dos trabalhadores considera que o seu trabalho afeta negativamente a sua saúde. Desses, 60% relataram que as lesões musculoesqueléticas são o seu principal problema de saúde. Estas lesões podem levar a uma diminuição da produtividade do trabalhador e, em último caso, levar a que o trabalhador tenha que interromper temporariamente o seu serviço para poder receber cuidados de saúde. A organização, por seu lado, corre o risco de ver o seu produto/serviço comprometido por falta de trabalhadores. Noutro cenário, poderá perder um bom profissional que terá de substituir, para cobrir a ausência do trabalhador afastado por doença ou lesão. Assim, parece imperativo que se criem estratégias que se possam adequar aos mais variados postos e horários de

trabalho, que visem promover formas de anular, prevenir ou pelo menos mitigar os efeitos nefastos provocados pelos longos períodos de sedentarismo sentado. Como forma de zelar pela saúde do trabalhador e pela estabilidade e produtividade da empresa, tem emergido o interesse pela temática da ginástica no local de trabalho, ou ginástica laboral (GL).

É objetivo do presente capítulo abordar alguns dos efeitos físicos do trabalho que se desenvolve sentado por longos períodos e sugerir um programa de GL para a melhoria da aptidão física dos trabalhadores. Apesar de esta problemática se estender a diferentes tipologias de posto de trabalho, este capítulo pretende apenas abordar a questão do sedentarismo e a atividade física no posto de trabalho classificado como “de escritório”. Este trabalho é habitualmente desenvolvido em edifícios, habitualmente organizados em escritórios, gabinetes ou outros similares, nos quais o colaborador da organização desempenha as suas funções maioritariamente na posição de sentado em frente a uma secretária. Foi efetuada uma revisão da literatura centrada nas consequências físicas do trabalho de escritório, nas alternativas ao posto de trabalho “tradicional” e na ginástica laboral. Por fim, foi elaborada uma proposta de programa de ginástica laboral passível de ser efetuada em qualquer posto de trabalho “de escritório”.

Consequências físicas do trabalho de escritório – o sedentarismo e a lesão musculoesquelética

A nova realidade do mercado de trabalho leva a que uma boa parte da população passe, por dia, mais horas na posição de sentado do que aquelas que são aconselhadas pelos profissionais de saúde. A literatura da especialidade mostra que a prática regular de atividade física está relacionada com a proteção e prevenção contra as chamadas “doenças contemporâneas” como a doença cardiovascular (Durand et al., 2011; Horton, 2009; Wen et al., 2011), a obesidade (Goodpaster et al., 2010; Hu et al., 2004; Saris et al., 2003) e a diabetes (Bassuk & Manson, 2005; Nemet et al., 2005; Unick et al., 2013). Por outro lado, o sedentarismo é uma das principais causas do aparecimento das referidas doenças (Ekelund et al., 2019; Furlanetto et al., 2017; Kohl, 2001; Lavados et al., 2011; Patterson et al., 2018) bem como da mortalidade global (Ekelund et al., 2020; Patterson et al., 2018).

Dado que um adulto comum passa a maior porção do seu dia no posto de trabalho, não é de estranhar que o “trabalho contemporâneo” seja hoje uma das principais causas desse mesmo sedentarismo. Ademais, a permanência de grandes períodos na posição de sentado podem levar ainda ao aparecimento

complicações ou lesões musculoesqueléticas (Boukabache et al., 2021; Lurati, 2018; Mansur et al., 2020) que, a longo prazo, podem afetar a qualidade de vida do trabalhador e a sua saúde.

Segundo Punnett e Wegman (2004) podem estar englobados naquilo que é a lesão musculoesquelética uma grande variedade de condições inflamatórias e degenerativas que afetam os músculos, tendões, ligamentos, articulações, nervos periféricos, e vasos sanguíneos de suporte. Estes incluem síndromes tais como inflamações dos tendões e outras condições relacionadas (como a tenossinovite, epicondilite e bursite), distúrbios da compressão nervosa (síndrome do túnel cárpico, ciática) e osteoartrose. Incluem ainda outras condições não atribuíveis a uma patologia conhecida como a mialgia, a dor lombar e outras síndromes de dor zonal. Segundo a Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho (2001) quando existem fatores de risco de origem profissional que de qualquer forma contribuem para o aparecimento, desenvolvimento ou agravamento de qualquer uma destas condições, pode considerar-se que se está perante uma lesão musculoesquelética relacionada com o trabalho (LMERT).

As LMERT mais comuns são a síndrome do túnel cárpico, tendinites e raquialgias. A síndrome do túnel cárpico é uma lesão de um nervo periférico, provocada pela compressão do nervo mediano num espaço limitado, o túnel cárpico, que se encontra localizado no punho. As posições de extensão excessiva do punho ou de hiperflexão são algumas das causas da síndrome do túnel cárpico. São também comuns as tendinites, inflamações dos tendões, e as alterações posturais. A permanência prolongada em posturas não naturais são causa do aparecimento da epicondilite lateral (no cotovelo), ou outras tendinites como nos ombros e punhos. As raquialgias, também conhecidas por “dores nas costas”, devem-se, na maioria dos casos, à deterioração degenerativa ou à alteração funcional das estruturas musculo-ligamentares da coluna. As lombalgias e as cervicalgias são as queixas mais frequentes. As posturas prolongadas na posição de pé ou a permanência na posição de sentado no trabalho com computador são algumas das possíveis causas de raquialgias.

O posto de trabalho

Ergonomia do posto de trabalho

Na tentativa de minimizar os efeitos nefastos causados pela realização de esforços repetitivos e prolongados ou a adoção de más posturas por largos períodos, as empresas tecnológicas e de mobiliário conduzem recorrentemente estudos de ergonomia. Ergonomia não é mais do que a pesquisa, o estudo, o

desenvolvimento e aplicação de regras e normas a fim de organizar o trabalho, tornando-o compatível com as características físicas e psíquicas do ser humano. Ou seja, objetivam adaptar o material tecnológico e mobiliário do posto de trabalho ao trabalhador para que o trabalho possa ser realizado na melhor postura possível. Para tal, pretende-se que haja uma manutenção dos ângulos articulares de conforto, com a finalidade de manter o corpo estável contra a influência de forças perturbadoras (como por exemplo, a gravidade). Se o trabalhador conseguir executar o seu trabalho com um alinhamento esquelético ideal, fá-lo-á com menos esforço e menos sobrecarga, o que, em última análise, levará a uma maior eficiência.

Em termos do trabalho de escritório, é recomendável que o trabalhador esteja com a parte superior do monitor do computador ao nível dos olhos. Para tal, alguns monitores permitem o ajustamento da altura do ecrã. O facto de ser recomendado que as mãos estejam à mesma altura que o cotovelo e apoiadas pelo antebraço, faz com que algumas cadeiras tragam apoios de antebraço. Ademais, apoios de punho nos tapetes dos ratos e nos teclados permitem que o punho esteja relaxado. Por fim, ratos e teclados são fabricados em diversos formatos, alguns preocupados em acomodar melhor a posição natural das mãos no prolongamento do antebraço. O advento do “gaming” trouxe à ordem do dia a necessidade de estar confortável numa estação de trabalho. Alguns fabricantes colocam no mercado mesas de trabalho com altura regulável, para poderem acomodar pessoas de diversas estaturas. Ademais, a mesa de trabalho deve ter espaço para acomodar as necessidades de cada posto. Por exemplo, espaço para uma posição apoiada dos braços enquanto se escreve no teclado ou mexe com o rato, permitindo ter outros itens secundários a uma distância alcançável. Já no segmento das cadeiras, as empresas mais preocupadas com a postura corporal lançam modelos que permitem vários ajustes. Para minimizar o aumento da pressão intradiscal na coluna derivada da posição de sentado, as costas da cadeira devem permitir uma inclinação de entre 100° e 110° em relação ao banco com um apoio lombar e dorsal (para a manutenção da curvatura natural da coluna). Os antebraços do indivíduo sentado devem estar num ângulo de 90° com o braço, e este último juntamente com o ombro, relaxados. Assim, a cadeira deve ter um apoio de antebraço e idealmente permitir a sua regulação em altura (para poder subir permitindo o apoio completo do antebraço ou para baixar permitindo aproximar a cadeira à mesa para permitir o apoio dos antebraços na mesa). Os joelhos devem estar flexionados também a 90° com um apoio completo do pé no chão. Deste modo, a cadeira deve permitir ajustes na altura do banco (para acomodar pessoas de

várias estaturas) e na profundidade do banco (para uma distribuição do peso das pernas também pelo banco).

Estudos antropométricos ajudam no estabelecimento da margem de ajuste do material ao trabalhador. No entanto, ressalva-se que seria muito difícil corresponder na perfeição às necessidades individuais de todos. Por isso, o material é desenhado para corresponder às características da maioria da população, mas não de toda. Geralmente o material acomoda 90% da população, aquela acima do percentil 5 e abaixo do 95. Isto porque acomodar os extremos significaria permitir ajustes de tal ordem que inviabilizariam a produção de algum material tal como o conhecemos.

Não obstante todo o apoio que o trabalhador possa ter do material tecnológico e mobiliário, este só vem minimizar os efeitos negativos sobre o sistema musculoesquelético. O trabalhador de escritório continua a ter perfil sedentário, não natural ao ser humano. Portanto, a GL configura-se como uma necessidade mesmo para os que têm o privilégio de ter o material mais ergonómico ao seu dispor.

Estações de trabalho ativo

Recentemente, pesquisadores começaram a estudar intervenções destinadas a quebrar e reduzir o tempo sedentário ao longo da jornada de trabalho, substituindo a estação de trabalho sentada, que promove o comportamento sedentário, por estações de trabalho ativas. Postos de trabalho em pé, em passadeira ou bicicleta mudam o paradigma ergonómico típico das 09:00 às 17:00 do dia de trabalho, permitindo uma mudança de postura (ou seja, sentado vs. em pé) e melhor ativação muscular durante as atividades de trabalho (figura 1). Muitos estudos sugerem que as estações de trabalho ativas podem reduzir o tempo sedentário no trabalho, manter a produtividade, aumentar o gasto de energia, regular a hipertensão pressão, aliviam a dor nas costas, aumentar o afeto positivo e aumentar as habilidades cognitivas, em comparação com as estações de trabalho sentadas convencionais.



Figura 1- Estações de trabalho ativa: posição de pé, bicicleta e passadeira.

O comportamento sedentário pode ser definido como “qualquer comportamento de vigília caracterizado por um gasto de $< 1,5$ equivalentes metabólicos (METs), na postura de sentado, reclinado ou deitado” (Meneguci et al., 2015). Estudos epidemiológicos revelaram que o tempo excessivo passado sentado pode aumentar a probabilidade de problemas de saúde, incluindo diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, cancro, obesidade e todas outras causas mortalidade.

Os trabalhadores de escritório correm maior risco, pois passam mais de metade da sua jornada de trabalho sentados. Em um estudo, os funcionários de escritório gastaram 82% das horas de trabalho e 69% das horas não laborais envolvidas em comportamento sedentário (Ryde et al., 2014).

Evidências crescentes têm mostrado que o comportamento sedentário no local de trabalho pode ser reduzido fazendo mudanças no ambiente de trabalho, tais como a introdução de postos de trabalho ativos (Manini et al., 2015). Um posto de trabalho ativo permite que as pessoas incorporem a atividade física numa tarefa sedentária, que pode incluir diferentes tipos de atividade, como caminhar em passadeira, pedalar uma bicicleta ergométrica, usar um aparelho elíptico, ou simplesmente de pé numa mesa com altura ajustável (Torbeyns et al., 2014).

Por exemplo, um estudo piloto substituiu as “mesas de estar fixas” por “estações de trabalho sentadas em pé” para permitir que os funcionários de escritório tenham a opção de alternar entre sentado e em pé (Alkhajah et al., 2012). Após uma semana, o grupo de intervenção diminuiu o tempo sentado em 143 minutos por dia em comparação com o grupo de controlo (Alkhajah et al., 2012). Um estudo semelhante, usando mesas com passadeira relataram uma redução significativa de 9% no tempo sedentário, correspondente a uma redução de mais de 90 minutos no final de uma intervenção de seis meses, mas

este efeito diminuiu para 43 minutos aos 12 meses pós-intervenção (Koepp et al., 2013).

Máquinas de pedal portáteis também têm sido usadas para aumentar a atividade sentado, o que é chamado de “sentado ativo” e um estudo relatou uma redução de 60 minutos por dia no tempo sedentário ao final de uma intervenção de três meses (Carr et al., 2013). Esses estudos sugerem que o tempo sentado pode ser reduzido no local de trabalho usando estações de trabalho ativas. Resultados similares foram relatados em programas de intervenção com a adoção de mesas ‘quentes’ em pé, num escritório “open space” em que os funcionários foram incentivados a trabalhar de pé de forma alternada (Gilson et al., 2012).

As estações de trabalho ativas têm sido recomendadas para reduzir o comportamento sedentário no local de trabalho e parece que a utilização destes postos de trabalho não têm impacto na produtividade. Ojo et al. (2018) concluem que as mesas que permitem a posição sentado e em pé não diminuem o desempenho. A análise bibliográfica levada a cabo pelos autores relata que os estudos existentes que avaliam a produtividade no local de trabalho após o uso prolongado de uma estação de trabalho ativa, ainda que em número escasso, não indicam efeitos significativos sobre a produtividade.

No entanto, alguns estudos com estações de trabalho de passadeira e ciclismo indicam que podem existir diminuições no desempenho. Dupont, F. et al. (2019) também realizaram uma revisão sistemática dos artigos que comparam os benefícios entre as estações de trabalho em pé, em passadeira e em bicicleta. Aparentemente as estações de trabalho em passadeira induzem maior movimento/atividade e maior atividade muscular nos membros superiores em comparação com estações de trabalho em pé. As estações de trabalho em passadeira e bicicleta resultaram em aumento da frequência cardíaca, diminuição da pressão arterial ambulatorial e aumento do gasto energético durante o dia de trabalho, em comparação com estações de trabalho em pé. Estações de trabalho em passadeira reduziram a habilidade motora fina (isto é, digitação, apontar do rato e tarefas combinadas de teclado/rato) quando comparadas com as estações de trabalho em bicicleta e em pé. Estações de trabalho de bicicleta resultaram em velocidades de processamento de tarefas simples aprimoradas em comparação com estações de trabalho em pé e em passadeira. As estações de trabalho em passadeira e bicicleta aumentaram a excitação e diminuíram o tédio em comparação com as estações de trabalho em pé. Os benefícios associados a cada tipo de estação de trabalho ativa (por exemplo, em pé, passadeira, andar de bicicleta) podem não ser equivalentes. No

geral, as estações de trabalho de bicicleta e passadeira parecem fornecer maiores mudanças fisiológicas de curto prazo quando comparadas com as estações de trabalho em pé. Andar de bicicleta, passadeira e estações de trabalho em pé parecem mostrar benefícios de produtividade de curto prazo; no entanto, as estações de trabalho em passadeira podem reduzir o desempenho das tarefas ao computador. Estes resultados estão alinhados com o trabalho de Frodsham et al. (2020), que num estudo comparativo entre três estações de trabalho, estacionário, bicicleta e passadeira, concluíram que as estações de trabalho ativas não parecem ter grande impacto nas habilidades cognitivas, com exceção de uma ligeira diminuição no desempenho da memória verbal. Os resultados sugerem estações de trabalho ativas, seja caminhando ou andando de bicicleta, são úteis para melhorar a atividade física, particularmente ao completar tarefas que não requerem recuperação de memória verbal.

Ginástica laboral

Enquadramento

O ambiente de trabalho é cada vez mais usado como um espaço de promoção de saúde e de atividades de prevenção de saúde (não só para evitar doenças e acidentes de trabalho, mas para diagnosticar e melhorar a saúde das pessoas em geral). Entre os exemplos para atingir esse objetivo a OMS (Organização Mundial de Saúde, 2010) destaca a flexibilidade nos horários e ritmos de trabalho e a adoção de pausas durante o trabalho para permitir a prática de exercícios. As recomendações da OMS são recentes, mas há registos de que, pelo mundo, já no início do século XX teria havido programas de intervenção que visavam a prática de ginástica de prevenção em intervalos laborais. Esta prática ter-se-á iniciado na Polónia, em 1925, sob o desígnio de “ginástica de pausa”, expandindo-se mais tarde para a Holanda e Rússia. No Japão, a partir de 1928, esta prática passou a ser considerada uma estratégia de quotidiano visando o controlo da saúde e a descontração nos ambientes de trabalho (Polito & Bergamaschi, 2002). Apesar dos registos históricos, efetivamente só mais recentemente se tem assistido ao crescimento da atenção pública e privada e do número de investigações relacionadas com a GL. GL, popularmente conhecida como “ginástica na empresa” pode ser definida como um programa estruturado e planeado de atividade física praticada durante o horário de trabalho, no próprio local de trabalho ou nalgum espaço específico dentro da empresa. Esta atividade, preferencialmente orientada por algum profissional da área, tem como principal objetivo o alívio ou a prevenção de patologias relacionadas com as atividades laborais repetitivas, procurando compensar as estruturas musculoesqueléticas mais utilizadas e ativar as que

não são tão requisitadas durante o trabalho, relaxando-as e tonificando-as. A criação de tempos designados para a GL, cria um espaço que permite, para além da melhoria da aptidão física dos trabalhadores, enfatizar a importância da prática de atividade física e promover a socialização ao mesmo tempo que se quebra o ritmo das tarefas monótonas e repetitivas.

Definição e classificação de GL

Segundo (Freitas-Swerts & Robazzi, 2014) GL é uma atividade de prevenção e compensação considerada como uma das medidas para combater distúrbios físicos e emocionais, tendo como objetivo a prevenção das doenças que o trabalho repetitivo e monótono pode acarretar e que podem levar em última análise aos acidentes de trabalho e baixa produtividade. Segundo Lima (2019) com a implementação da GL pretende-se compensar os movimentos repetidos e combater as posturas incorretas por meio de atividades físicas diárias realizadas no local de trabalho, preparando o organismo para o trabalho físico, prevenindo as LMERT e diminuindo o stress. A GL pode ser classificada quanto ao horário de execução e quanto ao objetivo que possui. A primeira classificação divide o expediente de trabalho em três momentos: preparatório (no começo do expediente de trabalho), o compensatório (no meio do expediente), e o relaxante (no fim do expediente). A segunda classificação, embora similar, prioriza a caracterização dos objetivos da intervenção. Assim, diferencia os objetivos para a aplicação da GL em: preparatória (prepara o trabalhador para atividades de força, velocidade ou resistência), ginástica de compensação (previne a instalação de vícios posturais), ginástica corretiva (restabelece o equilíbrio muscular e articular) e ginástica de conservação ou manutenção (mantém o equilíbrio fisiomorfológico). Neste trabalho será adotada a categorização da GL segundo os objetivos e horário de aplicação proposta por Lima (2019), a saber: GL de aquecimento ou preparatória; GL compensatória ou de pausa; GL de relaxamento ou final de horário e trabalho. A GL de aquecimento ou preparatória é um programa com duração aproximada de 5 a 10 minutos, realizado antes do início da jornada de trabalho (ou nas primeiras horas). Tem como objetivo principal preparar os colaboradores, aquecendo, sobretudo, os grupos musculares que serão solicitados nas tarefas profissionais, proporcionando também maior disposição para o começo do trabalho. Utiliza-se uma sequência de exercícios para grandes grupos musculares, com baixa solicitação de força e com os objetivos de aquecer os diversos grupos musculares, diminuindo o risco de distensões e aumentando gradualmente o metabolismo do corpo (V. Lima, 2019). A GL compensatória ou de pausa tem a duração aproximada de 10 minutos e é realizada durante a

jornada de trabalho. Propositadamente é interrompida a monotonia operacional com a realização de exercícios específicos de compensação das estruturas sobrecarregadas e das posturas solicitadas nos postos de trabalho (V. Lima, 2019). A ginástica compensatória ou de pausa, é indicada para os casos em que os trabalhadores desempenham tarefas que exigem posturas estáticas durante longos períodos, com baixa alternância postural ou aquelas que exigem maior esforço físico. A GL de relaxamento ou de final de horário de trabalho, é uma ginástica com uma duração aproximada de 10 minutos que precede o final da jornada de trabalho. Este tipo de GL objetiva, através do relaxamento, meditação e consciencialização corporal, reduzir a ansiedade e a tensão acumuladas durante o dia de trabalho (V. Lima, 2019).

Revisão da literatura, resultados e questões metodológicas

A Organização Mundial da Saúde (2010) recomenda um ambiente de trabalho saudável no qual os trabalhadores e os gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho. Nesse sentido é necessário ter em conta as seguintes considerações estabelecidas sobre as bases das necessidades previamente determinadas: a) Questões de segurança e saúde no ambiente físico de trabalho; b) Questões de segurança, saúde e bem-estar no ambiente psicossocial de trabalho, incluindo a organização do trabalho e cultura da organização; c) Recursos para a saúde pessoal no ambiente de trabalho; e d) Envolvimento da empresa na comunidade para melhorar a saúde dos trabalhadores, de suas famílias e outros membros da comunidade.

Quando os programas de GL são bem estruturados e associados a intervenções ergonómicas para adequação das condições de trabalho, os resultados são significativos. Num estudo recente de revisão bibliográfica, lackstet et al. (2018) concluiu que a GL pode interferir benéficamente na saúde e na qualidade de vida, tendo impacto positivo no dia a dia do trabalhador e na sua jornada de trabalho. Adicionalmente parece contribuir para uma perceção de maior eficácia no trabalho e redução das faltas e baixas médicas. Foi ainda constatado nalguns estudos que, derivado da experiência positiva na GL o trabalhador acabou por difundir a prática por familiares e amigos.

Lowe e Dick (2014) levaram a cabo uma revisão dos estudos que analisaram a eficácia do exercício como intervenção no local de trabalho para controlar a dor, os sintomas e a incapacidade do pescoço e ombro, publicados entre os anos de 1997 e 2014. Os resultados desta revisão sugerem que o exercício no local

de trabalho pode ser eficaz como prevenção e alívio terapêutico dos sintomas do pescoço e ombro.

Num estudo conduzido entre utilizadores de computador, por Dalager et al. (2015), com queixas em coluna cervical e extremidades superiores, concluiu que, num curto prazo, é possível reduzir as queixas de dor com um processo educativo apropriado e exercícios de mobilização, alongamento, fortalecimento e relaxamento. Reforçando assim a importância de pausas para a prática de exercícios e redução do tempo em posturas estáticas, diminuindo o desconforto apontado pelos funcionários nas zonas dos punhos, da coluna cervical e ombros.

Taylor (2011) propõe um modelo designado de “Ripple Breaker Break Effect” no qual os benefícios de as pausas ativas, designadas pelos autores como “Booster Breaks” podem resultar em benefícios em seis dimensões: (i) comportamentos (ou seja, atividade física, meditação ou respiração rítmica); (ii) melhorar a saúde, diminuir o stress e aumentar a energia e o prazer; e (iii) melhorar o moral dos funcionários; (iv) melhorar a produtividade; (v) redução de custos com a saúde; e (vi) melhoria da imagem/reputação da empresa. Este modelo foi testado empiricamente por Taylor et al. (2013), com uma amostra de 82 participantes num programa de pausas ativas. Neste estudo os autores identificam três dimensões de benefícios resultantes de um modelo de intervenção baseado em pausas ativas, correspondentes aos três primeiros níveis do Modelo de Efeitos *Ripple Breaker Break* desenvolvido por Taylor (2011).

Apesar dos estudos presentes na literatura indicarem benefícios da GL nos trabalhadores, a multiplicidade de metodologias utilizadas torna difícil de comparar a eficácia dos diversos programas implementados e, portanto, de perceber qual será a metodologia mais adequada ou eficaz. Num estudo de revisão, Lima et al. (2017) faz referência a diferentes modelos de questionários de avaliação da redução dos desconfortos musculoesqueléticos, diferentes características do programa de treino (frequência semanal, duração da sessão, intensidade da sessão e tempo de implementação do programa), a diferente capacidade funcional inicial dos trabalhadores, aspetos singulares ligados à organização do trabalho e diferentes motivações para a prática. Estas diferenças tornam a repetibilidade dos estudos virtualmente impossível. No entanto, pese embora Lima et al. (2017) reporte uma diversidade de métodos utilizados e a falta de uniformidade na escolha de instrumentos, o mesmo autor refere que os estudos selecionados foram controlados, aleatórios e todos os instrumentos possuem boas propriedades psicométricas.

Volume das sessões de GL

Qualquer programa de atividade física precisa respeitar os princípios básicos da construção de sessões de treino. Entre eles estão o volume de treino, ou seja, o produto da quantidade de treinos semanais (frequência semanal) pelo tempo de cada sessão de treino (duração). No que respeita à frequência semanal Lima et al. (2009) recomenda que, para se conseguir alterações nos indicadores quantitativos e contribuições fisiológicas significativas para a saúde do trabalhador, um o programa deve contemplar uma frequência mínima de três vezes por semana, com aulas de dez a quinze minutos de duração e, se possível, no início, do dia de trabalho, durante as pausas e no final do dia. Em alternativa, se o objetivo do programa for a educação para a saúde (estimular a mudança de comportamento e adoção de estilos de vida mais ativos) uma frequência semanal de 2 vezes pode ser suficiente, possibilitando ainda a melhoria da flexibilidade, integração social, pausa para relaxamento e alívio da fadiga mental. Para qualquer um dos casos, o mesmo autor ressalta a necessidade da GL ser planeada e ministrada por profissionais de Educação Física, que utilizem os conceitos da periodização do treino para favorecer o aspeto funcional dos exercícios de melhoria da aptidão física relacionada com a saúde.

Relativamente à frequência semanal e duração das sessões, parece existir alguma flexibilidade para as organizações e para os funcionários no que respeita à organização do tempo para integrar os treinos de forma eficaz num horário semanal de trabalho. Conforme mencionado e corroborado por Andersen et al. (2012) não é claro qual será o programa ideal. Os autores realizaram um estudo para verificar qual seria a melhor combinação de frequência e duração dos exercícios para a diminuição de dor na região do pescoço e ombros. Um total de 447 trabalhadores de setores administrativos foram divididos aleatoriamente em quatro grupos: um grupo realizou os exercícios 1 vez por semana com 1 hora por sessão; um segundo grupo realizou 3 vezes por semana em sessões de 20 minutos; um terceiro grupo 9 vezes por semana durante 7 minutos e; um grupo controlo, que não recebeu qualquer programa de atividade física, mas respondeu aos mesmos questionários que os grupos de intervenção. O resultado apontou redução de dor para todos os grupos de intervenção. Também lackstet et al. (2018) sugerem no seu trabalho de revisão que os benefícios da GL parecem ser independentes da frequência semanal das sessões e da duração de implementação do programa, já que são encontrados benefícios em programas com todo o tipo de combinação destes 3 fatores.

Embora ainda não seja conclusiva a frequência e duração dos exercícios, vale ressaltar que os benefícios reportados não estão em causa e são mensuráveis nas seis dimensões propostas por Taylor (2011): (i) comportamentos (ou seja, atividade física, meditação ou respiração rítmica); (ii) melhorar a saúde, diminuir o estresse e aumentar a energia e o prazer; e (iii) melhorar o moral dos funcionários; (iv) melhorar a produtividade; (v) redução de custos com a saúde; e (vi) melhoria da imagem/reputação da empresa. Assim, e também para facilitar a flexibilização dos programas de GL, ou seja, para melhor se adaptar aos horários dos trabalhadores e das empresas, Andersen et al. (2012) sugere que sejam adotadas as combinações de frequência semanal com duração de sessão que mais se adapte à díade trabalhador-empresa, por forma a totalizar no mínimo 1h por semana.

Facilitadores e barreiras para não participação

De facto, a flexibilização parece ser um fator preponderante aquando da adesão dos trabalhadores e empresas à GL. Bredahl et al. (2015) identificou que os trabalhadores que reportaram maior flexibilidade no planeamento das tarefas afirmaram que essa flexibilidade os mantém motivados e torna possível a exercitação durante a jornada de trabalho. Isto porque, não obstante o impacto dos programas de GL na aptidão funcional, parecem subsistir um conjunto de constrangimentos que impedem ou limitam a implementação da GL no ambiente organizacional. A baixa adesão aos programas de ginástica laboral tem sido investigada no sentido de entender o problema e as possíveis barreiras à participação e, desta forma, planejar melhor as intervenções e discutir as interações entre os domínios físico, social e organizacional no ambiente de trabalho (Soares et al., 2006).

Vários estudos avaliaram os fatores organizacionais do trabalho que podem influenciar a adesão e afastar os sujeitos da prática de GL. Kallas e Batista (2009) e Grande e Silva (2014) reportaram que trabalhadores de setores administrativos referiram que “falta de tempo”, “excesso de trabalho”, “compromissos diversos”, “já praticam atividade física” ou “não gostar da intervenção” foram os principais fatores de impedimento. Por outro lado, Grande e Silva (2014) identificaram como principais facilitadores a possibilidade de melhorar a saúde (76,16%) e aumentar a disposição para o trabalho (55,63%).

Um estudo realizado por Lima et al. (2003), numa amostra constituída por 262 trabalhadores de ambos os sexos que não participavam num programa de GL que abrangia cerca de 3.200 funcionários de uma empresa, reporta que as

barreiras mais frequentes à prática de GL, por ordem de importância, foram: “compromissos diversos”, “já realizava atividade física paralela”, “falta de motivação”, “horário inadequado”, “aspectos relacionados à saúde”, “excesso de trabalho”, “falta de tempo” e “não gosta e/ou não quer”.

Soares et al. (2006), num estudo para verificar as razões da não adesão a um programa de GL, detetaram que a organização do próprio trabalho pode ser um fator de impedimento a uma maior adesão ao programa, apesar do apoio formal por parte da empresa e do reconhecimento da importância dos objetivos do programa pelos trabalhadores. De facto, parece essencial este reconhecimento. O grau de confiança que um indivíduo deposita na realização de determinada atividade (ou na mudança comportamental) é uma das variáveis-chaves no processo de mudança de comportamento (Araújo & Araújo, 2000). Andersen e Zebis (2014) destacam a importância de alguns fatores contextuais, como o apoio e aprovação da administração superior, para os trabalhadores participarem em sessões de GL durante o horário de trabalho. O programa de GL pode estabelecer uma melhor convivência entre trabalhadores e entre os trabalhadores e os seus superiores hierárquicos. Pode funcionar como uma “quebra” saudável da rotina, resultando numa associação positiva entre a prática de exercícios e manutenção da capacidade funcional (Macedo et al., 2011).

À parte das questões inerentes ao funcionamento da empresa e dos trabalhadores, um fator externo que se pode configurar como um impedimento à implementação de programas de GL é a disponibilidade de um profissional da área da atividade física. Qualquer programa, para ter sucesso requer uma avaliação prévia para perceber o nível dos participantes, um planeamento de acordo com o nível e os objetivos, uma implementação criteriosa das sessões e uma avaliação periódica por forma a perceber-se se os objetivos foram cumpridos. No caso da GL, isso é fundamental para que os trabalhadores e empregadores reconheçam e sintam os benefícios da prática de exercícios físicos no local de trabalho. Quando os programas de GL são implementados em contexto de investigação, estas questões metodológicas estão asseguradas, no entanto, em todas as outras existe a dependência de alguém (ou alguma entidade) que as controle. A planificação das sessões e dos próprios exercícios deve ser realizada de acordo com o tipo de função desempenhada pelos trabalhadores depois de, com base em análises cinesiológicas e biomecânicas, estarem identificadas as regiões corporais mais requisitadas durante o trabalho e que necessitam de maior enfoque durante os programas de GL.

Programa de Ginástica Laboral

Diretrizes gerais para a preparação de um programa de GL por profissionais da atividade física

Regra geral, na GL pretende-se um aumento da aptidão funcional do trabalhador. Isto é, que o trabalhador tenha maior capacidade para realizar as atividades do seu dia-a-dia laboral com menor esforço (maior eficiência) e sem dores (ou pelo menos com uma redução da quantidade das mesmas). Em termos metodológicos, e indo ao encontro do termo “aptidão funcional”, os exercícios são implementados ao estilo do treino funcional. Isto é, ao invés de se trabalhar um músculo isoladamente (método associado ao culturismo), sempre que possível trabalham-se movimentos. Ao adotar a metodologia do treino funcional, para além das capacidades condicionais (como a resistência muscular, a força e a flexibilidade) permite-se a melhoria simultânea das capacidades coordenativas dos trabalhadores (equilíbrio, coordenação, orientação espacial e diferenciação cinestésica).

Dependendo da modalidade de GL a ser aplicada, normalmente são incluídos exercícios simples de resistência muscular, mobilização articular, flexibilidade, alongamentos, auto-massagens e relaxamento. Em concreto: 1) exercícios de resistência muscular são aqueles que envolvem vencer determinada resistência em determinado número de repetições. No âmbito da GL, estes exercícios devem focar-se em contrações musculares (dinâmicas ou isométricas) de baixa intensidade de modo a poder acomodar a capacidade muscular de todos os trabalhadores. Com a evolução desta capacidade, poderão aumentar-se o número de repetições de cada exercício bem como o número de séries a ser realizado. Para criar resistência, utensílios como bolas de espuma, elásticos, molas (de prensa manual) ou o peso do próprio corpo podem ser utilizados; 2) Exercícios de mobilização articular consistem em mover segmentos corporais, sem resistência, em torno das suas articulações. Estes exercícios, efetuados numa primeira fase com pequenas amplitudes e aumentando a amplitude progressivamente, estimulam a habilidade do corpo se mover livremente sem restrições e desconfortos. Ademais, podem ainda ajudar na produção de líquido sinovial e aumento da amplitude de movimento. Por último, a mobilização articular serve também como forma de ativação muscular, uma vez que para haver mobilização, ainda que sem nenhuma resistência externa, é necessário realizar alguma quantidade de contração muscular; 3) Exercícios de flexibilidade têm como objetivo desenvolver ou manter a flexibilidade dos músculos e tendões. Músculos encurtados contribuem para más posturas que, a longo prazo, podem resultar em lesões

localizadas. A melhoria da amplitude de um movimento pode ainda significar uma melhoria da postura final corpo, um desenvolvimento da consciência corporal e uma melhor coordenação motora; 4) Alongamentos são exercícios que visam aliviar a tensão e a fadiga acumulada em consequência da má postura adotada ao longo do dia de trabalho. Músculos tensos contribuem para uma má postura, dores articulares e/ou musculares. Em casos extremos, músculos com elevada tensão podem restringir a circulação sanguínea o que influencia negativamente o aporte de oxigênio e nutrientes aos músculos. Os alongamentos podem ser estáticos ou dinâmicos. Sendo que estes últimos, por promoverem movimento, são também uma fonte de contração muscular noutros grupos musculares; 5) Auto-massagens são exercícios em que os próprios trabalhadores efetuam uma manipulação sistemática dos tecidos corporais. Ao fazê-lo, afetam positivamente o sistema nervoso e muscular, promovendo a diminuição de contraturas musculares. As auto-massagens podem surgir em simultâneo com os alongamentos ou exercícios de relaxamento, uma vez que todos têm o objetivo comum de aliviar a tensão muscular. Em contexto de GL, a automassagem pode ser substituída por massagem a pares que, para além dos efeitos físicos, pode ajudar no relacionamento entre colaboradores da mesma empresa; 6) Exercícios de relaxamento pretendem também, de certa forma, o alívio de tensões musculares e da rigidez aguda muscular através do relaxamento muscular das estruturas mais utilizadas durante o dia de trabalho. Pode incluir exercícios respiratórios e relaxamento mental, num ambiente calmo e tranquilo. Independentemente dos exercícios a serem realizados, pede-se que os movimentos sejam efetuados respeitando os limites articulares e de conforto do trabalhador, sendo executados apenas até onde não haja dor ou a mobilidade articular permita.

Na GL preparatória, efetuada antes do dia de trabalho e cujos objetivos, são ativar fisiologicamente o organismo (preparando a musculatura e as articulações que serão utilizadas durante o período de trabalho) para o trabalho e melhorar o nível de concentração e disposição, serão utilizados preferencialmente exercícios de mobilização articular, resistência muscular e alongamentos dinâmicos. Na GL compensatória, realizada a meio do dia de trabalho e cujos objetivos são essencialmente aliviar a tensão muscular (adquirida pelo uso excessivo ou inadequado das estruturas musculoesqueléticas) e promover um padrão postural contrário ao exigido no posto de trabalho, geralmente são usados exercícios de flexibilidade, alongamentos estáticos e auto-massagem. Por fim, na GL de relaxamento, realizada no final da jornada de trabalho que objetiva o relaxamento do corpo

em geral e das estruturas musculares envolvidas nas atividades laborais em particular, são aconselhados exercícios de alongamentos estáticos, relaxamento muscular e automassagem.

Diretrizes gerais para programas auto-organizados

Os programas de GL devem ser preferencialmente orientados por profissionais do exercício físico, contudo nos últimos anos e especialmente em fases iniciais têm sido recomendados programas auto-organizados com recurso a suporte multimédia. Estes programas, só recomendados para pessoas sem contraindicação médica e respeitando as indicações propostas, podem resultar em benefícios similares aos programas orientados. Um exemplo posto em prática em território português designado de “#BeActiveAtWork”, da responsabilidade do Instituto Português do Desporto e Juventude (IPDJ), que coordena em Portugal da campanha europeia #BeActive. Este programa tem como objetivo promover a atividade física e reduzir o tempo passado em comportamento sedentário, tanto no local de trabalho, como em contexto de teletrabalho. A “Pausa #BeActiveAtWork” propõe uma abordagem similar à de Taylor (2011) com pausas ativas, designadas pelos autores como “Booster Breaks” para despoletar um efeito dominó nos benefícios resultantes. Num contexto de alguma inércia organizacional este tipo de programas pode ser muito interessante, desde que realizado de forma sistemática e respeitando as recomendações anteriores. Assim sendo, propomos que os trabalhadores de “escritório” que exercem a sua atividade profissional maioritariamente sentados realizem o programa proposto seguindo a informação técnica e um conjunto de 25 vídeos. Os vídeos, com duração de 5 minutos, apresentam sugestões de exercícios a realizar no contexto da atividade laboral e o seu conteúdo está estruturado em três eixos principais: exercícios de mobilidade; exercícios de alongamento; e exercícios de força.

O programa com o lema “*Em qualquer lugar, em qualquer momento, sempre em segurança!*” recomenda que a realização dos exercícios: a) de forma a que não desenvolva dor durante a execução dos mesmos; b) com uma intensidade leve a moderada, permitindo ativar as diferentes zonas corporais, diminuindo ainda o tempo passado em comportamento sedentário; c) num espaço disponível livre de objetos; d) com espaço na mesa de trabalho para poder apoiar-se na mesma; e) com calçado confortável e que não escorregue; f) realizar os exercícios até à amplitude que for possível, sem causar grande desconforto ou dor.

O programa do IPDJ recomenda aquando do seguimento do programa através dos vídeos, de duração de aproximadamente 5 minutos e cada exercício

apresentado dura, em média, cerca de 30 segundos, se realizem o maior número de repetições (mantendo um nível de intensidade leve a moderado), durante os 30 segundos correspondentes a cada exercício. Recomendam também que sempre que necessário, o exercício poderá ser interrompido até que o praticante que se sinta apta/o para continuar. Poderá ser aumentada ou reduzida a intensidade dos exercícios, através da cadência de execução utilizada e a amplitude dos movimentos; atendendo sempre à forma correta demonstrada nos vídeos.

Assim, para aqueles que são sedentários, recomenda-se que realizem três sessões diárias de aproximadamente cinco minutos, seguindo as sugestões dos vídeos 1 a 3 no primeiro dia (tabela abaixo). A primeira sessão seria realizada antes do início do período de trabalho da manhã, a segunda antes do período da tarde e a terceira no final da jornada de trabalho.

Propõe-se que os vídeos sejam seguidos de forma sequencial em contínuo. Assim sendo, e partindo do pressuposto de uma semana laboral de 5 dias, seriam realizadas 15 sessões na primeira semana (vídeos 1 a 15) e na segunda semana os 15 seguintes (16-25 mais 1 a 5) e assim sucessivamente.

Aconselha-se a manter uma intensidade baixa durante as primeiras 4 semanas. Entre a quarta e a oitava semana pode ser aumentada a intensidade de execução, atendendo sempre às recomendações anteriormente mencionadas.

Na tabela seguinte o leitor pode aceder aos vídeos sugeridos e realizar o programa de forma auto organizada.

	Título	QR Code		Título	QR Code
1	Pausa BeActive at Work 1		14	Pausa BeActive at Work 14	
2	Pausa BeActive at Work 2		15	Pausa BeActive at Work 15	

Título	QR Code	Título	QR Code
3 Pausa BeActive at Work 3		16 Pausa BeActive at Work 16	
4 Pausa BeActive at Work 4		17 Pausa BeActive at Work 17	
5 Pausa BeActive at Work 5		18 Pausa BeActive at Work 18	
6 Pausa BeActive at Work 6		19 Pausa BeActive at Work 19	
7 Pausa BeActive at Work 7		20 Pausa BeActive at Work 20	
8 Pausa BeActive at Work 8		21 Pausa BeActive at Work 21	

Título	QR Code	Título	QR Code
9 Pausa BeActive at Work 9		22 Pausa BeActive at Work 22	
10 Pausa BeActive at Work 10		23 Pausa BeActive at Work 23	
11 Pausa BeActive at Work 11		24 Pausa BeActive at Work 24	
12 Pausa BeActive at Work 12		25 Pausa BeActive at Work 25	
13 Pausa BeActive at Work 13			

Conclusão

O sedentarismo apresenta-se como um fator omnipresente quando se fala em trabalho de escritório. Embora haja uma crescente atenção com a prática de atividade física durante o trabalho, poucas são as empresas/organizações que proporcionam pró-ativamente aos seus trabalhadores estações de trabalho ativas. Estas estações reduzem significativamente o tempo de inatividade física

e podem ser um fator crítico no combate ao sedentarismo e às doenças associadas ao mesmo. Para além do combate ao sedentarismo, estas estações previnem alterações posturais e poderiam ser um aliado na prevenção do aparecimento de lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT). Ainda assim, estão longe de ser uma presença comum nas empresas.

Vários fatores podem contribuir para o aparecimento das LMERT. A permanência prolongada na posição estacionária de pé ou a permanência na posição de sentado leva à adoção de posturas não naturais ao corpo humano e pode provocar a deterioração degenerativa ou a alteração funcional das estruturas musculo-ligamentares da coluna. Material de escritório não adaptado ao posto de trabalho ou ao trabalhador (não ergonómico) pode ser outro fator de aparecimento das LMERT. No fim de contas, por melhor que seja a postura adotada pelo trabalhador e por mais ergonómico que seja o posto de trabalho, a permanência prolongada em posturas estáticas (de pé ou sentado) será o fator preponderante no aparecimento das LMERT e, portanto, aquele a ser debelado.

No que respeita ao aparecimento das LMERT, a empresa/organização pode ter um papel fundamental, não só no correto apetrechar dos seus postos de trabalho, mas também na gestão dos ciclos trabalho-reposo. As pausas são importantes física e psicologicamente, mas se forem insuficientes (em número e/ou duração) acabam por ser contraproducentes. Uma das formas de dar algum propósito aos períodos de pausa dos trabalhos repetitivos é promover a denominada ginástica laboral (GL). Esta prática pretende ser precisamente uma promotora de saúde e bem-estar durante as pausas (uma ou duas, não todas) laborais. Embora estudos mostrem uma melhoria do bem-estar dos trabalhadores e uma redução dos sintomas gerais de dor muscular com um número reduzido de sessões semanais em espaços de tempo relativamente curtos, aconselha-se que os programas se prolonguem no tempo. O corpo humano em geral e as estruturas musculoesqueléticas em particular tanto se adaptam ao “trabalho” como à falta dele. Assim, o ideal seria que os programas de GL pudessem existir durante todo o ano, em sessões diárias, curtas (10-15min), que totalizassem pelo menos 1h semanal.

A literatura não apresenta consenso acerca do tipo de GL mais apropriada ou que terá melhores resultados. Pelo contrário, multiplicam-se os estudos em que encontraram resultados positivos após a aplicação dos três tipos de GL: GL de aquecimento (ou preparatória), GL compensatória (ou de pausa) e; GL de relaxamento (ou de final de horário de trabalho). Assim, recomenda-se que o profissional de atividade física ou a empresa que auto-implemente um

programa de GL (como descrito no ponto 5.b. deste capítulo) promova, a cada 3 meses, por exemplo, variações do tipo de GL a ser implementada. Desta forma promovem-se não só estímulos diferentes nas estruturas musculoesqueléticas como também alterações periódicas de rotinas que podem ser bem recebidas pelos colaboradores.

Por último, chama-se à atenção que um dos principais fatores para a adesão a um programa de GL é a flexibilidade horária. Empresas pequenas que consigam controlar a atividade de todos os colaboradores simultaneamente não terão este problema, mas em médias/grandes empresas, a existência de vários turnos de trabalho pode dificultar o acesso à sessão de GL. Assim, sairia a ganhar a empresa que promovesse mais do que uma sessão por dia, para que os trabalhadores pudessem escolher aquela que melhor se adequaria ao seu horário/ritmo de trabalho.

Referências

- Alkhajah, T. A., Reeves, M. M., Eakin, E. G., Winkler, E. A. H., Owen, N., & Healy, G. N. (2012). Sit–Stand Workstations. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(3), 298–303. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.05.027>
- Andersen, C. H., Andersen, L. L., Gram, B., Pedersen, M. T., Mortensen, O. S., Zebis, M. K., & Sjøgaard, G. (2012). Influence of frequency and duration of strength training for effective management of neck and shoulder pain: a randomised controlled trial. *British Journal of Sports Medicine*, 46(14), 1004–1010. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090813>
- Andersen, L. L., & Zebis, M. K. (2014). Process Evaluation of Workplace Interventions with Physical Exercise to Reduce Musculoskeletal Disorders. *International Journal of Rheumatology*, 2014, 1–11. <https://doi.org/10.1155/2014/761363>
- Araújo, D. S. M. S. de, & Araújo, C. G. S. de. (2000). Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. *Revista Brasileira de Medicina Do Esporte*, 6(5), 194–203. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922000000500005>
- Bassuk, S. S., & Manson, J. E. (2005). Epidemiological evidence for the role of physical activity in reducing risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease. *Journal of Applied Physiology*, 99(3), 1193–1204. <https://doi.org/10.1152/japplphysiol.00160.2005>
- Boukabache, A., Preece, S. J., & Brookes, N. (2021). Prolonged sitting and physical inactivity are associated with limited hip extension: A cross-sectional study. *Musculoskeletal Science and Practice*, 51, 102282. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2020.102282>

- Bredahl, T. V. G., Særvoll, C. A., Kirkelund, L., Sjøgaard, G., & Andersen, L. L. (2015). When Intervention Meets Organisation, a Qualitative Study of Motivation and Barriers to Physical Exercise at the Workplace. *The Scientific World Journal*, 2015, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2015/518561>
- Carr, L. J., Karvinen, K., Peavler, M., Smith, R., & Cangelosi, K. (2013). Multicomponent intervention to reduce daily sedentary time: a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 3(10), e003261. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003261>
- Dalager, T., Bredahl, T. G. v, Pedersen, M. T., Boyle, E., Andersen, L. L., & Sjøgaard, G. (2015). Does training frequency and supervision affect compliance, performance and muscular health? A cluster randomized controlled trial. *Manual Therapy*, 50(5), 657–665. <https://doi.org/10.1016/j.math.2015.01.016>
- de Lima, V. A., de Azevedo, V. A. Z., & de Lucca, S. R. (2017). Instrumentos de avaliação dos programas de ginástica laboral. *Revista Brasileira de Fisiologia Do Exercício*, 16(1), 40–48. <https://doi.org/10.33233/rbfe.v16i1.1122>
- Dupont, F., Léger, P.-M., Begon, M., Lecot, F., Sénécal, S., Labonté-Lemoyne, E., & Mathieu, M.-E. (2019). Health and productivity at work: which active workstation for which benefits: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 76(5), 281–294.
- Durand, G., Tsismenakis, A. J., Jahnke, S. A., Baur, D. M., Christophi, C. A., & Kales, S. N. (2011). Firefighters' Physical Activity: Relation to Fitness and Cardiovascular Disease Risk. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 43(9), 1752–1759. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318215cf25>
- Ekelund, U., Brown, W. J., Steene-Johannessen, J., Fagerland, M. W., Owen, N., Powell, K. E., Bauman, A. E., & Lee, I.-M. (2019). Do the associations of sedentary behaviour with cardiovascular disease mortality and cancer mortality differ by physical activity level? A systematic review and harmonised meta-analysis of data from 850 060 participants. *British Journal of Sports Medicine*, 53(14), 886–894. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098963>
- Ekelund, U., Tarp, J., Fagerland, M. W., Johannessen, J. S., Hansen, B. H., Jefferis, B. J., Whincup, P. H., Diaz, K. M., Hooker, S., Howard, V. J., Chernofsky, A., Larson, M. G., Spartano, N., Vasan, R. S., Dohrn, I.-M., Hagströmer, M., Edwardson, C., Yates, T., Shiroma, E. J., ... Lee, I.-M. (2020). Joint associations of accelerometer-measured physical activity and sedentary time with all-cause mortality: a harmonised meta-analysis in more than 44 000 middle-aged and older individuals. *British Journal of*

- Sports Medicine*, 54(24), 1499–1506. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-103270>
- European Agency for Safety and Health at Work. (2019). *Work-related MSDs: prevalence, costs and demographics in the EU* (Publicatio).
- Freitas-Swerts, F. C. T. de, & Robazzi, M. L. do C. C. (2014). The effects of compensatory workplace exercises to reduce work-related stress and musculoskeletal pain. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 629–636. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3222.2461>
- Frodsham, K. M., Randall, N. R., Carbine, K. A., Rodeback, R. E., LeCheminant, J. D., & Larson, M. J. (2020). Does type of active workstation matter? A randomized comparison of cognitive and typing performance between rest, cycling, and treadmill active workstations. *PLOS ONE*, 15(8), e0237348. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237348>
- Furlanetto, K. C., Donária, L., Schneider, L. P., Lopes, J. R., Ribeiro, M., Fernandes, K. B. P., Hernandes, N. A., & Pitta, F. (2017). Sedentary Behavior Is an Independent Predictor of Mortality in Subjects With COPD. *Respiratory Care*, 62(5), 579–587. <https://doi.org/10.4187/respcare.05306>
- Gilson, N. D., Suppini, A., Ryde, G. C., Brown, H. E., & Brown, W. J. (2012). Does the use of standing ‘hot’ desks change sedentary work time in an open plan office? *Preventive Medicine*, 54(1), 65–67. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.10.012>
- Goodpaster, B. H., DeLany, J. P., Otto, A. D., Kuller, L., Vockley, J., South-Paul, J. E., Thomas, S. B., Brown, J., McTigue, K., Hames, K. C., Lang, W., & Jakicic, J. M. (2010). Effects of Diet and Physical Activity Interventions on Weight Loss and Cardiometabolic Risk Factors in Severely Obese Adults: A Randomized Trial. *JAMA*, 304(16), 1795. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1505>
- Grande, A. J., & Silva, V. (2014). Barreiras e facilitadores para a adesão à prática de atividade física no ambiente de trabalho. *O Mundo Da Saúde*, 38(2), 204–209. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20143802204209>
- Horton, E. S. (2009). Effects of Lifestyle Changes to Reduce Risks of Diabetes and Associated Cardiovascular Risks: Results from Large Scale Efficacy Trials. *Obesity*, 17(S3), S43–S48. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.388>
- Hu, G., Tuomilehto, J., Silventoinen, K., Barengo, N., & Jousilahti, P. (2004). Joint effects of physical activity, body mass index, waist circumference and waist-to-hip ratio with the risk of cardiovascular disease among middle-aged Finnish men and women. *European Heart Journal*, 25(24), 2212–2219. <https://doi.org/10.1016/j.ehj.2004.10.020>

- lackstet, L., Gonçalves, A. C. B. F., & Soares, S. F. C. (2018). Análise dos benefícios da cinesioterapia laboral a curto, médio e longo prazo: uma revisão de literatura. *Archives of Health Investigation*, 7(5). <https://doi.org/10.21270/archi.v7i5.2990>
- Kallas, D., & Batista, S. (2009). A ginástica laboral como ferramenta de educação em saúde. *Coleção Pesquisa Em Educação Física*, 8(5).
- Koepp, G. A., Manohar, C. U., McCrady-Spitzer, S. K., Ben-Ner, A., Hamann, D. J., Runge, C. F., & Levine, J. A. (2013). Treadmill desks: A 1-year prospective trial. *Obesity*, 21(4), 705–711. <https://doi.org/10.1002/oby.20121>
- Kohl, H. W. (2001). Physical activity and cardiovascular disease: evidence for a dose response: *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(Supplement), S472–S483. <https://doi.org/10.1097/00005768-200106001-00017>
- Lavados, P. M., Díaz, V., Jadue, L., Olavarría, V. v, Cárcamo, D. A., & Delgado, I. (2011). Socioeconomic and Cardiovascular Variables Explaining Regional Variations in Stroke Mortality in Chile: An Ecological Study. *Neuroepidemiology*, 37(1), 45–51. <https://doi.org/10.1159/000328872>
- Lima, V. (2019). *Ginástica laboral e saúde do trabalhador: Saúde, capacitação e orientação ao profissional de Educação Física*. CREF4/SP.
- Lima, V., Aquilas, A. L., & Ferreira Júnior, M. (2009). Effects of a workplace program of physical exercises on the perception of musculoskeletal pain in office workers. *Revista Brasileira de Medicina Do Trabalho*, 7(1), 11–17.
- Lima, V., Romero, J., Roberto, S. S., & Raso, V. (2003). Barreiras para a não aderência em programa de ginástica laboral de acordo com idade e gênero. *7º Congresso Paulista de Educação Física*, 144.
- Lowe, B. D., & Dick, R. B. (2014). Workplace exercise for control of occupational neck/shoulder disorders: a review of prospective studies. *Environ Health Insights*, 26(8 (supp 1)), 75–95.
- Lurati, A. R. (2018). Health Issues and Injury Risks Associated With Prolonged Sitting and Sedentary Lifestyles. *Workplace Health & Safety*, 66(6), 285–290. <https://doi.org/10.1177/2165079917737558>
- Macedo, A. C., Trindade, C. S., Brito, A. P., & Socorro Dantas, M. (2011). On the Effects of a Workplace Fitness Program upon Pain Perception: a Case Study Encompassing Office Workers in a Portuguese Context. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(2), 228–233. <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9264-2>
- Manini, T. M., Carr, L. J., King, A. C., Marshall, S., Robinson, T. N., & Rejeski, W. J. (2015). Interventions to Reduce Sedentary Behavior. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 47(6), 1306–1310. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000519>

- Mansur, R., Peko, L., Shabshin, N., Cherbinski, L., Neeman, Z., & Gefen, A. (2020). Ultrasound elastography reveals the relation between body posture and soft-tissue stiffness which is relevant to the etiology of sitting-acquired pressure ulcers. *Physiological Measurement*, 41(12), 124002. <https://doi.org/10.1088/1361-6579/abc66d>
- Meneguci, J., Santos, D. A. T., Silva, R. B., Santos, R. G., Sasaki, J. E., Tribess, S., Damião, R., & Júnior, J. S. V. (2015). Comportamento sedentário: conceito, implicações fisiológicas e os procedimentos de avaliação. *Motricidade*, 11(1), 160–174.
- Nemet, D., Barkan, S., Epstein, Y., Friedland, O., Kowen, G., & Eliakim, A. (2005). Short- and Long-Term Beneficial Effects of a Combined Dietary–Behavioral–Physical Activity Intervention for the Treatment of Childhood Obesity. *Pediatrics*, 115(4), e443–e449. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-2172>
- Ojo, S. O., Bailey, D. P., Chater, A. M., & Hewson, D. J. (2018). The Impact of Active Workstations on Workplace Productivity and Performance: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph15030417>
- Organização Mundial de Saúde. (2010). *Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais*. WHO Press.
- Patterson, R., McNamara, E., Tainio, M., de Sá, T. H., Smith, A. D., Sharp, S. J., Edwards, P., Woodcock, J., Brage, S., & Wijndaele, K. (2018). Sedentary behaviour and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and incident type 2 diabetes: a systematic review and dose response meta-analysis. *European Journal of Epidemiology*, 33(9), 811–829. <https://doi.org/10.1007/s10654-018-0380-1>
- Polito, E., & Bergamaschi, E. C. (2002). *Ginástica Laboral: teoria e prática*. Sprint.
- Punnett, L., & Wegman, D. H. (2004). Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 14(1), 13–23. <https://doi.org/10.1016/j.jelekin.2003.09.015>
- Ryde, G. C., Brown, H. E., Gilson, N. D., & Brown, W. J. (2014). Are we chained to our desks? Describing desk-based sitting using a novel measure of occupational sitting. *Journal of Physical Activity and Health*, 11(7), 1318–1323.
- Saris, W. H. M., Blair, S. N., van Baak, M. A., Eaton, S. B., Davies, P. S. W., di Pietro, L., Fogelholm, M., Rissanen, A., Schoeller, D., Swinburn, B., Tremblay, A., Westerterp, K. R., & Wyatt, H. (2003). How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st Stock

- Conference and consensus statement. *Obesity Reviews*, 4(2), 101–114.
<https://doi.org/10.1046/j.1467-789X.2003.00101.x>
- Soares, R. G., Assunção, A. Â., & Lima, F. de P. A. (2006). A baixa adesão ao programa de ginástica laboral: buscando elementos do trabalho para entender o problema. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 31(114), 149–160. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572006000200013>
- Sociedade Portuguesa Medicina do Trabalho. (2001). Saúde e segurança do trabalho: Glossário de termos e expressões mais comuns. *Cadernos / Avulsos* #4.
- Taylor, W. C. (2011). Booster Breaks: An Easy-to-Implement Workplace Policy Designed to Improve Employee Health, Increase Productivity, and Lower Health Care Costs. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 26(1), 70–84.
<https://doi.org/10.1080/15555240.2011.540991>
- Taylor, W. C., King, K. E., Shegog, R., Paxton, R. J., Evans-Hudnall, G. L., Rempel, D. M., Chen, V., & Yancey, A. K. (2013). Booster Breaks in the workplace: participants' perspectives on health-promoting work breaks. *Health Education Research*, 28(3), 414–425. <https://doi.org/10.1093/her/cyt001>
- Torbeyns, T., Bailey, S., Bos, I., & Meeusen, R. (2014). Active Workstations to Fight Sedentary Behaviour. *Sports Medicine*, 44(9), 1261–1273.
<https://doi.org/10.1007/s40279-014-0202-x>
- Unick, J. L., Beavers, D., Bond, D. S., Clark, J. M., Jakicic, J. M., Kitabchi, A. E., Knowler, W. C., Wadden, T. A., Wagenknecht, L. E., & Wing, R. R. (2013). The Long-term Effectiveness of a Lifestyle Intervention in Severely Obese Individuals. *The American Journal of Medicine*, 126(3), 236–242.e2.
<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2012.10.010>
- Wen, C. P., Wai, J. P. M., Tsai, M. K., Yang, Y. C., Cheng, T. Y. D., Lee, M.-C., Chan, H. T., Tsao, C. K., Tsai, S. P., & Wu, X. (2011). Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *The Lancet*, 378(9798), 1244–1253.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60749-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60749-6)

Programas de intervenção em contexto laboral para redução dos riscos psicossociais

Cristina Pereira

Direção Nacional da Ordem dos Psicólogos Portugueses

Somos hoje colocados em ambientes cada vez mais globais, complexos, competitivos e exigentes. Neste contexto as organizações enfrentam grandes desafios no que se refere à saúde psicológica e aos riscos psicossociais no trabalho. A extensão e o impacto dos riscos psicossociais adquiriram novos contornos no contexto da pandemia COVID-19, em virtude da aceleração da tendência para a digitalização de processos e dinâmicas de trabalho e a da imposição de novas configurações de trabalho.

Sendo comumente aceite que ter um emprego é melhor para a nossa saúde psicológica face à situação de desemprego, alguns fatores laborais também podem ter um efeito negativo na nossa saúde (física e psicológica) e no nosso bem-estar. Por exemplo, o stress laboral tem um custo humano enorme, mas também grande impacto na produtividade e, logo, na sociedade e na economia.

Entre os efeitos adversos do stress e dos problemas de saúde psicológica, identificamos consequências para as organizações, como seja o aumento de erros e acidentes por falha humana, assim como o aumento de conflitos laborais, da rotatividade e intenção de sair da organização. Por outro lado, a diminuição da motivação e compromisso dos colaboradores, bem como a imagem e da reputação positiva da organização. Mas, não só.

De acordo com o relatório “O custo do stress e dos problemas de saúde psicológica no trabalho” elaborado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), (2020), estima-se que, devido ao stress e a problemas de saúde psicológica, os trabalhadores falem até 6,2 dias por ano e o presentismo possa ir até 12,4 dias. O stress e outros problemas psicológicos nos locais de trabalho tiveram como consequência para as empresas portuguesas, só em 2019, a perda de mais de 3200 milhões de euros (OPP Portugal, 2021).

De facto, não há saúde, sem saúde psicológica. Aliás, a Organização Mundial da Saúde entende a saúde psicológica como um estado de bem-estar que permite às pessoas realizar as suas capacidades e potencial, lidar com o stress normal do dia-a-dia e trabalhar produtivamente. Deve, por isso, ser encarada como fundamental para a qualidade de vida em todos os contextos.

Nesse sentido, a relação do trabalho com a coesão social, é desde logo, patente no Pilar Europeu dos Direitos Sociais, que consagra, no seu décimo princípio, o direito a um local de trabalho saudável e seguro, crucial para o desenvolvimento sustentável (CE, 2021).

Também a DGS (2021) enuncia a promoção da saúde psicológica e do bem-estar como fundamental para garantir que as pessoas estão integradas nos seus locais de trabalho e na sociedade, se sentem cooperantes, produtivas e realizadas, considerando-as como um dos melhores investimentos para as organizações que se queiram manter sustentáveis, produtivas e competitivas.

A saúde ocupacional deve ser encarada como uma área distinta que contribui decisivamente para elevar e melhorar a qualidade de saúde das comunidades. Políticas e ações eficazes para melhorar a saúde psicológica e a saúde no trabalho são fundamentais para a defesa dos direitos humanos à boa saúde, permitindo avançar para responder aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente o ODS 3 sobre saúde e o ODS 8 sobre trabalho digno para todos, em todas as idades.

Consciente de que o futuro passa, imperiosamente, pelo investimento na construção de Locais de Trabalho Saudáveis, nomeadamente através da avaliação e intervenção nos Riscos Psicossociais, a OPP lançou o “Prémio Healthy Workplaces – Locais de Trabalho Saudáveis”, cujo objetivo passa por reconhecer e distinguir as organizações portuguesas com contributos contáveis e inovadores para a segurança, o bem-estar e a saúde (física e psicológica) no local de trabalho.

Os Locais de Trabalho Saudáveis são aqueles em que todos os membros da organização cooperam com vista a melhoria contínua dos processos de proteção e promoção da saúde, da segurança e do bem-estar. Asseguram, entre outras dimensões, a autoeficácia dos trabalhadores/as, o apoio dos colegas e supervisoras/es, a gestão equilibrada do stress, diferentes formas de reconhecimento e recompensa do desempenho, conciliação entre a vida pessoal e profissional e lideranças saudáveis.

Sabemos que, cada vez mais, as condições de vida e do bem-estar no trabalho não são influenciadas apenas pela segurança e pela saúde nos locais de trabalho, mas também por fatores psicossociais, como as relações interpessoais ou a organização do trabalho, por exemplo.

Os riscos psicossociais (e.g. stress ocupacional, fadiga e carga mental do trabalho, trabalho emocional, trabalho noturno e turnos, assédio moral e sexual

ou violência laboral e discriminação), constituem um dos maiores riscos para a saúde física e psicológica, para o bom funcionamento das organizações públicas e privadas, com consequências nefastas para a saúde e o bem-estar dos trabalhadores e trabalhadoras, quer do ponto de vista físico (e.g. dores musculares e articulares, dores de cabeça, problemas cardiovasculares, hipertensão), quer psicológico (e.g. stresse, ansiedade, depressão, *burnout*).

Os riscos psicossociais com maior impacto na saúde física e mental dos colaboradores estão relacionados com os seguintes fatores:

i. Tarefas laborais (por exemplo ao conteúdo do trabalho não ter significado e não permitir ao colaborador aplicar os seus conhecimentos e competências; ou quando a carga de trabalho é superior, ou até mesmo inferior, à capacidade do colaborador; falta de autonomia e controlo sobre as tarefas e a organização do trabalho; grau elevado de automatização e repetição das tarefas; realização de tarefas perigosas);

ii. Organização do trabalho (horários de trabalho contínuos e excessivos; horários por turnos; existência de poucas pausas para descanso e de curta duração; exigências superiores contraditórias);

iii. Estrutura da organização (indefinição das funções e papel do colaborador; falta de comunicação interna; conflitos e má relação entre os colaboradores e os diferentes departamentos da organização; falta de oportunidades de promoção e desenvolvimento profissional; baixo nível ou inexistência de recompensas ou compensações);

iv. Outros, como a imagem social negativa da organização; grande distância entre a morada do colaborador e o local de trabalho; incerteza acerca do futuro do posto de trabalho; ambiente laboral de conflito; falta de apoio das lideranças e dos colegas; assédio e violência; dificuldade em conciliar os compromissos laborais e familiares; stresse ocupacional.

Uma das principais mudanças no mundo do trabalho, a massificação do teletrabalho, cuja generalização é inicialmente ditada pela necessidade de travar a propagação do vírus COVID-19, parece ter vindo para ficar, já que apresenta benefícios evidentes e suportados pela evidência científica (e.g., maior eficiência e melhorias no bem-estar, autonomia e no sentido de auto-eficácia dos/as trabalhadores/as, diluição de assimetrias regionais no acesso ao trabalho). Contudo, envolve também riscos específicos para os/as trabalhadores/as remotos – aumento das jornadas de trabalho, diluição das fronteiras entre vida pessoal e profissional, aumento dos riscos para a saúde

física (e.g., decréscimo na prática de exercício, lesões posturais) e psicológica (e.g., aumento da ansiedade e stresse decorrentes de exigências acrescidas de organização e gestão pessoal); isolamento social e profissional; exclusão potencial de certos grupos do mercado de trabalho (decorrente natureza das tarefas e/ou da baixa literacia digital); aumento potencial de desigualdades de género; desafios específicos do trabalho em meio virtual (e.g., segurança digital, proteção de dados).

Estes novos riscos devem, necessariamente, ser considerados no âmbito da manutenção do teletrabalho ou de modelos híbridos de trabalho.

É de notar que os empregados a tempo inteiro em Portugal trabalham mais horas do que a média europeia. No que toca a horas semanais habitualmente trabalhadas, o registo em 2020 está acima das médias da União Europeia, atingindo 40,5.

De acordo com o Relatório do Custo do Stresse e dos Problemas de Saúde Psicológica no Trabalho, em Portugal, da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020) este valor ultrapassa em pelo menos uma hora, mas menos do que duas, o negociado em contratação coletiva. Acresce ainda que de acordo com a 1^a edição do Observatório Europeu da Mobilidade, os portugueses gastam, em média, 8h11 em transportes nas áreas metropolitanas, para irem trabalhar, durante os dias úteis. Em 2022, num estudo sobre teletrabalho com oito países europeus, incluindo Portugal, quase um em cada três trabalhadores/as (28%) viu a sua carga de trabalho aumentar, assim como as horas de trabalho (25.2%) (NFON, 2022).

A existência destes ou de outros riscos psicossociais pode contribuir para o desenvolvimento de problemas de saúde psicológica no trabalho. É frequente presumir-se que os problemas de saúde Psicológica das trabalhadoras e dos trabalhadores se desenvolvem fora do local de trabalho. No entanto, um Local de Trabalho pouco saudável causa níveis consideráveis de stresse que exacerbam ou provocam o desenvolvimento de problemas de saúde psicológica – que, por sua vez, se traduzem em níveis de absentismo e presentismo elevados.

Deste modo, podemos enquadrar o problema dos Riscos Psicossociais como um problema de saúde pública – é consensual que a prevenção e a promoção da saúde psicológica e do bem-estar em contexto laboral são essenciais ao desenvolvimento sustentável, à qualidade de vida e à coesão social.

A evidência científica, demonstra também que realizar ações para prevenir as causas do stresse laboral, intervir nos problemas de saúde psicológica e promover a saúde psicológica e o bem-estar no local de trabalho pode não só reduzir custos, mas também traduzir-se num conjunto de benefícios – entre os quais se incluem níveis mais elevados de bem-estar e envolvimento com a organização, um desempenho financeiro mais forte e um aumento da produtividade. A prevenção dos riscos psicossociais e a promoção da saúde psicológica e do bem-estar podem reduzir as perdas de produtividade pelo menos em 30% e, portanto, resultar numa poupança de cerca de mil milhões de euros por ano (OPP, 2020).

Neste sentido, os planos e medidas de prevenção previstas no Guia Técnico nº3 da Direção Geral de Saúde, podem, efetivamente, contribuir para a criação e manutenção de Locais de Trabalho Saudáveis – elementos-chave da produtividade, saúde e bem-estar de todos (sociedade, organizações, empregadores e trabalhadores), (OPP, 2021a).

Nos seus programas de prevenção dos Riscos Psicossociais e promoção de Locais de Trabalho Saudáveis, as organizações podem (OPP, 2020, 2021):

- Investir em equipas de saúde ocupacional e incluir/alargar o número de Psicólogas/os do Trabalho a desenvolver a sua prática profissional nas organizações. Em contexto organizacional, a/o Psicóloga/o deve ser o principal ator na avaliação de riscos psicossociais e na realização de ações de prevenção e intervenção nesses riscos, as organizações devem garantir o acesso a serviços de Psicologia (integrando um ou mais psicólogos nos seus quadros ou acedendo a serviços de Psicologia prestados por entidades externas à organização).
- Recolher, regularmente e de forma sistematizada, utilizando ferramentas de avaliação dos riscos psicossociais, informação que permita caracterizar o ambiente psicossocial (por exemplo, violência no trabalho), a Saúde (física e psicológica) e o bem-estar no local de trabalho, referenciando, sempre que necessário, para os serviços de saúde adequados quando se constata incapacidade laboral relacionada com problemas de saúde psicológica.
- Incentivar a participação e o envolvimento efetivo dos trabalhadores/as nos processos de tomada de decisão da organização. Por exemplo, são incentivados, sendo encorajada a partilha de bons exemplos de trabalho de equipa.

- Auscultar trabalhadores sobre horários e modalidades de trabalho no âmbito da possível adoção de modelos híbridos de (tele)trabalho (suportados pela evidência científica como potenciadores de maior eficiência e melhorias no bem-estar, autonomia e no sentido de autoeficácia dos trabalhadores), que potenciem os benefícios e reduzam os riscos associados ao trabalho presencial e ao teletrabalho permitam desenhar uma modalidade ajustada às necessidades específicas das organizações e trabalhadores.
- Desenvolver e implementar Planos de Prevenção e Intervenção nos riscos psicossociais (por exemplo, ações no âmbito do stress ocupacional e violência laboral, ações para a melhoria da integração psicossocial dos trabalhadores, para o seu desenvolvimento pessoal e estimulação do potencial criativo).
- Desenvolver e implementar ações e estratégias de promoção da saúde psicológica e do bem-estar no local de trabalho (por exemplo, uma comunicação interna que facilite o processo de feedback e transparência) e medidas de apoio à parentalidade e ao equilíbrio entre a vida profissional e a vida pessoal e familiar.
- Investir na construção de culturas organizacionais saudáveis através do desenvolvimento das práticas de gestão das lideranças e das suas competências facilitadoras.
- Desenvolver Planos de Ação que incluam a criação de políticas e procedimentos internos específicos para situações de violência laboral, que sejam participadas pelos profissionais e façam parte da promoção de uma cultura de tolerância zero à violência.

Assim, como estratégias de (re)avaliação contínua desse plano de ação.

- Disponibilizar oportunidades de formação sobre riscos psicossociais, saúde e bem-estar no local de trabalho. A implementação de estratégias transversais que permitam construir Locais de Trabalho Saudáveis, passam ainda pelo envolvimento dos trabalhadores com a organização, o incentivo ao equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, o clima organizacional positivo ou a facilitação do desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores.
- Assim como, a promoção da literacia em saúde e sobre riscos psicossociais, a saúde psicológica, o autocuidado e bem-estar, de

atitudes colaborativas e inclusivas, que reduzam o estigma e respeitem os direitos (humanos) de todos (OPP, 2021a).

Outras boas práticas para a construção de Locais de Trabalho Saudáveis podem ser encontradas no site disponibilizado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses em www.maisprodutividade.org.

Os locais de trabalho são assim tidos como contexto privilegiados para a realização de atividades de promoção de saúde, pelo envolvimento de um grupo significativo de pessoas de forma regular, permitindo a utilização de estratégias que combinam a abordagem de saúde pública com algumas abordagens clínicas, em benefício da saúde do trabalhador, (Stroebe&Stroebe, 1995).

Atendendo a que a população ativa corresponde a cerca de 45% da população mundial, criar condições de trabalho que possibilitem a conservação do seu estado de saúde vai de encontro à perspetiva de Vandenberg, Park, DeJoy, Wilson e Griffin-Blake (2002), para quem uma organização saudável mobiliza esforços sistemáticos e de colaboração, no sentido de maximizar o bem-estar dos trabalhadores e incrementar a produtividade, seja pela estruturação adequada dos postos de trabalho, pela promoção de um ambiente de suporte sócio organizacional, bem como criando oportunidades acessíveis e equitativas no que respeita à carreira e vida profissional. A estratégia passará pelo cumprimento estreito das regras de produtividade, qualidade e ambiente (Mayan, 2011).

Especialistas na mudança de comportamentos, as Psicólogas e os Psicólogos são elementos fundamentais na promoção de competências de liderança, na mudança e desenvolvimento organizacionais, nomeadamente através da capacitação das organizações e dos seus líderes e do apoio e consultoria a processos de tomada de decisão.

Ao abordar os riscos profissionais teremos presente de que o risco será uma constante em qualquer vivência do ser humano, sendo que no trabalho ele configura muitas formas. A atividade laboral é também associada uma ambiguidade entre o seu contributo para o equilíbrio e realização das pessoas, podendo ser fonte de danos na saúde (física e psicológica), (Costa & Santos, 2015, p. 25).

A proteção da saúde psicológica dos trabalhadores e trabalhadoras deve ser integrada nos sistemas de segurança e gestão da saúde no local de trabalho, na preparação e planeamento da resposta à emergência, bem como no planeamento dos procedimentos para regressar ao trabalho.

Ao nível europeu, a saúde psicológica e o bem-estar dos trabalhadores é cada vez mais reconhecida como uma questão relevante para programas de intervenção no local de trabalho, nomeadamente para empregadores, trabalhadores e para a organização como um todo.

O impacto negativo da crise COVID-19 no bem-estar psicológico pode aprofundar ainda mais estas consequências, especialmente entre os jovens e as pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconómica.

O relatório “Headway 2023 – mental health index”, define a saúde psicológica como vital para que as pessoas possam levar uma vida saudável e produtiva, estimulando a coesão social, a sustentabilidade e o crescimento económico.

Pese embora o modelo conceptual de atuação dos serviços de segurança e saúde no trabalho no âmbito dos riscos psicossociais, proposto pela DGS no seu Guia Técnico nº3, a estratégia da OMS “Mental Health at Work” aponta três estratégias para abordar a saúde psicológica no trabalho:

- 1) Prevenir - mudar os ambientes e culturas de trabalho para minimizar os riscos psicossociais e evitar que os trabalhadores experimentem condições de saúde psicológica;
- 2) Proteger e promover - proporcionando formação para produzir conhecimento relativo às condições de saúde psicológica e detetar precocemente os sinais para promover a intervenção precoce;
- 3) Apoio - prestar apoio aos trabalhadores que já têm condições de saúde psicológica, permitindo que possam manter a sua atividade e prosperar.

INTERVENÇÕES PARA PROTEGER E PROMOVER A SAÚDE PSICOLÓGICA NO TRABALHO	
Capacitação de Gestores para a saúde psicológica	- reconhecer e responder adequadamente aos supervisores que experimentam angústia emocional - favorecer capacidades de gestão interpessoal tais como comunicação aberta e escuta ativa - promover uma cultura de trabalho inclusiva e de apoio - advogar a ação sobre a saúde psicológica no trabalho de cima para baixo - compreender como os riscos psicossociais podem afetar a saúde psicológica e saber como preveni-los e controlá-los - assegurar que os trabalhadores possam ter acesso ao apoio dos seus representantes, conforme o caso
Capacitação dos trabalhadores em literacia para a saúde psicológica	- melhorar a compreensão sobre saúde psicológica e bem-estar no trabalho - mudar atitudes em torno das condições de saúde psicológica para reduzir o estigma - encorajar comportamentos de procura de ajuda

Intervenções individuais	- desenvolver competências para gerir o stress - reduzir os sintomas de problemas de saúde psicológica
Adaptado de WHO, 2022 (p.11)	

Enquanto atividade técnica e de gestão, a prevenção dos riscos psicossociais deve ser total, assente numa metodologia permanente e sistémica adequada e participada ativamente na identificação dos perigos e colaborar no desenvolvimento e implementação de medidas preventivas e de controlo.

Esta avaliação de riscos deve estar sustentada num método válido, cientificamente, útil e fiável. Falamos de um procedimento sistemático pela aplicação de instrumentos estandardizados validados com fundamento científico que possa oferecer às organizações uma avaliação de riscos psicossociais fidedigna, bem como oferecer orientações sobre o tipo de intervenção a delinear.

Defendemos que em contexto organizacional o/a Psicólogo/a deve ser o principal ator na avaliação de riscos psicossociais, e na realização de ações de prevenção e intervenção nesses riscos, melhorando a produtividade e o bem-estar pela elaboração e implementação de programas e projetos, à medida de cada organização, que integre não só os colaboradores, mas que atente à promoção e apoio a lideranças eficazes, nomeadamente através do coaching.

Por fim, gostaria que deste contributo, sobressaísse a questão de como podem as organizações melhorar a saúde psicológica?

Num mundo competitivo é cada vez mais importante que os líderes desenvolvam capacidades de liderança assentes nas necessidades da sua organização. Quando os próprios líderes promovem uma cultura organizacional segura e respeitosa, as suas equipas são mais capazes de resolver conflitos, reduzir o absentismo e melhorar a produtividade.

O desenvolvimento e implementação de políticas e práticas que promovam a saúde psicológica e o bem-estar no local de trabalho, não é feito, nem pode ser defendido com medidas avulsas, nomeadamente por recurso a intervenções individuais. Cabe à liderança das organizações promover uma cultura de responsabilidade de garantir a segurança e a saúde no trabalho, pela sua cultura e por isso pela sua liderança.

Só pela leitura interna da sua estrutura, pela capacidade de escuta e partilha dentro de cada organização o programa de intervenção pode surgir, em resposta à sua dinâmica, criatividade, recursos e identidade.

A saúde e o bem-estar não pode ser, perdoe a metáfora, uma corrida de 100 metros para aplicar de forma acelerada um pacote pré-formatado para impor o bem-estar no local de trabalho, mas antes uma prova de fundo, que contemple cooperação e trabalho de equipa para ultrapassar múltiplos obstáculos. É por isso preciso o esforço de todos para criar o programa certo para a organização.

Em síntese, a saúde psicológica nas organizações depende do compromisso e da visão estratégica da gestão de topo, de uma dinâmica regular de monitorização do bem-estar, e do respeito e defesa sustentada de fortes princípios éticos e de responsabilidade social.

As evidências científicas mostram que o investimento nestes programas apresenta não só um retorno positivo no clima laboral, mas também ganhos na produtividade e nos resultados económicos.

Referências

- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2014). Intervenção em Riscos Psicossociais e Gestão do Stress em Contexto Laboral e de Saúde – Contributo dos Psicólogos. Lisboa.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021). Contributo Científico OPP para Bem-Estar e Felicidade Organizacional. Lisboa.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021a). Contributo Científico OPP para Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de Trabalho Guia Técnico N.º 3 / Programa Nacional de Saúde Ocupacional. Lisboa.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021b). Contributo Científico OPP para o Livro Verde do Futuro do Trabalho. Lisboa.
- Comissão Europeia (2021). Quadro Estratégico da EU para a saúde e segurança no trabalho 2021-2027 – Saúde e segurança no trabalho num mundo do trabalho em evolução.
- Costa, L.& Santos, M. (2015). O Trabalho e as suas Repercussões na Saúde: Da Avaliação à Compreensão a partir da Perceção dos Fisioterapeutas. *International Journal on Working Conditions*. RICOT, 23 – 39.
- Santos, P & Matos, L. (2013). Os desafios e benefícios da aplicação dos princípios de prevenção. *Working Conditions International Congress*, RICOT 302-307, CiveriPublishing. Porto.
- Stroebe W. & Stroebe, M. S. (1995). *Psicologia Social e Saúde*. Lisboa. Instituto Piaget.
- Mayan, O. (2011). Higiene do trabalho e saúde ocupacional. In *Manual de Higiene, Segurança e Saúde do Trabalho*. Lisboa: VerlagDashofer.

Vandenberg, R., Park, K., DeJoy, D., Wilson, M., & Griffin-Blake, C. (2002). The healthy work organizational model: Expanding the view of individual health and well-being in the workplace. Historical and Current Perspective son Stress and Health, 2, 57-115. WHO guidelines

Mindfulness em contexto laboral: proposta de um programa baseado em mindfulness para a redução do stress ocupacional

Bruno Teixeira

Psicoterapeuta, Ars Norte

O stress na vida e o stress ocupacional

Biologicamente, o stress pode ser definido como uma reação fisiológica do organismo a um *stressor*. Selye (1976) foi um dos primeiros autores a utilizar a palavra stress e a perspectivá-lo biologicamente e falou de uma reação do organismo que pode ser desencadeada por um *stressor* interno ou externo. Esta reação tem como fim resistir, levando o indivíduo a adaptar-se e a restaurar o seu equilíbrio interno. Sabe-se hoje que o stress implica um estado de elevada ativação do sistema nervoso autónomo, com inúmeras manifestações: afetivas, cognitivas e comportamentais (Siegrist & Rödel, 2006), e que um indivíduo pode sentir esta ativação quando percebe que os seus recursos e capacidades são insuficientes para lidar com as demandas e dificuldades do ambiente em que está inserido (Leka et al., 2003), o que exige o acionamento dos seus mecanismos de *coping*.

À medida que o stress foi sendo melhor estudado, o foco foi mudando da relação linear causa-efeito para as interações entre o indivíduo e o contexto (físico e social) (French et al., 1982; Evans, 1984; Karasek, 1979). A definição proposta por Selye (1976) foi rebatida por não considerar o papel da dimensão cognitiva envolvida na reação de stress (Cox, 2000). De facto, existem diferentes variáveis que podem levar o indivíduo a interpretar certos eventos ou estímulos como stressantes, como a sua avaliação pessoal das situações, as suas experiências passadas e o estado emocional do momento. O processo de avaliação envolve uma monitorização contínua das transações entre a pessoa e o ambiente em termos de demandas, capacidades, competências, limitações e suporte (Folkman et al., 1986), considerando-se assim que, neste âmbito, o stress é um processo altamente dinâmico em que o indivíduo e o ambiente estão em constante interação. O indivíduo avalia primeiramente a situação, distinguindo o que é positivo ou agradável do que é negativo ou desagradável. O que é negativo é percebido como um desafio, uma ameaça ou uma perda, levando o indivíduo a avaliar os seus recursos para lidar com a situação em apreço. Se concluir que os seus recursos são insuficientes, a reação de stress é espoletada. Estas etapas sequenciais são sempre influenciadas pelas emoções,

o que torna o processo ainda mais complexo e dinâmico à medida que decorre (Folkman et al., 1986).

Murrell (1978), definiu o stress ocupacional como uma pressão ou carga externa em ambiente laboral que é causadora de tensão (ou desgaste). Atualmente, na literatura, o stress relacionado com o trabalho também é denominado como “stress no trabalho” ou “stress ocupacional” e geralmente refere-se a situações enfrentadas em contexto de trabalho que levam a sobrecarga, altas demandas ou expectativas (Burman & Goswami, 2018).

Podemos encontrar na literatura várias definições de stress relacionado com o trabalho, sendo que a maioria delas retém a definição principal de stress anteriormente mencionada: uma reação individual a um stressor, sendo que, neste caso, o stressor se situa na dinâmica do ambiente de trabalho. Um relatório oficial da Comissão Europeia apresenta uma definição consensual de stress no trabalho, afirmando que se refere à reação emocional, cognitiva, comportamental e fisiológica a aspetos aversivos e nocivos do trabalho, ambientes de trabalho e organizações de trabalho. Trata-se de um estado caracterizado por altos níveis de ativação e angústia e muitas vezes por sentimentos de incapacidade (Cox, 2000).

Stress ocupacional: causas, consequências e abordagens

A globalização, a digitalização e as transformações sociais que se têm verificado nas últimas décadas mudaram drasticamente o mundo do trabalho: os processos de trabalho tornaram-se mais complexos, mais intensos e exigem maior flexibilidade e mobilidade dos funcionários (Mack et al., 2016). A produtividade aumentou aproximadamente 20% desde o ano 2000 nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (2018). Os efeitos adversos do aumento das demandas psicossociais incluem o stress prolongado relacionado com o trabalho e os estados a ele associados: a exaustão, o *burnout* e danos subsequentes na saúde (Quick & Henderson, 2016).

A psicologia do trabalho tem-se dedicado à exploração das principais causas ou fatores de stress que podem estar presentes em contexto laboral. De igual forma, tem enfatizado as consequências para os indivíduos e as organizações (Nelson & Simmons, 2003).

No que diz respeito às causas, o Departamento para a Saúde e Segurança do Governo do Reino Unido propôs um modelo que abrange seis áreas principais que podem ser fatores de stress no trabalho: (1) Demandas (inclui carga de trabalho, padrões de trabalho e ambiente de trabalho); (2) Controlo (refere-se

ao grau de decisão que as pessoas têm sobre a forma como trabalham); (3) Apoio (inclui encorajamento, suporte e recursos fornecidos pela organização, gerência e colegas); (4) Relacionamentos (inclui promover o trabalho positivo para evitar conflitos e lidar com comportamentos inaceitáveis); (5) Papel (envolve a compreensão do papel dos funcionários dentro da organização, devendo existir papéis claros e não conflitantes); (6) Mudança (refere-se à forma como as mudanças são geridas e comunicadas dentro da organização) (*Health and Safety Executive*).

Para além dos fatores de stress mencionados, não devemos esquecer os stressores, igualmente importantes, que podem surgir do conteúdo e do design ergonómico do local, como a distribuição do trabalho, as alterações de tarefas, as mudanças de máquinas ou outros dispositivos, o ruído, a poeira, a temperatura, a intensidade e a fadiga ou o uso de equipamentos de proteção individual desconfortáveis (Neboit & Vezina, 2002; Leplat, 2003).

Burman e Goswami (2018) realizaram uma revisão sistemática sobre o stress relacionado com o trabalho que aborda as consequências que podem advir do stress ocupacional. Destacam-se as seguintes: consequências cognitivas (doença mental, falta de concentração e de capacidade de julgamento), consequências comportamentais (distúrbios do sono, maus hábitos alimentares, consumo de drogas ou álcool e descumprimento de responsabilidades pessoais), consequências emocionais (inquietação, irritabilidade, impaciência, ansiedade, isolamento e depressão) e consequências físicas (pressão arterial alta, náuseas, problemas cardiovasculares, dores nas costas e no pescoço). Além das consequências individuais, também existem consequências negativas para a esfera organizacional: baixo comprometimento, baixo foco, comportamento inseguro, baixo desempenho, absentismo, presentismo e alta rotatividade de funcionários (Mack et al., 2016).

O impacto que o stress ocupacional tem nas organizações juntamente com o desejo de contribuir para o bem-estar dos funcionários, tem levado a um aumento da procura, por parte das organizações, de intervenções que melhorem a gestão do stress no trabalho (Memish et al., 2017).

Contudo, extrair conclusões sobre os programas que visam melhorar a gestão do stress no trabalho não é fácil, porque as investigações relevantes são conduzidas em contextos muito variáveis e usam diferentes programas e metodologias (Murphy, 1996). As abordagens que visam melhorar as capacidades de resposta usando estratégias adaptativas parecem ser eficazes

(Bhui et al., 2012). As estratégias adaptativas visam mudar a forma como os desequilíbrios demanda-recurso são percebidos e incluem capacidades-chave de avaliar stressores de maneiras diferentes e descentrar (criar distância psicológica do stressor para que possa ser percebido no seu contexto mais amplo) (Folkman, 2013). Intervenções com esta orientação parecem melhorar a capacidade de resposta dos trabalhadores, bem como a sua saúde mental e o seu bem-estar, com um impacto importante no desempenho relacionado com o trabalho (Bono et al., 2013; Dawkins et al., 2015; Luthans et al., 2007; Roche et al., 2014; Sin & Lyubomirsky, 2009).

É importante também notar que, embora os programas clássicos de gestão de stress tenham o seu papel, como afirma a *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* (Eurofound, 2010), novas abordagens são necessárias para lidar com este flagelo.

A Associação Americana de Psicologia (APA) apresenta algumas estratégias de *coping* que podem ajudar a gerir o stress relacionado com o trabalho: (1) Investigar os stressores; (2) Desenvolver respostas saudáveis; (3) Estabelecer limites; (4) Reservar um tempo para recuperar; (5) Aprender a relaxar; (6) Conversar com o superior hierárquico; (7) Procurar apoio. No âmbito do ponto (5), a APA defende que “técnicas como meditação, exercícios de respiração profunda e mindfulness podem ajudar a dissipar o stress” (APA, 2018).

O interesse na eficácia das abordagens baseadas em mindfulness no local de trabalho tem crescido devido ao seu potencial para reduzir o stress do presente e proteger contra os efeitos do stress futuro (Wolever et al., 2012).

No final dos anos 1980, alguns relatos entusiásticos de empresas pioneiras na aplicação do mindfulness deram origem a um crescimento exponencial nos anos 2000, quando várias grandes empresas lançaram programas de mindfulness para os seus trabalhadores – as mais influentes: Google, General Mills, Intel e Target (Gelles, 2015; Schaufenbuel, 2015).

Em concordância, a prestação de serviços relacionados com o mindfulness e/ou a meditação tornou-se uma indústria bilionária (Wolever et al., 2018).

Num estudo realizado pelo *National Business Group on Health* (NBGH), Estados Unidos da América (EUA), em 2018, cerca de 60% das empresas americanas de média a grande dimensão relataram oferecer cursos de mindfulness, ioga ou meditação aos seus funcionários (NBGH, 2019). Exemplos proeminentes cobrem uma ampla gama de setores, como o desenvolvimento de hardware e software (por exemplo, Microsoft, Apple, Cisco, SAP), média social

(por exemplo, Facebook, LinkedIn, Twitter), empresas industriais estabelecidas há muito tempo (por exemplo, Beiersdorf, Bosch), roupas e móveis (por exemplo, Nike, IKEA), provedores de serviços globais em finanças/seguros (por exemplo, Aetna, Goldman Sachs) e instituições políticas (por exemplo, o Parlamento do Reino Unido, a Câmara dos Representantes dos EUA) e vários programas de assistência médica e ambientes educacionais (Burton et al., 2017; Klingbeil & Renshaw, 2018).

O mindfulness e o potencial do seu treino

A palavra mindfulness pode ser usada para descrever um traço psicológico, uma prática de cultivo da atenção (por exemplo, a meditação mindfulness), um modo ou estado de consciência ou um processo psicológico (Germer et al., 2005). Uma das definições de mindfulness mais comumente citada é “a consciência que surge de prestar atenção de uma maneira particular: de propósito, no momento presente e sem julgamentos” (Kabat-Zinn, 1994). As descrições fornecidas pela maioria dos restantes autores são semelhantes. Baer (2003), por exemplo, define o mindfulness como “a observação sem julgamento do fluxo contínuo de estímulos internos e externos à medida que surgem”.

Embora alguns autores se foquem quase exclusivamente nos aspetos atencionais do mindfulness (Brown & Ryan, 2003), a maioria segue o modelo de Bishop et al. (2004), que propuseram que o mindfulness engloba dois componentes centrais: a autorregulação da atenção e a adoção de uma orientação particular em relação à própria experiência. A autorregulação da atenção refere-se à observação não elaborada e à consciência de sensações, pensamentos ou emoções, momento a momento. Requer tanto a capacidade de ancorar a atenção no que está a acontecer quanto a capacidade de mudar intencionalmente a atenção de um aspeto da experiência para outro. A orientação para a experiência diz respeito à atitude do próprio, que implica uma postura de curiosidade, abertura e aceitação. Vale a pena ressaltar que o conceito de “aceitação” no contexto do mindfulness não deve ser equiparado a passividade ou resignação (Cardaciottto et al., 2008). Em vez disso, a aceitação, neste contexto, refere-se à capacidade de experimentar os eventos plenamente, sem uma preocupação excessiva e sem recorrer à supressão experiencial de qualquer fenómeno vivido.

Resumindo, os conceitos atuais de mindfulness apontam para dois elementos essenciais: a consciência da própria experiência, momento a momento, sem julgamento e com aceitação.

Estes elementos do mindfulness, como a consciência e a aceitação livre de julgamentos, são considerados antídotos potencialmente eficazes contra formas comuns de sofrimento psicológico – a ruminação, a antecipação, a preocupação excessiva, o medo, a raiva, entre outros – muitos dos quais envolvem as tendências maladaptativas de evitar, suprimir ou se envolver em demasia com os pensamentos e emoções causadores de angústia (Hayes & Feldman, 2004; Kabat-Zinn, 1990). O cultivo destes elementos tem sido associado ao bem-estar psicológico.

O treino em mindfulness consiste numa intervenção multimodal informada pelos princípios da psicologia positiva, com foco central em capacidades que podem reduzir o sofrimento e permitir um *coping* mais eficaz. A evidência que apoia o mindfulness é amplamente obtida a partir de estudos do Programa de Redução de Stress Baseado em Mindfulness (MBSR).

O protocolo de treino MBSR baseia-se nos princípios das tradições meditativas e filosóficas orientais, mas é apresentado em formato secular. Na década de 1970, Kabat-Zinn et al. (1985) projetaram e testaram o MBSR para aliviar o stress e o sofrimento de pessoas que padeciam de dor crónica. O programa tem a duração de oito semanas e inclui aulas semanais de duas horas e meia, um retiro de um dia inteiro e atividades diárias propostas, incluindo cerca de quarenta minutos de meditação. As evidências da eficácia do MBSR para reduzir o stress em populações saudáveis são sólidas (Khoury et al., 2015). Este programa tornou-se o *gold standard* do treino em mindfulness e dele surgiu uma série de derivações ou Programas Baseados em Mindfulness (MBP). Adaptações foram feitas para atender às necessidades de populações específicas e diferentes propósitos (Chiesa & Malinowski, 2011). Assim como o MBSR, os MBP incluem o rastreio corporal, os movimentos de estiramento conscientes tipo ioga e as meditações sentadas, que são ensinados experimentalmente nas aulas e depois praticados em casa, diariamente, com o apoio de ficheiros áudio. Os MBP são normalmente orientados em grupo, por instrutores experientes em mindfulness. De acordo com as diretrizes para os MBP publicadas por Crane et al. (2017) é importante reter estes elementos para melhor facilitar a investigação coletiva das experiências de meditação, o reconhecimento dos padrões de reatividade e possibilitar a adequada orientação do instrutor sobre o potencial de responder de forma diferente.

O treino em mindfulness aplicado ao local de trabalho

O treino em mindfulness parece fornecer recursos protetores conhecidos, como a esperança, o otimismo e a autoeficácia (Malinowski & Lim, 2015; Roche

et al., 2014) que sugerem que estar mais atento pode ser um fator de proteção contra o stress no local de trabalho. Esta sugestão é apoiada por investigações acerca dos mecanismos do mindfulness. Por exemplo, a teoria de Garland et al. (2017) sugere que o treino em mindfulness cultiva as capacidades adaptativas de descentramento e reperiência. Propõe-se que estes mecanismos comportamentais interajam com respostas neurobiológicas automáticas ao stress de forma a deter o ciclo cumulativo de reatividade associado ao stress crónico.

Além disso, o modelo neurobiológico proposto por Creswell & Lindsay (2014) sugere que a prática da meditação mindfulness aumenta a capacidade de regulação atencional, comportamental e emocional por meio do recrutamento neuronal nas regiões cerebrais responsáveis por estes processos. Em apoio ao modelo de Creswell, estudos de neuroimagem mostraram um aumento da substância cinzenta no córtex pré-frontal e uma amígdala menor e menos ativa em pessoas com níveis mais altos de mindfulness, com evidências neurológicas de melhor capacidade regulatória após o treino (Boyd et al., 2018; Lutz et al., 2014; Taren et al., 2015).

Com base nos modelos teóricos referidos, propõe-se que o treino em mindfulness aumente a atenção dos participantes e proporcione benefícios no stress, saúde mental e bem-estar dos trabalhadores (Good et al., 2016; Hyland et al., 2015; Lomas et al., 2017). Esta premissa é apoiada por meta-análises que se debruçaram na avaliação do stress, saúde mental e bem-estar, incluindo o sono (Khouri et al., 2015; Shallcross et al., 2019; Virgili, 2015). Além disso, propõe-se que o treino em mindfulness seja benéfico para o desempenho no trabalho (Good et al., 2016; Hyland et al., 2015; Lomas et al., 2017). Isto é apoiado por estudos sobre a associação do mindfulness com o foco no trabalho (Shiba et al., 2015), com o burnout (Taylor & Millier, 2016), a liderança, a produtividade (King & Haar, 2017), a empatia e a perspetiva tomada (Van Doesum et al., 2013; Van Lange & Van Doesum, 2015), bem como o funcionamento atencional e cognitivo (Chiesa et al., 2011; Reb & Choi, 2014).

Embora exista suporte teórico quanto ao impacto que o treino em mindfulness pode trazer ao nível do trabalho, a evidência parece ser baseada em poucos estudos, com amostras pequenas e alguns problemas de qualidade (Goyal et al., 2014; Kreplin et al., 2018; Rupperecht et al., 2019). Além disso, um número crescente de MBP desenvolvidos para o local de trabalho tem sido organizado de forma a maximizar o acesso, com aulas mais curtas e estruturas mais flexíveis (Chiesa & Malinowski, 2011; Crane et al., 2017; Van Gordon et al., 2015). Estas alterações provavelmente afetam os efeitos obtidos (Crane et al.,

2017; Jamieson & Tuckey, 2017). Uma melhor compreensão da importância relativa dos diferentes elementos de treino na eficácia ajudará a orientar futuras alterações ao programa. Adicionalmente, como o MBSR foi projetado para ser oferecido em formato grupal, o uso de outros formatos merece atenção. Numa revisão sobre a aplicação do MBSR em formato on-line em ambientes fora do trabalho, os efeitos foram equivalentes ao treino presencial em sala de aula (Spijkerman et al., 2016), no entanto, não foi realizada nenhuma investigação para MBP oferecidos no local de trabalho. Também ainda não foi investigada de forma sistemática a forma como o contexto do local de trabalho pode influenciar os resultados do treino. Por exemplo, embora os estudos feitos nas áreas da saúde e educação estejam altamente representados na investigação sobre mindfulness (Allen et al., 2015; Hyland et al., 2015), vale a pena indagar até que ponto outras populações podem ser beneficiadas.

Considerações para a construção de uma intervenção baseada em mindfulness a aplicar no local de trabalho

Até há pouco tempo, o treino em mindfulness no local de trabalho consistia principalmente de programas de MBSR ligeiramente alterados. Na última década, no entanto, um campo separado emergiu que se foi distanciando mais da estrutura do MBSR. Atualmente, inúmeras organizações e várias pequenas empresas especializaram-se em oferecer treino em mindfulness no local de trabalho, como por exemplo, o *Institute for Mindful Leadership*, *The Potential Project* e o *Search Inside Yourself Leadership Institute* (Hyland et al., 2015).

O formato e o conteúdo dos programas de mindfulness no local de trabalho foram adaptados a partir do modelo do programa de MBSR para serem mais adequados a este contexto. Os cursos foram pensados para que os funcionários se afastem menos das suas tarefas de trabalho. As aulas são geralmente mais curtas do que as do MBSR, geralmente durando de 60 a 90 minutos. As práticas diárias também são reduzidas de 45 minutos para 10 a 15 minutos. Há uma ampla variação na duração dos cursos, indo de cinco a doze semanas, embora outra abordagem para tornar os cursos mais acessíveis seja oferecê-los como retiros únicos de vários dias. Isto pode ser especialmente útil para obter a participação de executivos seniores. Além disso, os programas de mindfulness também podem agora ser oferecidos em formato online, tanto em tempo real como de forma assíncrona, permitindo que os funcionários economizem tempo nas deslocações (Hyland et al., 2015).

Os estudos têm sugerido que programas reduzidos e online estão associados a benefícios positivos relacionados com o trabalho (Klatt et al.,

2009; Wolever et al., 2012), elementos a ter em consideração na construção de uma intervenção baseada em mindfulness a aplicar no local de trabalho. No entanto, como previamente mencionado, interessa notar que também surgiram preocupações em relação a estes programas abreviados. Especificamente, como Langer e Moldoveanu (2000) observaram, o mindfulness é um processo – a sua própria natureza requer tempo e paciência. Então, se intervenções abreviadas diluem esta componente-chave do mindfulness e formam a imagem de uma “solução rápida”, a mensagem pode ser perdida e os participantes podem não colher todos os potenciais benefícios.

À medida que a investigação em mindfulness e a aplicação no local de trabalho prosseguem, é crucial que estas preocupações sejam equilibradas com a necessidade legítima de intervenções mais sensíveis ao tempo, mais acessíveis e mais económicas que possam despertar o interesse de trabalhadores e organizações.

Proposta de uma intervenção baseada em mindfulness para o local de trabalho

Tendo em consideração os pressupostos anteriormente expostos relativos à construção de uma intervenção baseada em mindfulness a aplicar no local de trabalho e os diversos desafios que as organizações em todo o mundo enfrentam (os rápidos avanços na tecnologia, o aumento de impostos, os efeitos da globalização), propõe-se uma intervenção que pretende resumir e apresentar, com base na literatura disponível que foi previamente explanada, um modelo eficaz, económico e diversificado que seja simultaneamente interessante para os trabalhadores e apetecível para as organizações em que estes se inserem.

A Tabela 1 contempla um modelo composto por três fases que se considera serem fundamentais e que são uma fusão da revisão da literatura e das boas práticas vigentes. Nele se tentou abarcar as várias abordagens do mindfulness no trabalho existentes na literatura.

A proposta de um MBSR adaptado, na Fase 2, pretende ir de encontro ao contexto laboral e aos desafios organizacionais atuais. As adaptações em relação ao programa padrão foram as seguintes: sessões mais curtas (90 minutos em vez de 2,5 horas); exclusão do dia inteiro de prática; inclusão, nas sessões 4 e 5, do modelo *workable ranges* de regulação do stress (Rose, 2014; Rose et al., 2018) que pode ser utilizado como uma ferramenta psicoeducativa. O modelo propõe uma “janela de tolerância” (Siegal, 2010) e um funcionamento

ideal entre duas reações ao stress diferentes, ou seja, a mobilização altamente carregada e a imobilização de baixa energia.

Além disso, um dos desafios do momento das intervenções baseadas em mindfulness no trabalho é estender o efeito positivo por um período mais longo (Huang et al., 2015). Por este motivo, optou-se por usar, na Fase 3, as intervenções online, como forma de atingir esse objetivo, uma vez que várias evidências reportaram não existir variações significativas entre os formatos online e presencial.

	Tempo	Conteúdos
Fase 1	6 horas, 1 vez por ano	Workshop presencial Apresentação sobre os seguintes temas: inteligência emocional e regulação das emoções, fisiologia do stress e gestão do stress, estratégias de <i>coping</i> adaptativas e maladaptativas, ligação mente-corpo, mindfulness. Realização de curtas práticas de mindfulness (meditação sentada com atenção à respiração, comer mindful, rastreio corporal breve). N.B: A empresa pode oferecer um pequeno prémio de incentivo aos funcionários que decidirem realizar a intervenção.
Fase 2	90 minutos, 1 vez por semana, 8 semanas	Sessões presenciais MBSR Adaptado – Mindfulness no Trabalho. Realizado em 8 sessões semanais, a intervenção incluiu o seguinte: psicoeducação (por exemplo, resposta ao stress, metacognição); meditações guiadas (por exemplo, rastreio corporal, atenção à respiração, movimentos tipo ioga e meditação de campo aberto); e partilha e discussão em grupo. Os recursos dos participantes incluem ficheiros áudio de meditações guiadas e registos das práticas em casa.
Fase 3	45 minutos, 1 vez por semana	Sessões online: Usando aplicativos móveis dedicados, os participantes podem fazer os exercícios por conta própria. Por exemplo, usando o aplicativo “Insight Timer App”, que oferece gratuitamente mais de 1 bilhão de meditações em vários idiomas. Também é possível iniciar um Grupo de Meditação em formato online e manter registos e estatísticas de atividades (em paralelo a um diário de meditação).

Conclusão

Pretendeu-se, ao longo deste capítulo, abordar o potencial do mindfulness e os benefícios da sua aplicação no local de trabalho.

Nas últimas décadas, um número crescente de investigadores e praticantes tem explorado de que forma o mindfulness pode beneficiar as pessoas nas suas vidas pessoais e também no trabalho. Um crescente corpo de investigação mostra que o mindfulness pode diminuir o stress, aumentar a saúde mental e física e melhorar o funcionamento cognitivo, o desempenho e o bem-estar. Como resultado, várias organizações começaram a implementar programas baseados em mindfulness para os seus funcionários.

Porém, é necessária mais investigação para esclarecer definições e avaliar construtos; explorar um conjunto mais amplo de antecedentes, consequências, mediadores e moderadores; e avaliar rigorosamente o impacto das intervenções e programas baseados em mindfulness em ambientes de trabalho.

O objetivo final das organizações deve ser reduzir as ausências devido a doenças relacionadas com o stress e aumentar o bem-estar geral dos trabalhadores, pois isso protegerá contra o stress futuro e trará benefícios correspondentes, como o aumento da motivação, a redução da rotatividade de funcionários e o aumento da produtividade (Eurofound, 2010). Como também enfatizado pela Eurofound (2010), manter o ritmo na implementação de iniciativas de redução de stress pode ser problemático, pois isso requer dedicação e compromisso financeiro contínuo por parte das organizações.

Neste capítulo, propôs-se um programa baseado em mindfulness integrativo para o local de trabalho, com um investimento de baixo custo e baseado em programas com sólidas evidências científicas. Espera-se que esta contribuição possa oferecer às organizações um modelo que ajude a superar este crescente flagelo que é o stress ocupacional.

Referências

- Allen, T. D., Eby, L. T., Conley, K. M., Williamson, R. L., Mancini, V. S., & Mitchell, M. E. (2015). What Do We Really Know About the Effects of Mindfulness-Based Training in the Workplace? *Industrial and Organizational Psychology*, 8(4), 652–661. <https://doi.org/10.1017/iop.2015.95>
- American Psychological Association. (2018). *Coping with stress at work*. <http://www.apa.org/helpcenter/work-stress.aspx>

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Bhui, K. S., Dinos, S., Stansfeld, S. A., & White, P. D. (2012). A Synthesis of the Evidence for Managing Stress at Work: A Review of the Reviews Reporting on Anxiety, Depression, and Absenteeism. *Journal of Environmental and Public Health*, 2012, 1–21. <https://doi.org/10.1155/2012/515874>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. v., Abbey, S., Specia, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bono, J. E., Glomb, T. M., Shen, W., Kim, E., & Koch, A. J. (2013). Building Positive Resources: Effects of Positive Events and Positive Reflection on Work Stress and Health. *Academy of Management Journal*, 56(6), 1601–1627. <https://doi.org/10.5465/amj.2011.0272>
- Boyd, J. E., Lanius, R. A., & McKinnon, M. C. (2018). Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: a review of the treatment literature and neurobiological evidence. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 43(1), 7–25. <https://doi.org/10.1503/jpn.170021>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Burman, R., & Goswami, T. G. (2018). A Systematic Literature Review of Work Stress. *International Journal of Management Studies*, V(3(9)), 112. [https://doi.org/10.18843/ijms/v5i3\(9\)/15](https://doi.org/10.18843/ijms/v5i3(9)/15)
- Burton, A., Burgess, C., Dean, S., Koutsopoulou, G. Z., & Hugh-Jones, S. (2017). How Effective are Mindfulness-Based Interventions for Reducing Stress Among Healthcare Professionals? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Stress and Health*, 33(1), 3–13. <https://doi.org/10.1002/smi.2673>
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The Assessment of Present-Moment Awareness and Acceptance. *Assessment*, 15(2), 204–223. <https://doi.org/10.1177/1073191107311467>
- Chiesa, A., Calati, R., & Serretti, A. (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 449–464. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.003>
- Chiesa, A., & Malinowski, P. (2011). Mindfulness-based approaches: are they all the same? *Journal of Clinical Psychology*, 67(4), 404–424. <https://doi.org/10.1002/jclp.20776>

- Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G., & Kuyken, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*, 47(6), 990–999. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003317>
- Creswell, J. D., & Lindsay, E. K. (2014). How Does Mindfulness Training Affect Health? A Mindfulness Stress Buffering Account. *Current Directions in Psychological Science*, 23(6), 401–407. <https://doi.org/10.1177/0963721414547415>
- Cox, T., Griffiths, A., Rial-Gonzalez, E. (2000). *Research on Work-Related Stress* (2000). Office for Official Publications of the European Communities.
- Dawkins, S., Martin, A., Scott, J., & Sanderson, K. (2015). Advancing conceptualization and measurement of psychological capital as a collective construct. *Human Relations*, 68(6), 925–949. <https://doi.org/10.1177/0018726714549645>
- Eurofound. (2010). *Work-related stress Report*. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/docs/ewco/tn1004059s/tn1004059s.pdf
- Evans, G.W. (1984). *Environmental Stress* (1st ed.). Cambridge University Press.
- Folkman, S. (2013). Stress: Appraisal and Coping. In *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1913–1915). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992–1003. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>
- French, J.R.P.; Caplan, R.D.; Van Harrison, R. (1982). *The Mechanisms of Job Stress and Strain* (1st ed.). John Wiley and Sons.
- Garland, E. L., Hanley, A. W., Baker, A. K., & Howard, M. O. (2017). Biobehavioral Mechanisms of Mindfulness as a Treatment for Chronic Stress: An RDoC Perspective. *Chronic Stress*, 1, 247054701771191. <https://doi.org/10.1177/2470547017711912>
- Gelles, D. (2015). *Mindful work: How meditation is changing business from the inside out*. (1st ed.). Houghton Mifflin Harcourt.
- Germer, CK., Siegel, RD., Fulton, PR. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. Guilford Press.
- Good, D. J., Lyddy, C. J., Glomb, T. M., Bono, J. E., Brown, K. W., Duffy, M. K., Baer, R. A., Brewer, J. A., & Lazar, S. W. (2016). Contemplating Mindfulness at Work. *Journal of Management*, 42(1), 114–142. <https://doi.org/10.1177/0149206315617003>

- Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M. S., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., Berger, Z., Sleicher, D., Maron, D. D., Shihab, H. M., Ranasinghe, P. D., Linn, S., Saha, S., Bass, E. B., & Haythornthwaite, J. A. (2014). Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 357.
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.13018>
- Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 255–262.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bph080>
- Health and Safety Executive. *What Are the Management Standards?*
<https://www.hse.gov.uk/stress/standards/index.htm>
- Huang, S.-L., Li, R.-H., Huang, F.-Y., & Tang, F.-C. (2015). The Potential for Mindfulness-Based Intervention in Workplace Mental Health Promotion: Results of a Randomized Controlled Trial. *PLOS ONE*, 10(9), e0138089.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138089>
- Hyland, P. K., Lee, R. A., & Mills, M. J. (2015). Mindfulness at Work: A New Approach to Improving Individual and Organizational Performance. *Industrial and Organizational Psychology*, 8(4), 576–602.
<https://doi.org/10.1017/iop.2015.41>
- Jamieson, S. D., & Tuckey, M. R. (2017). Mindfulness interventions in the workplace: A critique of the current state of the literature. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(2), 180–193.
<https://doi.org/10.1037/ocp0000048>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. Bantam Dell.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 163–190. <https://doi.org/10.1007/BF00845519>
- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285.
<https://doi.org/10.2307/2392498>
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 519–528.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>

- King, E., & Haar, J. M. (2017). Mindfulness and job performance: a study of Australian leaders. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 55(3), 298–319. <https://doi.org/10.1111/1744-7941.12143>
- Klatt, M. D., Buckworth, J., & Malarkey, W. B. (2009). Effects of Low-Dose Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR-Id) on Working Adults. *Health Education & Behavior*, 36(3), 601–614. <https://doi.org/10.1177/1090198108317627>
- Klingbeil, D. A., & Renshaw, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for teachers: A meta-analysis of the emerging evidence base. *School Psychology Quarterly*, 33(4), 501–511. <https://doi.org/10.1037/spq0000291>
- Kreplin, U., Farias, M., & Brazil, I. A. (2018). The limited prosocial effects of meditation: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 8(1), 2403. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-20299-z>
- Langer, E. J., & Moldoveanu, M. (2000). Mindfulness Research and the Future. *Journal of Social Issues*, 56(1), 129–139. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00155>
- Leka, S.; Cox, T.; Griffiths, A. (2003). *Work Organization and Stress: Systematic Problem Approaches for Employers, Managers and Trade Union Representatives*; WHO: Geneva, Switzerland.
- Leplat, J. (2003). Stress au travail et santé psychique de Neboit et Vézina. *Perspectives Interdisciplinaires Sur Le Travail et La Santé*, 5–1. <https://doi.org/10.4000/pistes.3783>
- Lomas, T., Medina, J. C., Ivtzan, I., Rupprecht, S., Hart, R., & Eiroa-Orosa, F. J. (2017). The impact of mindfulness on well-being and performance in the workplace: an inclusive systematic review of the empirical literature. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 26(4), 492–513. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2017.1308924>
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive Psychological Capital: Measurement and Relationship with Performance and Satisfaction. *Personnel Psychology*, 60(3), 541–572. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x>
- Lutz, J., Herwig, U., Opialla, S., Hittmeyer, A., Jäncke, L., Rufer, M., Grosse Holtforth, M., & Brühl, A. B. (2014). Mindfulness and emotion regulation—an fMRI study. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(6), 776–785. <https://doi.org/10.1093/scan/nst043>
- Mack, O., Khare, A., Krämer, A., & Burgartz, T. (Eds.). (2016). *Managing in a VUCA World*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-16889-0>

- Malinowski, P., & Lim, H. J. (2015). Mindfulness at Work: Positive Affect, Hope, and Optimism Mediate the Relationship Between Dispositional Mindfulness, Work Engagement, and Well-Being. *Mindfulness*, 6(6), 1250–1262. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0388-5>
- Memish, K., Martin, A., Bartlett, L., Dawkins, S., & Sanderson, K. (2017). Workplace mental health: An international review of guidelines. *Preventive Medicine*, 101, 213–222. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.03.017>
- Murphy, L. R. (1996). Stress Management in Work Settings: A Critical Review of the Health Effects. *American Journal of Health Promotion*, 11(2), 112–135. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-11.2.112>
- Murrell, H. (1978). *Work Stress and Mental Strain*. Work Research Unit.
- National Business Group on Health. (2019). *The employer investment in employee wellbeing*. <https://www.businessgrouphealth.org/pub/?id=364D7F72-0162-0B77-D3B8-ECA8468F4215>.
- Neboit, M., Vezina, M. (2002). *Stress Au Travail et Santé Psychique*. Octares Editions.
- Nelson, D. L., & Simmons, B. L. (2003). Health psychology and work stress: A more positive approach. In *Handbook of occupational health psychology*. (pp. 97–119). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10474-005>
- Organisation for economic co-operation and development (2018). GDP per hour worked (indicator).
- Quick, J., & Henderson, D. (2016). Occupational Stress: Preventing Suffering, Enhancing Wellbeing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(5), 459. <https://doi.org/10.3390/ijerph13050459>
- Reb, J., & Choi, E. (2014). *Mindfulness in organizations Psychology of Meditation*. (pp. 279–309): Nova Science Publishers.
- Roche, M., Haar, J. M., & Luthans, F. (2014). The role of mindfulness and psychological capital on the well-being of leaders. *Journal of Occupational Health Psychology*, 19(4), 476–489. <https://doi.org/10.1037/a0037183>
- Rose, S. (2014). The key to keeping your balance is knowing when you have lost it. *British Journal of Psychotherapy Integration*, 11(1), 29–42.
- Rose, S. A., Sheffield, D., & Harling, M. (2018). The Integration of the Workable Range Model into a Mindfulness-Based Stress Reduction Course: a Practice-Based Case Study. *Mindfulness*, 9(2), 430–440. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0787x>
- Rupperecht, S., Koole, W., Chaskalson, M., Tamdjidi, C., & West, M. (2019). Running too far ahead? Towards a broader understanding of mindfulness in

- organisations. *Current Opinion in Psychology*, 28, 32–36.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.10.007>
- Schaufenbuel, K. (2015). *Why Google, Target, and General Mills are investing in mindfulness*. Harvard Business Review. https://mindleader.org/wp-content/uploads/2017/08/HARVARD-BUSINESS-REVIEW_Why-Google-is-investing-in-Mindfulness.pdf
- Selye, H. (1976). Stress without Distress. In *Psychopathology of Human Adaptation* (pp. 137–146). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2238-2_9
- Shallcross, A. J., Visvanathan, P. D., Sperber, S. H., & Duberstein, Z. T. (2019). Waking up to the problem of sleep: can mindfulness help? A review of theory and evidence for the effects of mindfulness for sleep. *Current Opinion in Psychology*, 28, 37–41.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.10.005>
- Shiba, K., Nishimoto, M., Sugimoto, M., & Ishikawa, Y. (2015). The Association between Meditation Practice and Job Performance: A Cross-Sectional Study. *PLOS ONE*, 10(5), e0128287.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128287>
- Siegel, D. J. (2010). *The mindful therapist: a clinician's guide to, mindsight & neural integration*. WW Norton and Company.
- Siegrist, J., & Rödel, A. (2006). Work stress and health risk behavior. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 473–481.
<https://doi.org/10.5271/sjweh.1052>
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467–487.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20593>
- Spijkerman, M. P. J., Pots, W. T. M., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health: A review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 45, 102–114.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.009>
- Taren, A. A., Gianaros, P. J., Greco, C. M., Lindsay, E. K., Fairgrieve, A., Brown, K. W., Rosen, R. K., Ferris, J. L., Julson, E., Marsland, A. L., Bursley, J. K., Ramsburg, J., & Creswell, J. D. (2015). Mindfulness meditation training alters stress-related amygdala resting state functional connectivity: a randomized controlled trial. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 10(12), 1758–1768. <https://doi.org/10.1093/scan/nsv066>

- Taylor, N. Z., & Milllear, P. M. R. (2016). The contribution of mindfulness to predicting burnout in the workplace. *Personality and Individual Differences*, 89, 123–128. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.10.005>
- Van Doesum, N. J., van Lange, D. A. W., & van Lange, P. A. M. (2013). Social mindfulness: Skill and will to navigate the social world. *Journal of Personality and Social Psychology*, 105(1), 86–103. <https://doi.org/10.1037/a0032540>
- Van Gordon, W., Shonin, E., & Griffiths, M. D. (2015). Towards a second generation of mindfulness-based interventions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(7), 591–592. <https://doi.org/10.1177/0004867415577437>
- Van Lange, P. A., & van Doesum, N. J. (2015). Social mindfulness and social hostility. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 3, 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2014.12.009>
- Virgili, M. (2015). Mindfulness-Based Interventions Reduce Psychological Distress in Working Adults: a Meta-Analysis of Intervention Studies. *Mindfulness*, 6(2), 326–337. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0264-0>
- Wolever, R. Q., Bobinet, K. J., McCabe, K., Mackenzie, E. R., Fekete, E., Kusnick, C. A., & Baime, M. (2012). Effective and viable mind-body stress reduction in the workplace: A randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(2), 246–258. <https://doi.org/10.1037/a0027278>
- Wolever, R. Q., Schwartz, E. R., & Schoenberg, P. L. A. (2018). Mindfulness in Corporate America: Is the Trojan Horse Ethical? *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 24(5), 403–406. <https://doi.org/10.1089/acm.2018.0171>

Salud mental positiva ocupacional: propuesta de un modelo teórico multidimensional para abordar la promoción de la salud mental en ambientes laborales

*Julio César Vázquez-Colunga & Cecilia Colunga-Rodríguez
Instituto Mexicano del Seguro Social*

Resumen

El principal objetivo de este capítulo es presentar el modelo teórico-instrumental de Salud Mental Positiva Ocupacional (SMPO), el cual se basa en cuatro dimensiones y seis componentes todo ello dio origen a un instrumento denominado SMPO-40; cabe señalar que, desde su surgimiento y a la fecha, el modelo ha presentado un desarrollo importante en términos cualitativos, particularmente en aspectos teóricos, y en términos cuantitativos, reflejados en la validación del instrumento en distintas poblaciones de trabajadores.

Palabras clave: SMPO, promoción de la salud mental, ambiente laboral, psicometría.

Introducción

En nuestras actividades cotidianas, los seres humanos nos encontramos constantemente vinculados a los núcleos de socialización y entornos donde nos desenvolvemos. Esta relación tiene influencia e impacto permanente, multidireccional y ecológico, en los ambientes, la salud, calidad de vida y desarrollo de las personas, propiciando o inhibiendo procesos de salud o enfermedad.

El ambiente laboral, es uno de los más influyentes, dado que el trabajo, representa una de las actividades sociales más importantes para el ser humano, ya que implica su principal medio de subsistencia, se le dedica gran tiempo durante la vida productiva y se trata de una actividad que contribuye a generar bienestar para el individuo, para su círculo social inmediato, y para el desarrollo de la comunidad.

Al respecto refiere Pando-Moreno et al (2006, 2012), que el trabajo no enferma ni cura a nadie, sino que son las condiciones en las que se desempeña, las que pueden ser generadoras de salud o enfermedad; yendo más allá, estamos hablando de que no sólo las condiciones, sino cómo se perciben por los

trabajadores, lo que influye en su salud mental, a partir de su actividad laboral, partiendo de esta última idea, nos referimos a los factores psicosociales en el trabajo.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), en su informe de 1984 sobre factores psicosociales, señala que además de existir factores patógenos y de riesgo, existen factores salutógenos que tienen un impacto favorable en el bienestar y estado de salud mental positivo en los individuos y las organizaciones; no obstante, poco se han explorado los factores psicosociales salutogénicos en el trabajo, pese a que desde hace ya 38 años, la OIT (1984) ha puesto énfasis en la necesidad de desarrollar indicadores positivos, así como en la creación de métodos para su determinación. Si bien, esta posición de la OIT es alentadora, no fue más allá de establecerse en una postura reactiva de prevención. Como ya hemos mencionado en otras publicaciones (Vázquez-Colunga et al, 2017, 2019, 2021), hemos clasificado a modo de semáforo, los tipos de posturas y sus características, en la tabla 1, retomamos dicha clasificación a la que se le han incrementado algunos elementos.

Tabla 1. Clasificación de modelos para el abordaje de la salud mental en el trabajo

Abordaje negativo	Abordaje mixto	Abordaje positivo
salud-enfermedad como polos dicotómicos y excluyentes entre si	Continuo salud-enfermedad de relación inversamente proporcional	Salud y enfermedad son procesos distintos que pueden coexistir
La salud se define a partir de la ausencia de otra condición y se mide a través de la ausencia de indicadores negativos	Se identifican algunas características propias de la salud, aunque el principal indicador sigue siendo la ausencia de enfermedad	La salud se define a partir de características propias y se mide a través de la presencia indicadores positivos
Postura reactiva centrada en la curación de la enfermedad, sus intervenciones son remediales	Postura reactiva centrada en la prevención de la enfermedad, Sus intervenciones son preventivas	Postura proactiva centrada en la promoción de la salud, sus intervenciones son de promoción
Se gestionan factores psicosociales patógenos	Se gestionan factores psicosociales de riesgo	Se gestionan factores psicosociales salutógenos
El trabajo es considerado una carga o castigo, que implica esfuerzo y desgaste, por lo cual trabajo y salud tienen características incompatibles	El trabajo es necesario para la supervivencia, por lo que las diferencias entre trabajo y salud se deben conciliar	El trabajo representa una oportunidad para crear y trascender, por lo tanto se puede aprovechar para generar salud y bienestar

Fuente: elaboración propia

Es por ello, que, en el presente capítulo, proponemos una postura alternativa que aborde de una manera multidimensional y holística, a la salud mental desde un enfoque auténticamente positivo, basado en cuatro

dimensiones, seis componentes y en algunas premisas, las cuáles por cuestiones de espacio, describiremos de manera sucinta. Cabe señalar, que las premisas que a continuación expondremos, no necesariamente, obedecen a un orden jerárquico, sino que se plantean a partir de las ideas primigenias, que dieron origen al modelo de SMPO (Vázquez-Colunga, et. Al, 2017)

La SMPO implica un abordaje salutogénico, eudaepidemiológico, basado en los derechos humanos, la psicología positiva, el enfoque sistémico-ecológico y el humanismo. Tiene sus antecedentes históricos y referentes epistémicos en diversos autores e instituciones como Cannon, 1932; Sigerist, 1941; Jahoda, 1958; Antonovsky, 1979; Organización Internacional del Trabajo (OIT), 1984; Peterson y Seligman, 2003; Pando, 2006; Buttler y Kern, 2016 entre otros, quienes señalan que la salud no se mide con base en la ausencia de enfermedad, sino con indicadores positivos, por lo cual se enfocan de manera expresa en la promoción de la salud.

La OIT (1984) ofrece uno de los primeros abordajes positivos de la salud mental ocupacional. En 2006, Pando propone un modelo eugenésico de salud mental en el trabajo. Buttler y Kern (2016), basados en ideas de Peterson y Seligman (2003), llevan el modelo PERMA de cinco elementos al ámbito del trabajo y añaden el cultivo de la salud como sexto elemento. Vázquez-Colunga et al (2017) proponen un modelo teórico para el abordaje de la salud mental positiva ocupacional desde un enfoque auténticamente positivo y ofrece como instrumento para su medición el cuestionario multidimensional SMPO-40 (Vázquez-Colunga et al, 2017; Vázquez-Colunga, 2019).

Marco Teórico

Salud Mental Positiva

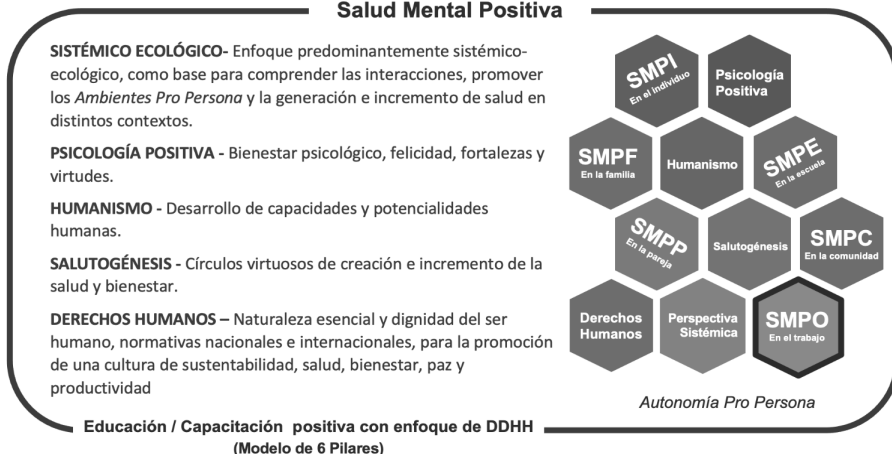


Figura 1. Marco teórico de la SMPO

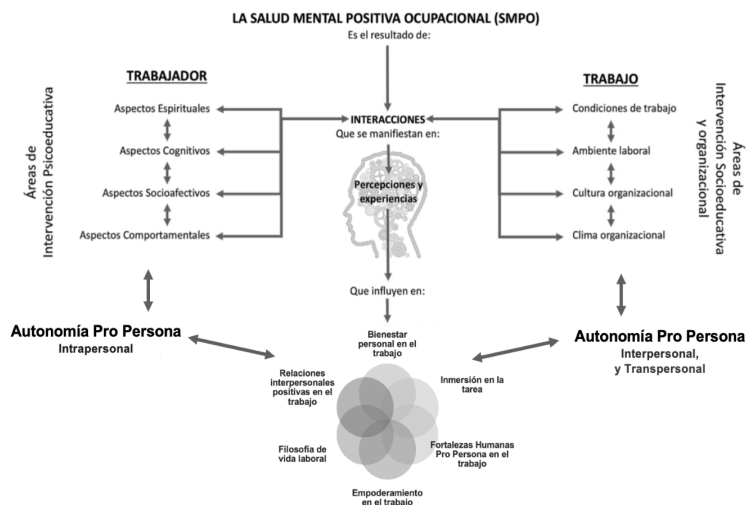
Fuente: elaboración propia

Concepto de Salud Mental Positiva Ocupacional

La definición conceptual de la SMPO supone una postura transaccional del trabajador con el medio ambiente de trabajo. Es un fenómeno generado por un proceso dinámico y personal del trabajador, resultado de su interacción con las condiciones cotidianas de trabajo. Este proceso incluye, por una parte, los aspectos cognitivos, socioafectivos, comportamentales y espirituales del trabajador y, por otra, el trabajo, su medio ambiente y las condiciones en que trabaja.

De esto se derivan percepciones y experiencias de realización, bienestar y trascendencia, las cuales influyen en el desarrollo integral de las capacidades y potencialidades humanas del trabajador y en la creación e incremento de indicadores positivos como el bienestar personal por el trabajo, las relaciones interpersonales positivas en el ámbito laboral, la inmersión en la tarea, el empoderamiento en el trabajo, la filosofía de vida laboral y el uso de fortalezas humanas pro persona en el trabajo como son el autoconocimiento, la creatividad, el sentido del humor, el altruismo laboral, entre otras (Figura 2).

Salud mental positiva ocupacional: propuesta de un modelo teórico multidimensional para abordar la promoción de la salud mental en ambientes laborales



Fuente: elaboración propia

Estos indicadores positivos deben aislarse de indicadores tradicionalmente considerados de salud mental en el trabajo, que buscan patologías, por ejemplo, trastornos del estado de ánimo de origen laboral, que sin duda, influyen en la salud y en la producción, pero no aportan al enfoque positivo de la salud mental (Vázquez-Colunga, 2017), tampoco se deben considerar criterios de apego del trabajador hacia estándares productivos, normativos o institucionales vividos por este de manera acrítica y alienante. La SMPO contribuye al proceso productivo, pero de ninguna manera se centra en él, sino que se enfoca en el valor humano del trabajador, en sus potencialidades y en su búsqueda por la felicidad y el sentido de la vida a través de su actividad laboral.

Importancia e implicaciones de la SMPO

El concepto de SMPO ofrece la posibilidad de medirla en el ámbito laboral y gestionar programas de intervención con perspectiva auténticamente positiva, reconociendo la coexistencia de salud y enfermedad como entidades distintas (Vázquez-Colunga et al., 2017; Vázquez-Colunga, 2020). Por otra parte, permite identificar, en las condiciones de trabajo, factores salutogénicos transpolables a la normatividad para asegurar su vigilancia psicoeudaepidemiológica. Permite educar, hacia un trabajo digno, centrándose en las condiciones que mejor garanticen la vida y la salud de los trabajadores enfocándose en la promoción y no sólo en la seguridad y prevención, que

protege de factores negativos o que buscan el restablecimiento de la salud mermada por las condiciones de trabajo.

Algunos datos que exigen un cambio de paradigma hacia la SMPO

Según informes del Observatorio de Trabajo Digno (2021), en México existen casi 75 millones de personas en edad y con posibilidad de trabajar, de las cuales sólo 9 millones (12%) tienen acceso a un *Trabajo Decente*; a mayor detalle, se señala que más de 35.3 millones de trabajadores carecen de acceso a la Seguridad Social y/o de un ingreso remunerador e incluso es insuficiente para adquirir una canasta básica familiar, mientras que otros 24.6 millones de personas se encuentran excluidas del mercado laboral, de este número, un 95% son mujeres cuyo trabajo del hogar y de cuidados no remunerado, les impide buscar un empleo con salario.

Por si esto fuera poco, según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2018), México es uno de los países con jornadas laborales más extensas, llegando al primer lugar de 38 países, por encima incluso de países como Corea del sur, donde las jornadas laborales permitidas eran hasta hace poco, de 68 horas semanales. Estas condiciones plantean la grave situación de desigualdad, particularmente de las mujeres por razones de género y de los roles socialmente asignados y culturalmente perpetuados, que las esclavizan a una sobrecarga de trabajo y por ende a un escaso autocuidado.

Aunque a nivel mundial, como lo señala Ortiz-Hernández, *et al* (2015), las condiciones de trabajo han elevado exponencialmente los padecimientos emocionales de los trabajadores, en América Latina, estos problemas deben ser motivo de atención por su frecuencia y la discapacidad a la que se asocian, ya que la problemática de la salud mental se ve acrecentada, por las condiciones de economía. Compartimos la idea de que toda persona, tiene la prerrogativa de experimentar una vida, en la que pueda desarrollar sus potencialidades, en ambientes que favorezcan su salud y bienestar, lo cual incluye al trabajo. En un sentido más amplio, según la OIT (2019), la actividad laboral, debe propiciar las oportunidades y soporte, para que las personas tengan un sentido de trascendencia y satisfacción, teniendo una vida plena y siendo útiles a la sociedad.

Premisas que subyacen al modelo de la SMPO

La salud y la enfermedad mental no son polos opuestos

Contrario a la postura polarizada de que la salud y la enfermedad, son polos opuestos de un mismo continuum, ni son dicotómicas, ni existe una relación inversamente proporcional, es decir, no es a mayor salud menor enfermedad y viceversa, sino que esta propuesta señala que salud y enfermedad pueden coexistir, se trata de procesos o entidades diferentes, por lo cual cada una, salud y enfermedad, se deben medir a partir de la presencia de indicadores propios y no a partir de la ausencia de otros indicadores.

El individuo como célula social y el enfoque de género como cambio cultural en el trabajo

Otra premisa que se plantea es que el individuo debe ser reconceptualizado como un ser espiritual y biopsicosocial, así como la auténtica célula de la sociedad, ya que tradicionalmente se ha señalado a la familia como la célula social por excelencia, y aunque no se debate la idea de la importancia que representa la familia en la socialización primaria y el cuidado de los menores de edad, la autonomía progresiva y el libre desarrollo de la personalidad a que tienen derecho los seres humanos debe ser lo que prevalezca, siempre y cuando no se dañen derechos de terceros, es así que la sociedad y el Estado, mantienen un compromiso, por velar por todos y cada uno de los individuos que la integran, ya que por lo general, se “culpabiliza a la víctima”, señalando que la familia es la responsable de la formación de las personas y por lo tanto de su adecuada adaptación. Por otra parte, se debe integrar a la perspectiva de género en el trabajo, donde la salud en el trabajo se aborde de manera distinta, poniendo énfasis en las diferencias biopsicosociales de las mujeres en los múltiples roles que le son asignados socialmente.

Es así, que tratándose del ámbito ocupacional, el individuo y las organizaciones pueden y deben contribuir a la generación de *Ambientes Laborales Pro Persona*, esto se puede lograr mediante la formación y vivencia de los *Derechos Humanos*, así como mediante la promoción y el desarrollo, al interior de las organizaciones, de competencias que nos permitan relacionarnos intrapersonal, interpersonal y transpersonalmente de manera autónoma al mismo tiempo de desarrollar virtudes que se ponen al servicio de los demás mediante la vocación, generando bienestar para el individuo y la sociedad, prevaleciendo el cuidado mutuo en una cultura de paz y no-violencia o *ahimsa*, concepto introducido en occidente por Mahatma Ghandi hace más de 100 años.

La salud mental y la autonomía no son categorías nominales

En esta premisa, se establece que la salud mental y la autonomía, no son categorías nominales, sino rasgos continuos, no absolutos, es decir, todos tenemos salud mental y autonomía en mayor o menor grado, con indicadores de menor o mayor calidad; trasladado al ámbito de las organizaciones laborales, un trabajador en su quehacer cotidiano, mantiene cierto grado de libertad que le permite decidir la forma de hacer su tarea, así también, requiere de un nivel, por lo menos incipiente de salud mental para su funcionalidad.

La eudaepidemiología como postura para la identificación, vigilancia y promoción de la SMPO

La Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.) define a la epidemiología como *el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud*. Como enfoque alternativo proponemos a la *eudaepidemiología* como el estudio de las condiciones ambientales y los factores psicosociales que promueven y determinan estados o eventos de salud, así como la gestión y aplicación de los mismos para la generación e incremento de indicadores positivos de bienestar y felicidad, de forma integral y holística, por lo que no se centra en cuestiones de salud física, sino de salud integral, que incluyen aspectos como la espiritualidad, reconocida por la OMS, no como un aspecto necesariamente religioso, sino de trascendencia humana, identidad y sentido de pertenencia social, entre otros aspectos.

Debido a que la aspiración humana, no debe limitarse a sólo prevenir la enfermedad o limitar el daño ocasionado por el trabajo, se propone esta postura de características auténticamente positivas le hemos denominado *Eudaepidemología*, debido a que en contraste al estudio de las enfermedades, propios de la epidemiología clínica, no pretende identificar, prevenir o limitar la enfermedad, sino que busca la localización y descripción de los indicadores positivos de salud mental derivada de la actividad laboral, con miras a su mantenimiento y desarrollo.

Perspectivas de fundamentación holística

Antes de continuar, es necesario hacer algunas precisiones en torno a cuál es la esencia del ser humano, desde la que se concibe esta propuesta; para tales efectos, se parte de diversas perspectivas filosóficas y teóricas, mencionaremos solo algunas de las posturas más representativas, desde las cuales se erige la propuesta, ya que ésta forma parte de un constructo más amplio, en torno a su

naturaleza y que además de ser acordes a las perspectivas filosóficas y éticas, consideran elementos objetivos, pero además, la importancia de las subjetividades e intersubjetividades, en que se construyen y reconstruyen realidades más dignas.

Estos antecedentes y referentes epistémicos en torno a la auténtica esencia del ser humano se encuentran en propuestas de diversos filósofos como Gautama Siddharta, ss VI-V a.C.; Sócrates, 470-399 a.C.; Platón, 427-347 a.C.; Aristóteles, 384-322 a.C.; Rawls (1971); y Rousseau (1999), entre otros, quienes señalan, de manera expresa y tácita, que los seres humanos somos seres en esencia bondadosos y compasivos, empáticos, racionales, pero además seres éticos que pueden utilizar la razón para acercarse a la justicia, a lo bueno, para aspirar a la excelencia y a la trascendencia mediante sus actos y su contribución a lo que es justo para el individuo y la sociedad.

El trabajo digno y la SMPO como Derechos Humanos (DDHH)

González (2021), señalan que el empoderamiento y la formación con enfoque de DDHH, influye de manera directa en el desarrollo de las personas y es esencial en los procesos de construcción de sociedades cada vez más justas. Por su parte Murayama (citado en Salazar, 2014), refiere que la materialización práctica de los DDHH, dependerá de que estos se traduzcan en normas, políticas y prácticas del Estado, pero además, dependerá de la apropiación que hagan los ciudadanos en su quehacer diario; este tipo de conductas positivas para el individuo y la sociedad, favorecen comportamientos que se pueden potenciar mediante el desarrollo de la SMPO y la *Autonomía Pro Persona*, al promover el libre desarrollo de la personalidad y los ambientes laborales saludables.

Los Ambientes Laborales Pro Persona

Este tipo de ambientes, acordes a la dignidad humana, implican una forma de relacionarse con uno mismo, con el otro, y con los ambientes que nos rodean, sean naturales o sociales; de una manera más consciente, más responsable, tomando en cuenta las implicaciones para cada uno de los involucrados como un enfoque proactivo de *Derechos Humanos*.

Debemos transitar a nuevos modelos de educación y capacitación positiva, que fomenten el desarrollo integral con enfoque de DDHH, con miras a la más amplia sustentabilidad de nuestra especie, así como transitar a nuevas formas de vida y convivencia, a nuevas formas más ecológicas, holísticas y armoniosas en el ámbito laboral y en la sociedad en general.

Así, no solo familia y escuela, sino que además las organizaciones laborales tienen un papel primordial, ya que son estos los ambientes principales en los cuales tenemos contacto con sistemas normativos, que son interiorizados y que contribuyen al desarrollo de cierta autonomía moral, pero en este caso, lo deseable sería formar individuos y sociedades con *Autonomía Pro Persona*, que se van volviendo en individuos más éticos y en sociedades más justas, saludables y solidarias. Por supuesto, todo esto puede y debe ser promovido por el Estado y el resto de las instituciones sociales mediante la promoción de *Ambientes Pro Persona*.

Es necesario transitar a una cultura proactiva de los *Derechos Humanos*, donde vivirlos implica no solamente tener las condiciones para disfrutarlos, sino también que los gobiernos, individuos y sociedades deben reconocerlos, respetarlos, promoverlos, defenderlos y exigirlos, para lograr que sean verdaderamente derechos de acceso universal y que se puedan materializar y vivir al interior de organizaciones como son las de carácter laboral.

En este mismo orden de ideas, el derecho a la salud está consagrado en tratados internacionales y regionales, de *Derechos Humanos* y en las constituciones de países de todo el mundo, en este sentido la constitución de la Organización Mundial de la Salud establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es un derecho fundamental del ser humano, que implica, entre otras cosas, la disponibilidad garantizada de servicios de salud y de condiciones de trabajo saludables y seguras que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible (OMS, 2014).

Conclusiones

En esta breve exposición hemos señalado la propuesta de un modelo teórico multidimensional para abordar la SMPO, basado en cuatro dimensiones, a saber: espiritual, cognitiva, socioafectiva y comportamental, así como seis componentes donde se incluyen aspectos relacionados con la filosofía de vida laboral, relaciones interpersonales positivas, empoderamiento en el trabajo, uso de fortalezas humanas pro persona, bienestar personal por el trabajo e inmersión en la tarea. Asimismo, se menciona de manera resumida el instrumento SMPO-40 derivado del modelo teórico propuesto, el cual representa una alternativa válida y confiable para la medición de la salud mental positiva en el trabajo.

Por otra parte, hemos incluido importantes elementos a considerar, sobre los cuales la propuesta adquiere mayor fortaleza y congruencia, dado que es un fenómeno poco explorado y que mantiene una condición dinámica y dialéctica,

destacando entre las nuevas aportaciones del enfoque eudaepidemiológico, los DDHH, la perspectiva pro persona y de género, así como la reconceptualización del individuo como la auténtica célula social, entre otros aspectos relevantes. En síntesis, el enfoque transaccional aquí propuesto, considera elementos intrapersonales, interpersonales y transpersonales en el ámbito laboral.

Referencias

- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- González, D. B. (2021). *Cuadernos de jurisprudencia, número 6. Derecho a la educación*. México: Suprema Corte de Justicia de la Nación.
- González, D. B. (2021). *Cuadernos de jurisprudencia, número 6. Derecho a la*
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Joint commission on mental illness and health.
- Organización Internacional del Trabajo, (1984). *Factores psicosociales en el trabajo. Naturaleza, incidencia y prevención*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- Organización Internacional del Trabajo, (2019). *Estado del Trabajo Decente en el Mundo*. OIT. Consultado en https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-madrid/documents/genericdocument/wcms_723294.pdf
- Organización Internacional del Trabajo, (s.f.). *Trabajo decente*. OIT. Consultado en <http://www.oit.org/global/topics/decent-work/lang-es/index.htm>
- Pando-Moreno, M. (2012). Salud mental positiva. En Pando, Aranda, Parra y Ruiz, *Eugenesia laboral. Salud mental positiva en el trabajo* (pp. 15-29). Cali: Universidad Libre Seccional Cali.
- Pando-Moreno, M., Castañeda, J., Gregoris, M., Aguilar, M., Ocampo, L., y Navarrete, R. (2006). Factores psicosociales y Síndrome de Burnout en docentes de la Universidad del Valle de Atemajac, Guadalajara, México. *Salud en Tabasco*, 12, 523-259.
- Rawls, J. (1971). *Teoría de la Justicia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Rousseau, J. J. (1999). *El contrato social*. Argentina: El Aleph.
- Rousseau, J. J. (1999). *El contrato social*. Argentina: El Aleph.
- Salazar, P. (2014). *La reforma constitucional sobre derechos humanos. Una guía conceptual*. México: Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República.
- Salazar, P. (2014). *La reforma constitucional sobre derechos humanos. Una guía*
- Sigerist, H. (1941). *Medicine and human welfare*. McGrath Publishing Company.
- Vázquez-Colunga, J. C. (2017). Diseño, validez y fiabilidad de un instrumento para medir la Salud Mental Positiva Ocupacional. Tesis doctoral,

Doctorado Interinstitucional en Psicología. México: Universidad de Guadalajara.

Vázquez-Colunga, J. C., Pando-Moreno, M., Colunga-Rodríguez, C., Preciado-Serrano, M. L., Orozco-Solís, M. G., Ángel-González, M., y Vázquez-Juárez, C. L. (2017). Saúde Mental Positiva Ocupacional: proposta de modelo teórico para abordagem positiva da saúde mental no trabalho. *Saúde e Sociedade*, 26, 584- 595. Brasil

Vázquez-Colunga, J.C. (2019). Análisis factorial de la escala SMPO-40 diseñada para medir la salud mental positiva ocupacional en trabajadores mexicanos. *Revista Internacional PIENSO*, 4 (2), 40-55. Consultado en <https://www.piensoenlatinoamerica.org/storage/pdf-magazines/1625031928-PIENSO%20Número%204%20Año%202.pdf>

Vázquez-Colunga, J.C. (2021). Salud mental positiva ocupacional. Investigaciones actuales y consideraciones teórico-conceptuales. México: PIENSO en Latinoamérica.

Programas multifatoriais para prevenção de lesões músculo esqueléticas relacionadas com o trabalho

¹Carla Sílvia Fernandes & ²Bruno Magalhães

¹*Escola Superior de Enfermagem do Porto; CINTESIS@RISE, Nursing School of Porto (ESEP), Porto, Portugal; Presidente da Associação ADITGameS*

²*Department of Surgical Oncology, Portuguese Oncology Institute of Porto (IPO Porto), Porto, Portugal; Oncology Nursing Research Unit IPO Porto Research Center (CI-IPOP), Portuguese Oncology Institute of Porto (IPO Porto) / Porto Comprehensive Cancer Centre (Porto.CCC) & RISE@CI-IPOP (Health Research Network), Porto, Portugal; School of Health, University of Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD), Vila Real, Portugal*

Resumo

As Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT) representam um encargo significativo para a sociedade em geral que afetam particularmente os profissionais de saúde. A mobilização de doentes em situações particularmente complexas, pelos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros acarretam riscos de lesão musculoesquelética. É determinante criar ambientes de trabalho seguros, com rotinas adequadas e locais de trabalho corretamente planeados implementando programas multifatoriais de prevenção. Ao longo deste capítulo reflete-se sobre a dimensão desta problemática e sobre a vantagem inequívoca destes programas que persistem na prática dos profissionais de saúde muito além de programas baseados em formação exclusiva sobre mobilização de doentes.

Lesões Músculo Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT)

As Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT) representam um encargo significativo para a sociedade em geral, para as organizações e para os próprios trabalhadores porque afetam a população em idade ativa, contribuindo para o aumento do absentismo laboral, para a diminuição da produtividade, e da qualidade de vida dos trabalhadores (McDermott et al., 2012). A Organização Mundial de Saúde reconhece estas perturbações como uma das principais causas de lesões a nível mundial, afetando indiscriminadamente populações adultas e jovens, e causando deficiências significativas (WHO, 2019). As atividades relacionadas com a mobilização manual de cargas podem resultar numa ampla gama de distúrbios músculo-esqueléticos.

As lesões músculo-esqueléticas (LMERT) podem afetar diferentes partes do corpo, como é o caso do ombro, do pescoço, do cotovelo, da mão, do punho, do joelho e da coluna vertebral. São síndromes de dor crónica que ocorrem no exercício de uma dada atividade profissional e, por isso, se designam “ligadas ao trabalho” (LMERT ou LMELT). As lesões músculo-esqueléticas dos membros superiores relacionadas (ou ligadas) com o trabalho são referidas com alguma frequência em certas condições de trabalho como, por exemplo, as atividades implicando tarefas repetitivas, a aplicação de força ou o trabalho que requeira posições das articulações muito “exigentes” (DGS, 2008). No entanto, as queixas mais frequentes e com impacto na atividade laboral estão associadas à coluna, nomeadamente à região lombar (Davis & Kotowski, 2015). Nalguns países europeus os encargos com as LMERT situam-se em cerca de 0,5 a 2% do Produto Nacional Bruto (PNB) (DGS, 2008).

LMERT e Profissionais de Saúde

As Lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT) estão entre as principais causas de lesões e dor designadamente nos profissionais de saúde (Albanesi et al, 2022). Os profissionais de saúde sofrem mais lesões músculo-esqueléticas do que outros grupos profissionais (Bauman, 2007). A atividade dos profissionais de saúde implica exposições a uma variedade de fatores de risco que podem contribuir para o aparecimento e desenvolvimento de lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho (Neves & Serranheira, 2014). Sabe-se que os fatores de risco físicos dos profissionais de saúde incluem atividades no local de trabalho, tais como elevação manual, flexão e torção frequentes, força excessiva e má postura de trabalho. Um estudo de revisão, sobre o tema, estabelece uma relação causal entre o stresse mecânico causado por atividades de tratamento do doente e o desenvolvimento de lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho. No entanto, outras tarefas de cuidados, nomeadamente cuidados de higiene, tratamentos ou alimentação, também estão associadas (Yassi & Lockhart, 2013). Dentro das várias queixas a dor lombar é um grande problema ocupacional entre os profissionais de saúde, sendo um problema de saúde ocupacional dispendioso, e uma das principais causas do absentismo relacionado à deficiência influenciado diretamente por fatores relacionados ao trabalho (Shojaei, Tavafian, Jamshidi & Wagner, 2017).

Os profissionais de saúde mais acometidos com este problema são os enfermeiros e assistentes operacionais (EU-OSHA, 2020). De facto, a realização diária de movimentos repetitivos, tais como elevar, empurrar ou puxar, geralmente necessários para o posicionamento dos doentes, e a flexão

necessária para elevar e manusear, colocam a coluna vertebral do profissional numa posição extremamente vulnerável, o que significa que mesmo em condições ideais de elevação, o peso de qualquer adulto excede a capacidade de elevação da maioria dos profissionais de saúde (Jäger et al., 2012). A prestação de cuidados de saúde, designadamente pelos enfermeiros e auxiliares, implicam a mobilização de doentes, envolvendo a sua movimentação em situações particularmente complexas que acarretam riscos, nomeadamente o risco de lesão músculo-esquelética principalmente a nível lombar. (Fernandes et al., 2018) Na ausência de uma utilização adequada da biomecânica corporal, com recurso a ajudas técnicas de facilitação, aumenta a predisposição para o risco de Lesões Músculo-Esquelética Relacionadas com o Trabalho. (Fernandes et al., 2018)

Conforme já referido os profissionais de saúde sofrem mais lesões músculo-esqueléticas do que outros grupos profissionais, são um grupo vulnerável, sujeitos a um risco quatro vezes superior aos que trabalham no setor industrial (Thinkhamrop et al, 2017). No artigo de revisão apresentado por Anderson e Oakman (2016), integrando 27 estudos realizados ao longo dos últimos anos, os autores preveem que grande parte dos profissionais de saúde irão experienciar uma LMERT ao longo da sua carreira, identificando como fatores de risco, serem profissionais mais jovens, terem menos anos de experiência e estarem expostos a altos níveis de tarefas manuais e repetitivas.

As tarefas de prestação de cuidados de saúde requerem na maioria das vezes posturas articulares extremas, com aplicações de força, assim como exigências a nível da coluna vertebral e, particularmente, da zona lombar. O uso de métodos inadequados e fisicamente extenuantes na mobilização de doentes, combinado com uma baixa conscientização sobre o uso de ajudas técnicas, leva ao aumento de lesões ocupacionais neste grupo de trabalho (Abedini, Choobineh, & Hasanzadeh, 2015). Anderson e Oakman (2016) referem que as taxas autorelatadas de LMERT variam em contraste com os relatórios de lesões, salientando a importância de dados consistentes e válidos, reforçando a necessidade de intervenções válidas de prevenção perante a grande dimensão deste problema.

Programas multifatoriais de intervenção

Perante a necessidade de prevenir as LMERT e face à imutabilidade da situação de trabalho, observa-se uma aposta na implementação de programas de formação dos profissionais de saúde sobre técnicas de mobilização de doentes (Neves & Serranheira, 2014). No entanto, na revisão sistemática

realizada por Cledes et al. (2010) para avaliar as evidências sobre a eficácia de diferentes abordagens para o treino de manuseamento manual de cargas, os autores, identificaram poucas evidências que apoiam a eficácia do treino de manipulação manual com base em técnicas e educação. Além disso, houve evidências consideráveis que apoiam a referência de que os princípios aprendidos durante o treino não são aplicados no ambiente de trabalho. Neves & Serranheira (2014) também o referem, destacando a eficácia da implementação de programas multifatoriais de cariz sistémico em oposição aos programas de formação exclusiva sobre técnicas de mobilização de doentes, para o risco de LMERT nos profissionais de saúde.

Apesar da “visibilidade pública” que as LMERT atualmente têm, e das diversas ações relacionadas, direta ou indiretamente, com os aspetos do seu diagnóstico e prevenção, não se está a atuar de forma planeada no desenvolvimento das melhores estratégias de melhoria das condições de trabalho na perspetiva da sua prevenção (DGS, 2008). Para sustentar com sucesso um programa de intervenção a este nível, deve ser abarcada uma cultura de segurança, envolvendo a gestão e topo, alocando equipamento apropriado, realizando auditorias comportamentais e realizando formação contínua com formadores pelos pares das respetivas unidades (Totzkay, 2018). A componente sistémica e integradora da metodologia de análise e intervenção ergonómica permite compreender as relações entre o trabalhador e o trabalho, contribuindo para a harmonia entre o homem e o sistema (Neves & Serranheira, 2014). Os cuidados de saúde são cada vez mais, ambientes dinâmicos de trabalho, que beneficiam de fortes programas organizacionais, políticas e práticas em torno da identificação e redução de riscos (Grant, et al., 2018), de modo a combater este flagelo com forte impacto no trabalhador, mas também para as próprias instituições.

Da revisão da literatura realizada sobre este tópico é possível evidenciar a eficiência da implementação deste tipo de estratégias comparativamente aos programas com recurso apenas a estratégias formativas (McDermott et al., 2012; Neves & Serranheira, 2014). Conforme nos refere Neves & Serranheira (2014) é necessário abandonar a implementação de programas de formação intensiva sobre mobilização de doentes como estratégia única, isolada e sem monitorização do seu impacto ao longo do tempo. Os autores propõem um conjunto de etapas adaptadas e ilustradas na **figura 1**, consideradas determinantes para o êxito destes programas.



Figura 2: Etapas de um programa multifatorial

Diagnóstico com a consequente intervenção ergonômica

O diagnóstico inclui a observação de atividades dos profissionais de saúde da instituição, para permitir o delineamento estratégico do programa. A observação pode ser uma ferramenta para identificar e prever riscos no ambiente de trabalho e implementar ações corretivas (Grant et al., 2018), em prol da tão aclamada «qualidade» no qual se insere a saúde dos profissionais de saúde (Neves & Serranheira, 2014). A utilização de ferramentas de análise ergonômica pode identificar, nos ambientes existentes, áreas que necessitem de melhoria e com isso reduzir a probabilidade de dor e lesão musculoesquelética relacionada com o trabalho (Grant et al., 2018).

Grupos de trabalho para implementação de algoritmos de decisão

Nesta etapa devem ser desenvolvidos grupos de trabalho multidisciplinares para a criação e implementação de algoritmos de decisão de apoio à mobilização de doentes. A implementação de algoritmos de apoio à decisão na mobilização de doentes, afixados nos placards dos serviços e junto às camas dos doentes, são considerados como ferramentas de ajuda (fundamentalmente cognitiva) que auxiliarão os profissionais de saúde a aplicar os dados da evidência científica na prática, diminuindo a atual diversidade de abordagens ao doente durante a sua mobilização (Neves & Serranheira, 2014). O desenvolvimento de algoritmos de trabalho fornece uma base para traduzir o conhecimento na prática. Esta etapa tem o potencial de reduzir a variabilidade da prática, maximizando a segurança e fornecendo uma referência para os cuidados (Fernandes et al., 2020; Hanekom et al., 2011).

Introdução de equipamentos de assistência à mobilização

Ao longo do percurso e de acordo com os dados decorrentes do diagnóstico devem ser sugeridos a introdução das ajudas técnicas e equipamentos

considerados necessários à mobilização de cargas com vista à redução de incidência de LMERT. Os equipamentos devem ser perspectivados de acordo com a sua disposição/configuração, com o seu relacionamento com os componentes da situação de trabalho e facilidade de interação entre o profissional de saúde e o equipamento, com sequências lógicas de procedimentos que facilitem a memorização e a aceitação pelo utilizador. Caso contrário, a sua utilização será comprometida, levando o utilizador à mobilização manual do doente (Fernandes et al., 2020; Neves & Serranheira, 2014).

Adequação das políticas organizacionais

Um dos aspetos importantes na implementação de um programa multifatorial é a identificação de barreiras à mudança de práticas. Inúmeros estudos identificaram fatores individuais (isto é, falta de necessidade percebida, falta de conhecimento) e fatores organizacionais (ou seja, pessoal limitado, falta de políticas, falta de equipamento, falta de suporte de gestão) que dificultam a implementação do programa, daí a importância da adequação das políticas organizacionais (Noble & Sweeney, et al. 2018). Os estudos com programas multifatoriais destacam medidas a nível organizacional, nomeadamente: Implementação da política de «não realizar levante manual» e a definição (por escrito) do guião de competências da mobilização de doentes (manual ou com recurso a equipamento mecânico); Reorganização temporal do trabalho; A conceção de espaços adequados à atividade, sendo que o design dos serviços hospitalares deve garantir a flexibilidade e adaptabilidade do sistema; Seleção de equipamentos adequados à função e aos utilizadores; Introdução de ajudas técnicas (hardware e software) para a diminuição da probabilidade de erro; Integração de programas de promoção da saúde e segurança dos profissionais de saúde (nomeadamente programas de gestão do stresse, de promoção da atividade física, de formação/informação, etc.); Análise da fiabilidade dos sistemas de trabalho; A formação deve incluir a supervisão da prática e delinear estratégias de facilitação da resolução de problemas; Estratégias que reduzam a fadiga e que permitam a limitação de horas consecutivas de trabalho (Neves & Serranheira, 2014; Fernandes et al., 2020).

Aprendizagem com o erro/incidentes (After Action Reviews)

Nesta fase, que deve decorrer ao longo de todo o programa, implica o desenvolvimento de um circuito de monitorização das lesões com associação ao fator desencadeante e implementação das medidas corretivas associadas ao erro. The After Action Review (AAR) é uma técnica de processo que usa uma

revisão da experiência para evitar erros recorrentes, permitindo que os participantes chave numa atividade revejam o seu papel, identifiquem sucessos e falhas e que procurem maneiras de continuar o desempenho bem-sucedido ou melhorar as operações deficientes no futuro (DeGrosky, 2005). O programa deve ser alicerçado num clima de segurança organizacional positivo, numa cultura orientada para as pessoas e para as práticas ergonômicas (Lee, & Lee, 2017).

Salienta-se que a grande maioria destas medidas não implica substantivos investimentos à sua implementação, obrigam apenas a verdadeiramente compreender o trabalho e a implementar uma cultura de segurança e de aprendizagem com os erros. Conhecer as lesões e adotar medidas preventivas é o passo certo, apoiando o desenvolvimento de uma organização mais saudável e, portanto, concebida também em função das pessoas que lá trabalham (DGS, 2008).

Referências

- Abedini, R., Choobineh, A. R., & Hasanzadeh, J. (2015). Patient manual handling risk assessment among hospital nurses. *Work*, 50(4), 669-675. <https://doi.org/10.3233/WOR-141826>
- Albanesi, B., Piredda, M., Bravi, M., Bressi, F., Gualandi, R., Marchetti, A., Facchinetti, G., Ianni, A., Cordella, F., Zollo, L., & De Marinis, M. G. (2022). Interventions to prevent and reduce work-related musculoskeletal injuries and pain among healthcare professionals. A comprehensive systematic review of the literature. *Journal of Safety Research*, 82, 124–143. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2022.05.004>
- Anderson, S. P., & Oakman, J. (2016). Allied health professionals and work-related musculoskeletal disorders: A systematic review. *Safety and Health at Work*, 7(4), 259-267. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2016.04.001>
- Bauman, A. (2007) Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho = cuidados de qualidade. International Council of Nurses. Suíça: Conselho Internacional dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf
- Clemes S, Haslam C, Haslam R. What constitutes effective manual handling training? A systematic review. *Occupational Medicine*. 2010; 60(2): 101-107. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqp127>
- Davis, K., Kotowski S. (2015) Prevalence of musculoskeletal disorders for nurses in hospitals, long-term care facilities, and home health care: a

- comprehensive review. *Hum Factors*; 57: 754–92.
<https://doi.org/10.1177/0018720815581933>
- DeGrosky M (2005) . Improving After Action Review (AAR) practice. In: Eighth International Wildland Fire Safety Summit Missoula, Montana.
- Direcção Geral de Saúde (DGS) (2008). Lesões Músculo-Esqueléticas relacionadas com o trabalho – guia de orientação para a prevenção. Programa Nacional contra as Doenças reumáticas. Ministério da Saúde.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). (2020) Work-related musculoskeletal disorders – Facts and figures.
<http://doi.org/10.2802/443890>
- Fernandes CS, Couto G, Carvalho R, Fernandes D, Ferreira P. (2018). Self-reported work-related musculoskeletal disorders among health professionals at a hospital in Portugal. *Rev Bras Med Trab.* 16(3):353-359.
<https://dx.doi.org/10.5327/Z1679443520180230>
- Fernandes CS, Couto G, Carvalho R, Gomes Fernandes D, Brito L, Carvalho P, et al. (2018). Risk observation in the handling of dependent patients in health professionals of a hospital unit. *Nursing Practice Today.* 2018; 5(4):385–94. <https://dx.doi.org/10.18502/npt.v5i4.117>
- Fernandes, C. S., Couto, G., Carvalho, R., Ferreira, P., & Fernandes, D. G. (2020). Implementação de um programa multifatorial para prevenir lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho. *Journal Health NPEPS*, 5(2). <https://doi.org/10.30681/252610104507>
- Graça M, Alvarelhão J, Oliveira A, Almeida R, & Martín I. (2013). Relação entre percepção de carga e risco de manuseio em idosos dependentes. *Psic., Saúde & Doenças.* 14(1): 53-63.
- Grant M, Okechukwu C, Hopcia K, Sorensen G, Dennerlein J. (2018). An Inspection Tool and Process to Identify Modifiable Aspects of Acute Care Hospital Patient Care Units to Prevent Work-Related Musculoskeletal Disorders. *Workplace Health & Safety.* 66(3): 144-158.
<https://doi.org/10.1177/2165079917718852>
- Grant, M. P., Okechukwu, C. A., Hopcia, K., Sorensen, G., & Dennerlein, J. T. (2018). An inspection tool and process to identify modifiable aspects of acute care hospital patient care units to prevent work-related musculoskeletal disorders. *Workplace Health and Safety*, 66(3), 144-158.
<https://doi.org/10.1177/2165079917718852>
- Hanekom S, Gosselink R, Dean E, Van Aswegen H, Roos R, Ambrosino N, et al. (2011). The development of a clinical management algorithm for early physical activity and mobilization of critically ill patients: synthesis of evidence and expert opinion and its translation into practice. *Clinical*

- Rehabilitation. 25(9):771-87.
<http://dx.doi.org/10.1177/0269215510397677>
- Jaeger, Matthias & Jordan, Claus & Theilmeier, Andreas & Wortmann, Norbert & Kuhn, Stefan & Nienhaus, Albert & Luttmann, Alwin. (2012). Lumbar-Load Analysis of Manual Patient-Handling Activities for Biomechanical Overload Prevention Among Healthcare Workers. *The Annals of occupational hygiene*. 57. <http://doi.org/10.1093/annhyg/mes088>
- Lee SJ, & Lee JH. (2017). Safe patient handling behaviors and lift use among hospital nurses: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 74:5360.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.002>
- McDermott, H., Haslam, C., Clemes, S., Williams, C., & Haslam, R. (2012). Investigation of manual handling training practices in organisations and beliefs regarding effectiveness. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 42(2), 206-211. <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2012.01.003>
- Neves M, Serralheira F. (2014). A formação de profissionais de saúde para a prevenção de lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho a nível da coluna lombar: uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2014; 32(1), 89-105. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.01.001>
- Noble N, & Sweeney N. (2018). Barriers to the Use of Assistive Devices in Patient Handling. *Workplace Health & Safety*. 66(1): 41-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/2165079917697216>
- Shojaei S, Tavafian S, Jamshidi A, Wagner J. (2017). A Multidisciplinary Workplace Intervention for Chronic Low Back Pain among Nursing Assistants in Iran. *Asian Spine Journal*. 11(3): 419-426.
<http://doi.org/10.4184/asj.2017.11.3.419>
- Thinkhamrop, W., Sawaengdee, K., Tangcharoensathien, V. et al. (2017). Burden of musculoskeletal disorders among registered nurses: evidence from the Thai nurse cohort study. *BMC Nurs*. 16, 68.
- Thinkhamrop, W., Sawaengdee, K., Tangcharoensathien, V., Theerawit, T., Laohasiriwong, W., Saengsuwan, J., & Hurst, C. P. (2017). Burden of musculoskeletal disorders among registered nurses: evidence from the Thai nurse cohort study. *BMC nursing*, 16, 68.
- Totzkay, D. L. (2018). Multifactorial strategies for sustaining safe patient handling and mobility. *Critical Care Nursing Quarterly*, 41(3), 340-344.
- World Health Organization (2019). Musculoskeletal conditions. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletalconditions>.

Yassi A, & Lockhart K. (2013). Work-relatedness of low back pain in nursing personnel: a systematic review. *International Journal Of Occupational And Environmental Health*. 19(3): 223-244.

Boas Práticas de literacia em saúde e comportamentos salutogénicos nos locais de trabalho

Cristina Vaz de Almeida & Isabel Fragoeiro
Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde

A maioria da população adulta ocupa grande parte do seu tempo em contextos laborais, sendo os mesmos influentes no bem-estar e saúde, não só nesta etapa do ciclo de vida, mas condicionando o desenvolvimento da pessoa nas etapas subsequentes deste mesmo ciclo.

Os contextos laborais enquanto sistemas vivos, são também contextos sócio ecológicos com características próprias, quer do ponto de vista físico e ambiental, mas também relacional e social, cuja evidência tem demonstrado terem influência na saúde / saúde mental nos diversos atores que nos mesmos se movimentam e nos quais desencadeiam dinâmicas específicas.

No presente capítulo abordaremos a temática supra identificada, procurando clarificar os conceitos versados bem como fundamentar do ponto de vista teórico e científico a pertinência das relações estabelecidas entre os mesmos, mormente na atualidade. Procuraremos elencar as boas práticas de literacia em saúde associadas aos comportamentos salutogénicos. Em resultado do contacto efetuado com alguns contextos de trabalho no âmbito da atividade profissional que desenvolvemos, acrescentam-se algumas reflexões, cuja partilha poderá suscitar o interesse dos que se dedicam com profundidade ao estudo do assunto em apreço.

Constitua este capítulo um ponto de partida para outros desenvolvimentos e trabalhos futuros.

Palavras-chave: literacia em saúde, promoção da saúde, contextos laborais salutogénicos, Modelos de intervenção, Projetos em parceria.

Enquadramento

A maioria da população adulta ocupa grande parte do seu tempo em contextos laborais, sendo os mesmos influentes no bem-estar e saúde, não só nesta etapa do ciclo de vida, mas condicionando o desenvolvimento da pessoa nas etapas subsequentes deste mesmo ciclo.

Sobre a literacia em saúde (OMS, 1998) sabe-se que é essencial para a respetiva promoção, manutenção da mesma, e ainda, para a melhor gestão dos comportamentos requeridos nos processos adaptativos às diferentes transições (Meleis, 2010), que ocorrem ao longo do desenvolvimento do ser humano, incluindo os de saúde/ doença. A evidência tem demonstrado que aqueles que possuem níveis mais elevados de literacia em saúde encontram-se melhor apetrechados e capacitados para procurarem os serviços e as respostas necessárias às necessidades que percecionam, e na condição de adultos, com papéis e responsabilidades familiares, profissionais e sociais determinadas, é expectável que ajam construtiva e positivamente, como orientadores e apoios estruturantes, quer daqueles que deles dependem quer nas comunidades em que se integram.

Ponto de partida

Para além do significado diferente atribuído por cada pessoa ao que é a saúde, o valor que lhe é atribuído é igualmente variável. Quando se pensa em organizações (e nem sempre o local de trabalho é uma e apenas essa organização), questiona-se qual será para a mesma a importância atribuída à saúde e ao bem-estar. Radicalizando a perspetiva, pode-se até questionar qual a relação direta que existe entre a missão e objetivos pelos quais a organização se constituiu e labora e a saúde daqueles que a movimentam e lhe conferem vida, afinal todos os que nela trabalham?

Será legítima esta questão?

Contraponto

Não há eficiência e produtividade sem pessoas saudáveis.

Esta assunção é insuficiente para fundamentar qualquer resposta que se pretenda concludente à pergunta formulada previamente.

Afirmou-se nas sociedades desenvolvidas onde se incluem as europeias o direito básico à saúde e à dignidade humana, considerando-se que o trabalho é essencial na promoção e no reforço de ambas, nomeadamente, quando as pessoas reúnem os requisitos apropriados ao mesmo. No entanto, assiste também a qualquer pessoa trabalhadora o direito de salvaguarda da sua segurança, saúde e identidade pessoal e profissional, no exercício da sua profissão.

A literacia em saúde ao serviço das organizações

As organizações de saúde desempenham um papel importante na melhoria da literacia da população em saúde. Com o seu vasto conhecimento de saúde, as organizações de saúde têm um grande potencial para facilitar o acesso, a compreensão e o uso de informações de saúde, e diminuir as exigências e as complexidades do sistema de saúde (Brach et al, 2012). Mas para muitas organizações serem literadas em saúde, exigirá múltiplas, simultâneas e mudanças radicais, na verdade, uma viagem transformadora (Farmanova, Bonneville & Bouchard, 2018).

Estes autores (Farmanova, Bonneville & Bouchard, 2018) consideram a literacia organizacional em saúde como um esforço da organização para transformar a organização e a prestação de cuidados e serviços para facilitar a navegação, compreensão e utilização de informação e serviços para cuidar da sua saúde. O bem-estar de uma organização também passa, por isso na forma como lida com os aspetos de saúde da sua equipa de trabalhadores (Brach et al, 2012). Uma organização literada envolve a pessoa trabalhadora nas soluções, faz boa comunicação participativa e a gestão de topo envolve-se em todos os processos (Brach et al, 2012). Mas sabemos que nem sempre é assim, e a participação do trabalhador numa solução construtiva do seu ambiente de trabalho, muitas vezes fica aquém das suas necessidades em saúde mental, seja na sua vida laboral, seja na sua vida pessoal.

Prevendo a importância das organizações na saúde física, mental, emocional e social dos seus trabalhadores, a Rede de Ação para Medir a Literacia da População e Saúde Organizacional (M-POHL) foi fundada sob a égide da Iniciativa de Informação sobre Saúde Europeia (EHII) da OMS em fevereiro de 2018, para agregar valor aos esforços nacionais de melhoria da educação em saúde (Dietscher et al, 2019). A rede M-POHL é baseada numa compreensão alargada da literacia em saúde, vista como um conceito abrangente e relacional (Dietscher et al, 2019).

Portanto, o M-POHL é um instrumento de literacia em saúde que visa medir a literacia em saúde pessoal de populações em geral, mas também medir a literacia em saúde organizacional. O M-POHL mede a responsividade da literacia em saúde organizacional, ou seja, a adequação da literacia em saúde de ambientes, configurações ou sistemas, e o principal objetivo desta rede foi gerar dados sobre a literacia populacional e organizacional em saúde que sirvam para apoiar decisões e intervenções baseadas em evidências (políticas).

O M-POHL baseia-se na Literacia em Saúde da OMS que engloba os “Solid facts” (2013) e o primeiro European Health Literacy Survey (HLS-EU) (Sorensen et al, 2012), que evidenciou o nível de literacia em saúde problemático da população europeia, que em muitos países europeus, como Portugal ultrapassou os 50% da população.

Entre as principais barreiras à literacia em saúde organizacional, Farmanova et al, (2018) destacam os seguintes 13 pontos: 1) uma baixa prioridade da literacia em saúde e atividades conexas; 2) a falta de compromisso com a literacia em saúde; 3) uma liderança limitada; 4) não é percecionada a vantagem a importância da literacia em saúde; 5) uma falta de cultura de mudança e inovação; 6) uma falta de aposta em “campeões” na organização; 7) a organização não tem procedimentos, políticas, protocolos de apoio para as boas práticas de literacia em saúde; 8) não tem tempo suficiente; 9) há falta de recursos; 10) há uma complexidade das ferramentas e guias de literacia em saúde; 11) existe uma ambiguidade de funções entre o pessoal; 12) há carência de formação em literacia em saúde, e 13) existe uma falta de consciencialização sobre literacia em saúde.

Face a este panorama, torna-se necessário levar mais literacia em saúde para dentro das organizações, sejam elas de saúde ou de outro setor, pois os efeitos têm a ver com a promoção e defesa de um estado de saúde global (dentro da organização) mas com efeitos para as vidas pessoais de cada um dos seus trabalhadores e públicos.

A literacia em saúde e os comportamentos salutogénicos

Abordar a literacia em saúde e os comportamentos salutogénicos nos contextos laborais implica que consideremos não apenas o que se entende ser a literacia em saúde, os comportamentos salutogénicos, e ainda os contextos de trabalho ou laborais (Antonovsky, 1996; OMS, 1998; Direção Geral de Saúde, 2019).

Tratando-se de construtos atualmente disseminados na linguagem corrente, por isso mesmo, aparentemente entendidos por quem os utiliza frequentemente, são também conceitos com fundamentos científicos e técnicos, com significados próprios, ainda que com interpretações e aplicações variáveis, quando utilizados por profissionais representantes de áreas de formação distintas.

No concernente à saúde são deveras importantes e alvo de atenção e estudo em diferentes países e por diferentes autores (Sørensen, 2012; Rudd, 2015; Vaz

de Almeida, 2020; 2021). A inter-relação entre a literacia em saúde e os comportamentos salutogénicos e entre estes e os contextos de vida, obviamente mutantes e variados, tem sido constatada como significativa para a saúde, o bem-estar e o desenvolvimento dos indivíduos em particular e das comunidades em geral.

As inter-relações e influências mútuas entre a pessoa e o ambiente e o que daquelas resulta para a saúde e bem-estar têm-se evidenciado ao longo dos tempos. Assumindo-se a respetiva evidência, no entanto, esta configura-se variável, com características e expressões diversificadas, ao longo dos tempos e em diferentes culturas e ambientes.

Recorrentemente, através de fontes de comunicação diversas (desde as populares, noticiosas, mediáticas, científicas), por melhores ou piores motivos, acede-se a informação cujo conteúdo envolve estes assuntos.

As atenções relativas à saúde e, por inerência, às perturbações relativas à mesma e aos comportamentos individuais e coletivos, constam da agenda diária das sociedades, mormente as consideradas mais desenvolvidas. As relativas ao mercado e condições de trabalho e as vicissitudes inerentes a condicionantes (incluindo os económicos e sociais) que afetam o quotidiano dos países, das sociedades e das suas populações, com relevância adultas e em idade laboral ativa, são também constantes, dando azo a diferentes análises, com profundidades diferentes.

Todavia, dúvidas parecem não subsistir, relativamente à oportunidade e pertinência de também, neste texto, podermos acrescentar mais algumas reflexões e questões, que eventualmente, darão lugar a novos questionamentos.

Nesta senda, mobilizaremos alguns excertos de textos – artigos, planos, recomendações, relatórios – que pela riqueza do que expressam os seus autores, merecem o nosso apreço e atenção construtivos.

As competências para uma salutogénese do trabalho: saber, fazer e ser

A promoção da saúde (Carta de *Ottawa*, 1986; Declaração de *Bangkok*, 2005) está diretamente associada à literacia em saúde (OMS) e os contextos laborais devem proporcionar condições e criar oportunidades para que os respetivos construtores (assumindo-se que todos os trabalhadores/ profissionais são co-construtores dos ambientes de trabalho nas organizações/ empresas) se capacitem e desenvolvam as competências e potenciais de desenvolvimento salutar.

O modelo salutogénico incorpora o sentido de coerência (Antonovsky, 1982; Figueiredo & Amendoeira, 2019) que é um fator de saúde, influenciando a qualidade de vida. Quanto ao conceito de promoção da saúde, por seu lado, é proposto que se desenvolva para ser entendido como o processo de capacitar indivíduos, grupos ou sociedades para aumentar o controlo e melhorar a sua saúde física, mental, social e espiritual. Isto poderia ser atingido com a criação de sociedades caracterizadas por estruturas e ambientes capacitadores em que as pessoas estariam aptas a identificar os seus recursos internos e externos, a usá-los e reusá-los para realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades, apreender o sentido das coisas e mudar ou adaptar-se ao ambiente de um modo promotor da saúde (Plano Nacional de Saúde 2012-2016, DGS).

Ora, em concordância com as afirmações do autor, vários desideratos estão lançados aos diferentes intervenientes nas sociedades atuais, ainda que os patamares de desenvolvimento em que cada uma se encontra bem como as idiosincrasias culturais e sócio ecológicas que as caracterizam e identificam as suas populações, no que diz respeito à saúde, estratégias de promoção e literacia em saúde, requeiram identificações e análises necessariamente mais detalhadas, noutros momentos.

A gestão de conflitos no trabalho e das crenças

Nalguns contextos de trabalho, desvalorizam-se expressamente, manifestações de desconforto, insatisfação ou mal-estar. Existe uma necessidade evidente de se fazer uma melhor gestão de conflitos pessoais e coletivos para que o ambiente e a cultura organizacional seja um local sempre aprazível de lidar, mesmo quando existem conflitos.

Há todo um caminho a percorrer desde a fase em que surge a intenção de concebermos uma ação, projeto ou programa para promover um nível superior de literacia em saúde e/ou a saúde.

A constatação da respetiva necessidade e tipologia de intervenção pelos profissionais que integrarão a equipa de trabalho, não implica o seu reconhecimento pelos que representam os diferentes públicos-alvo ou os representantes das organizações e/ou empresas. Subsistem em algumas organizações e/ou empresas e contextos laborais, ideias, crenças, orientações e inclusivamente, normativos, que integrando a cultura organizacional reconhecida formalmente, não preveem qualquer atenção particular à saúde, ao bem-estar e/ou satisfação dos trabalhadores.

As crenças de que “tempo é dinheiro”, de que “não há tempo a perder” e ainda, de que ao iniciar a jornada de trabalho apenas subsiste “o profissional”, tendo “a pessoa” ficado no exterior do mesmo”, assim como o enfâse no discurso de que o resultado pretendido é, essencialmente, o económico e lucrativo, ao prevalecerem na cultura da organização, dificultam a dispensa de atenção a dimensões físicas e psicossociais do trabalhador, reconhecidas pelos variados Organismos Internacionais e Nacionais avalizados na área da saúde e do trabalho (Organização Mundial de Saúde; Organização Internacional do Trabalho, Direção Geral de Saúde) como essenciais ao sucesso das empresas e das organizações.

Literacia em saúde para a mudança de mentalidades e fortalecimento da cultura organizacional

Comprovadamente a literacia em saúde e a promoção da saúde são pilares básicos do desenvolvimento humano saudável (OMS, 1986, 1998, 2000, 2005; ONU, 2015; DGS; 2012; 2015).

Progressivamente, a mudança de mentalidades e de culturas organizacionais têm ocorrido, e presentemente, há razões para otimismo e positividade, num mais vasto conjunto de organizações, principalmente integradas em países mais desenvolvidos e que prezam o humanismo e o bem-estar social nas suas empresas e o dos respetivos trabalhadores.

Voltando ao reconhecimento que se requer partilhado da necessidade de investimento promotor da literacia e da saúde nas organizações, este, é ponto de partida (*baseline*) para o trabalho conjugado a ser desenvolvido. Nas diferentes experiências laborais que empreendemos, foi sem dúvida, o início do diálogo, que permitiu aferir interesses e expetativas, conhecer interlocutores e ambientes, definir estratégias de trabalho conjuntas para levar adiante projetos de intervenção em saúde, profícuos e estruturantes para as partes envolvidas.

A interação continuada ao longo do ciclo vital da pessoa com os contextos variados onde se insere, quer seja o familiar, o escolar, o laboral, o social, o cultural, o ecológico entre outros, é significativa e/ou mesmo determinante, para o respetivo bem-estar, desenvolvimento harmonioso e participação na construção de sociedades humanas mais equitativas (DGS, 2012; 2015).

A pessoa adulta ou idosa em idade ativa, assume um amplo conjunto de responsabilidades e confronta-se com sucessivos desafios (quer os mais positivos ou os mais dificultadores) associados às condições de vida e trabalho,

que implicam processos adaptativos pessoais, por vezes bastante exigentes, que requerem esforço acrescido quer físico, quer psicossocial, acarretando dispêndio suplementar de energia ao próprio organismo e à pessoa numa perspetiva holística. Muito do tempo nesta etapa do ciclo de vida é dispensado ao trabalho, pelo que os ambientes onde este decorre, devem ser salutogénicos e amigáveis (DGS, 2012).

Boas práticas laborais para “limpar a alma” e aproveitar as parcerias

Na senda dos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável para o Milénio (ONU; 2015) o trabalho em parceria e intersectorial (ODS17) preconiza-se como atingível e vantajoso. Constatámos nas experiências de trabalho concretizadas, a efetividade da adoção de estratégias e metodologias de trabalho em parceria.

No sentido de facilitar o entendimento desta afirmação, referem-se seguidamente alguns aspetos envolvidos no processo de implementação de estratégias referentes a projetos (académicos, de investigação-ação, comunitários e em organizações laborais) já implementados nomeadamente na Região Autónoma da Madeira (em parceria entre a Universidade da Madeira – Escola Superior de Saúde, Universidade da Madeira/ Secretaria Regional da Saúde e Proteção Civil – Observatório Regional de Saúde Mental, Serviço Regional de Prevenção de Toxicodependências, com empresas públicas, autarquias, empresas privadas e instituições particulares de solidariedade social, que nos merecem destaque.

- Os projetos foram desenvolvidos não apenas em contexto formativo académico, mas também de trabalho no terreno, no desempenho profissional e foram associados à literacia, promoção da saúde e estilos de vida saudáveis, à saúde mental positiva e prevenção de perturbações e dependências (Fragoeiro, et al., 2018; Fragoeiro, I; Morna, C.; Freitas, G.; 2020); (tabela 1).

Tabela 1. – Síntese de etapas e procedimentos de projetos de trabalho implementados em contextos laborais (Fragoeiro, 2022)

Implicaram a constituição de equipas transdisciplinares com elementos pertencentes a Serviços de Saúde – Cuidados Primários de Saúde e ou à Universidade e às Organizações laborais parceiras;
Identificou-se uma área de trabalho e uma temática de interesse mútuo;
Adotou-se a metodologia de trabalho por projeto;
Identificou-se necessidades da população alvo;
Delineou-se o projeto e planearam-se as diferentes etapas do processo;
Determinou-se cronograma;
Implementaram-se as diferentes etapas e ações;

Acompanhou-se e monitorizou-se o desenvolvimento da implementação; Avaliou-se a todo o processo bem como os resultados atingidos; Avaliou-se o grau de satisfação dos envolvidos no projeto.
--

Como constatado na sequência dos pontos elencados, o processo seguiu as diferentes etapas, e o ciclo de gestão preconizado por diferentes autores para a consecução de projetos de trabalho (*Project Management Institute*, 2013; 2018; Santos, 2014).

Todavia, cada projeto foi singular, pois foi delineado e adaptado às necessidades identificadas em cada contexto laboral, e com a participação de diferentes e múltiplos intervenientes.

A aproximação e articulação entre os intervenientes e atores sociais foi efetiva através de uma comunicação estabelecida de forma aberta, clara quanto aos seus propósitos, entendível, privilegiando-se a comunicação face-a-face, ainda que, com recurso a outros meios e canais de comunicação.

Os ambientes de implementação das variadas atividades e ações programadas foram selecionados e adaptados nos próprios locais/ estruturas de trabalho, tendo implicado a participação ativa dos diversos intervenientes, com funções variadas nas organizações/empresas.

A adequação das metodologias de intervenção determinou a seleção das que eram viáveis nos ambientes disponíveis, atendendo às características dos grupos envolvidos, aos preceitos éticos recomendados para este tipo de projetos, permitindo alternância e opção pessoal, relativamente à participação nas atividades, quer as desenvolvidas em grupo ou subgrupo quer as individualizadas.

Do ponto de vista da aceitação e adesão às propostas de intervenção conjuntas foi imprescindível considerar a importância da motivação dos participantes, a qual envolveu dimensões e fatores intrínsecos e extrínsecos aos próprios e às organizações/ empresas e à imagem que pretendiam refletir.

Aos profissionais de saúde e docentes diretamente envolvidos foram também requeridos não apenas conhecimentos aprofundados e sustentados em evidências, mas também abertura e adaptabilidade a novas metodologias de trabalho, novos contextos, outras linguagens, sensibilidades e saberes diferenciados. Certamente o *modus operandi* rotineiro é questionável, face à diversidade de contextos laborais presentes, nos quais cada projeto que se pretendeu implementar, exigiu planeamento acurado e competências comunicacionais e relacionais positivas e motivadoras dos múltiplos

intervenientes, para aceitação das mudanças comportamentais requeridas quer a nível organizacional, quer individual. Em prol da saúde de cada um, mas paralelamente, na disponibilização de orientação e de apoio aos que precisem, nas nossas famílias, nos contextos de laborais, escolares e nas comunidades.

O caminho digital, o teletrabalho e os tempos de reflexão

A saúde das pessoas influencia os resultados económicos em termos de produtividade, oferta de mão-de-obra, capital humano e despesa pública, e além de ser um valor em si mesmo, a saúde é também uma condição prévia para a prosperidade económica (*European Comission*, 2014, p. 3).

A operacionalização do trabalho num meio digital pode vir a gerar um conjunto de preocupações, geradoras de *stress* pelo fato de existir falta de competências e de compreensão sobre os acessos e uso desses recursos digitais. Esta situação tem vindo a gerar iniquidades e desigualdades sociais.

Considerando que a literacia digital em saúde possa ter aspetos comuns da literacia em saúde, também se distingue devido a outras componentes como a literacia informática, a capacidade de usar computadores e tecnologias relacionadas com eficiência para realizar tarefas, a literacia mediática para usar mecanismos de pesquisa e a literacia informacional para avaliar uma ampla gama de variedade de fontes (Norman, & Skinner, 2006).

Embora aplicável ao ambiente de saúde, mas replicável para outras situações, como o teletrabalho dos colaboradores com falta de competências digitais, Smith e Magnani (2020), reforçam que o ambiente digital pode tornar-se um verdadeiro obstáculo para aceder serviços ou aplicativos na Web, tais como: a complexidade da navegação; a linguagem especializada, a falta de paragens, de imagens ou vídeos condutores de maior compreensão, um grande esforço necessário para compreensão da navegação, por vezes uma falta de orientação e explicação suficientes.-

Assim, é preciso haver uma ponderação e análise casuística sobre o perfil e as condições que exigem teletrabalho ou o uso de ferramentas digitais em ambiente laboral, que para uns são excessivamente sofisticadas e necessita de um acompanhamento personalizado, tutoriais, ou outras formas de diminuir esse gap digital.

Felizmente há luar

O luar da literacia em saúde pode iluminar o caminho noturno das interrogações que se colocam ao futuro do trabalho, porque exige mais compreensão e ação sobre o que nos rodeia. As boas práticas partilhadas entre

trabalhadores, dentro da organização e entre as várias entidades que operam no mercado global podem criar sinergias positivas a uma melhor gestão de pessoas e recursos.

Da saúde mental, passando pela gestão dos conflitos, das crenças tantas vezes ancoradas em estereótipos, ao mundo digital que avança em passos largos, às questões das gerações e dos ritmos laborais diferenciados, da satisfação financeira, e da necessidade da participação do trabalhador no seu caminho de felicidade no trabalho, entre tantos outros temas e dimensões, as boas práticas que envolvem o tratamento com dignidade e respeito da pessoa devem ser a ordem do dia da gestão de pessoas em ambientes laborais.

Participar nos objetivos do desenvolvimento sustentável, elaborados com a missão de tornar o mundo melhor deve ser também a preocupação das organizações, que muitas vezes não se apercebem que não vale a pena “inventar a roda”, pois ela já está ali, montada, com outras, articulada e pronta a servir. Basta partilhar e agir por um melhor acesso, compreensão e uso de recursos que promovam uma boa saúde de todos.

Referências

- Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic Model: model as a theory to guide health promotion. *Health Promot.*, In 11 (1), 11-18. ISSN: 0057-4824.
- Antonovsky, A. (1982). *Health, Stress and Coping*. Londres: Jossey-Bass Publishers.
- Brach C. (2017). The journey to become a health literate organization: a snapshot of health system improvement. *Stud Health Technol Inform*, 240, 203-237. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/28972519/>.
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L.M., et al. (2012). *Ten Attributes of Health Literate Healthcare Organizations: Institute of Medicine*. https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf.
- De Gani, S.M., Nowak-Flück, D., Nicca, D, Vogt, D. (2020). Self-Assessment Tool to Promote Organizational Health Literacy in Primary Care Settings in Switzerland. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(24), 9497. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249497>
- Declaração ministerial México para a promoção da saúde | Promoção da Saúde;2(3): 58, ago.2000. | CidSaude (bvsaud.org).
- Dietscher, C., Pelikan, J.M., Bobek, J., Nowak P. & World Health Organization-Regional Office for Europe (2019). The Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL): a network under the umbrella of the WHO European Health Information Initiative

- (EHII). *Public Health Panorama*, 5 (1), pp. 65-71. WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325113>. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Direção Geral da Saúde (2015). *Plano nacional de saúde: Extensão 2020*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. 4.2. Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida. Lisboa: Direção Geral de Saúde (DGS).
- Direção Geral de Saúde (2019). *Plano Nacional para a Literacia em Saúde 2019-2021*. Lisboa: Direção Geral de Saúde (DGS).
- EC - European Commission. (2014). Communication from Commission. On effective, accessible and resilient health systems (Brussels 4.4.2014 - COM (2014) 215 final). EC.
- Farmanova, E., Bonneville, L., & Bouchard, L. (2018). Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 1-17. DOI: 10.1177/0046958018757848
- Figueiredo, M. A.; Amendoeira, J. (2019). Promoção da Saúde em Enfermagem. Um ensaio: do modelo salutogénico ao modelo dos sistemas. *Servir*. Vol. 60, Nº1-2, dez2019: 7-12.
- Fragoero, I.; Morna, C.; Freitas, G. (2020). Enfermagem no Trabalho: Diagnosticar para Intervir na Literacia para a Saúde e nos Estilos de Vida. *Revista Rol de Enfermería* 43 (1º supl.) (2020): 179-188
- Fragoero, I.; Natividade, A.; Jardim, A.; Gouveia, C.; Freitas, A. (2018). "Mental Health Literacy: A Pillar For The Development of Healthy Communities". *Revista Rol de Enfermería* 41 11/12 supl (2018): 94-98.
- Johns, G. (2006). The essential impact of context on organizational behavior. *Academy of Management Review*, 31(2), 386-408. doi:10.5465/AMR.2006.20208687
- Kowalski, C., Lee, S-YD., Schmidt, A., et al. (2015). The health literate healthcare organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. *BMC Health Serv Res.*, 15, 47.
- M-POHL (2018) Concept Note 'For a WHO (2010) Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL Network) within the European Health Information Initiative (EHII)'. Vienna.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle range and situation specific theories in research and nursing practice*. New York: Springer Publishing Company.

- Norman, C.D., & Skinner, H.A. (2006). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *J Med Internet Res.* 8, e9.
- Organization of United Nations, (2015). *The Millennium Development Goals Report 2015*. United Nations (ONU). New York.
- Project Management Institute (2013). *The Standard for Program Management*. Third Edition. ISBN 978- 1935589686
- Project Management Institute (2018). *A Guide to the Project Management Body of Knowledge*. Sixth edition. ISBN 9781628253825
- Rudd, Rima E. 2015. "The evolving concept of Health literacy: New directions for health literacy studies." *Journal of Communication in Healthcare*, 8 (1): 7-9.
- Santos, R. M.(2014). *Gestão do Ciclo de Projecto*. Lisboa: INA. ISBN: 978-989-8096-50-0
- Serviço Nacional de Saúde. Instituto Nacional de Saúde Drº Ricardo Jorge. Departamento da Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças não Transmissíveis. Retrived in: Website [Literacia em Saúde \(insa.pt\)](http://insa.pt), 2022.
- Smith, B., & Magnani, J.W. (2019). New technologies, new disparities: the intersection of electronic health and digital health literacy, *Int J Cardiol.*,292: 280–282. doi: 10.1016/j.ijcard.2019.05.066
- Sørensen, Kristine, et al. 2012. "Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models." *BMC Public Health*, 12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80
- Vaz de Almeida, C. (2020) Literacia em saúde e capacitação dos profissionais de saúde: o modelo de comunicação em saúde ACP. In XIV Jornadas APDIS (30 outubro 2020, p. 49). Apresentação selecionada para Prémio Lucília Paiva. Disponível em: https://apdis.pt/newwebsite/wp-content/uploads/2019/11/Livro-de-resumos_compressed-1.pdf
- Vaz de Almeida, C. (2021). *Eureka: A Proposal of a Health Communication Model Based on Communication Competences of the Health Professional! The Assertiveness, Clarity, and Positivity Model*. In C. Belim & C Vaz de Almeida, *Health Communication Models and Practices in Interpersonal and Media Contexts: Emerging Research and Opportunities*. IGI Books. DOI: 10.4018/978-1-7998-4396-2 <https://www.igi-global.com/chapter/eureka/286826>
- World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. First international conference on health promotion. Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1.

World Health Organization, (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. 6th Global Conference on Health Promotion, Bangkok, Thailand, August 2005.

World Health Organization, (2009). *Health Promoting Health Systems*, 2009.

World Health Organization, (2010). *Social determinants of health and the role of evaluation*, 2010.

Tecnologias e segurança no trabalho

¹Bruno Magalhães, ²Ana Paula Moreira, & ³Carla Sílvia Fernandes

¹Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; RISE-Health Research Network, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal; Associação ADITGameS

²Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO-Porto), Porto, Portugal

³Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal; CINTESIS@RISE, Nursing School of Porto (ESEP), Porto, Portugal; Presidente da Associação ADITGameS

Resumo

A ciência da exposição é fundamental para o campo da segurança e saúde ocupacional. A medição das exposições dos trabalhadores a agentes perigosos pode informar estratégias eficazes de mitigação de riscos no local de trabalho. A era moderna da medição da exposição ocupacional a agentes perigosos começou com a invenção de dispositivos de amostragem pessoal, que ainda hoje são amplamente utilizados na prática da higiene e segurança ocupacional. No entanto, novos dispositivos, com sensores de leitura direta, estão a ser incorporados neste âmbito, nomeadamente transdutores, nanomateriais, sistema de miniaturização eletrónica onde prevalece a portabilidade, a comunicação sem fios e com capacidade para microprocessamento, estão a inaugurar uma nova era na ciência da exposição. Aplicações comerciais, com novas tecnologias de sensores levaram a uma variedade de dispositivos de monitorização da saúde e estilos de vida também para a vida quotidiana, acessíveis através de *smartphones* ou *smartwatches*, por exemplo. Essas aplicações também estão sendo investigadas como ferramentas para medir as exposições ocupacionais e ambientais. À medida que a próxima geração de tecnologias de sensores utilizáveis, vestíveis e implantáveis se transferem do laboratório de investigação para o local de trabalho, o seu papel no futuro do trabalho será de importância cada vez mais relevante para os empregadores, trabalhadores, investigadores e profissionais de saúde e segurança no local de trabalho. Este capítulo procurará discutir alguns dos benefícios e desafios das tecnologias associadas a sensores que podem ser colocados, vestíveis e implantáveis no futuro das condições do trabalho, de investigadores e profissionais de segurança e saúde ocupacional.

Desenvolvimentos e Desafios atuais

Medir a exposição do trabalhador a substâncias perigosas é um passo fundamental para reduzir o risco e proteger os trabalhadores. Os sensores utilizados no local de trabalho fornecem dados de exposição importantes para a aferição de medidas de prevenção. Novas tecnologias de sensores têm o potencial de acelerar consideravelmente os avanços na ciência no âmbito da exposição ocupacional.

A medição da exposição tem percorrido um longo percurso evolutivo até aos nossos dias. Foi na década de 30, que a ciência da exposição ocupacional se começou a desenvolver. Esta baseava-se em essencialmente duas estratégias: colheita de amostras de ar do ambiente de trabalho seguida de análise laboratorial usando métodos padronizados (Fenske, 2010). No entanto, na década de 60, é discutido o viés na estimativa da absorção de substâncias no corpo humano a partir de dados de exposição recolhidos em exames no local de trabalho (Sherwood & Greenhalgh, 1960). Concluindo-se que a maior parte da exposição é provavelmente sobrestimada. Isso significa que os limites de exposição, baseados nestas premissas tenderão a ser mais elevados. Assim, no futuro, e neutralizar este viés, os dados arquivados relativos à exposição devem ser acompanhados de variada informação sobre as circunstâncias em que se desenvolvem as atividades profissionais. É neste contexto que se desenvolvem os “amostradores pessoais” em detrimento dos ambientais, uma vez que a amostragem ambiental pode subestimar a exposição individual dos trabalhadores (Ulfvarson, 1983). Desde então, a amostragem pessoal tornou-se uma prática aceite e consensual na aferição da exposição ocupacional. Atualmente, a amostragem pessoal ainda depende de análises laboratoriais subsequentes para obter resultados “acionáveis”, resultando assim em atrasos na implementação de estratégias de mitigação (Pearce & Coffey 2011).

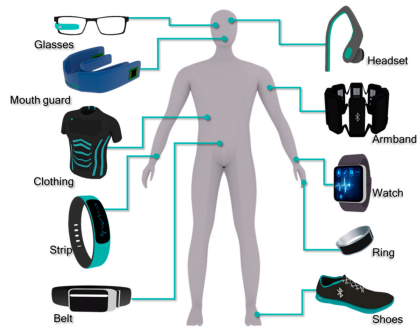
A necessidade de detetar exposições perigosas a tempo de mitigar rapidamente os efeitos nocivos sobre a saúde dos trabalhadores levou ao desenvolvimento de dispositivos de “leitura direta” que podem detetar a presença de um perigo químico ou físico instantaneamente. O perigo interage com um sensor através de um processo periódico ou contínuo, e os resultados analíticos são disponibilizados em “tempo real” ou no final de um turno de trabalho; ou então, podem emitir um alarme quando na presença de níveis de perigo predefinidos para que o trabalhador possa mitigar a exposição (Cauda & Hoover 2019). Exemplos de dispositivos de leitura direta incluem o dosímetro de radiação de bolso patenteado em 1935 e o dosímetro de ruído patenteado pela primeira vez na década de 50, assim como dispositivos modernos, onde se

incluem os dispositivos com sensores portáteis de monitorização em tempo real, como monitorização de gás e vapor; monitorização de aerossóis; monitorização de fluorescência de raios X (para análise de metais); kits de ensaios imunoquímicos para metanfetaminas, micro-organismos, e outros tipos de contaminantes imunologicamente ativos (National Institute for Occupational Safety and Health, 2012; Baron, 1994; Laohaudomchok et al., 2010). Dispositivos com sensores de leitura direta mais recentes estão incorporando a tecnologia mais avançada como transdutores, nanomateriais, sistemas de miniaturização eletrónica onde prevalece a portabilidade, a comunicação sem fios e com a capacidade de microprocessamento e de exibição de informação em tempo real (Seshadri et al., 2019; Ahmad et al., 2020).

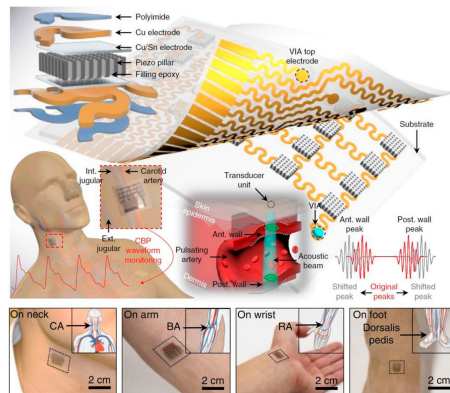
Tecnologias avançadas através de sensores

Tecnologias avançadas de sensores estão a ser investigadas como novas ferramentas de monitorização da exposição ocupacional e ambiental (Committee on Human and Environmental Exposure Science in the 21st Century, 2012; Goede et al., 2021). Esta nova geração de tecnologias de sensores pode ser externa ou interna. Sensores que detetam agentes químicos, físicos ou biológicos prejudiciais no ambiente de trabalho são exemplos de sensores que monitorizam os contextos de trabalho, ou seja, os sensores ambientais (Ozanich, 2018). Existe outro grupo de sensores que deteta a localização, movimento ou proximidade de um trabalhador a um perigo, denominados por sensores de localização física, e por fim existem os biossensores que monitorizam o estado fisiológico de um trabalhador são exemplos de sensores que olham “para dentro” do trabalhador para avaliar os efeitos que a exposição a agentes perigosos pode causar (Ozanich, 2018).

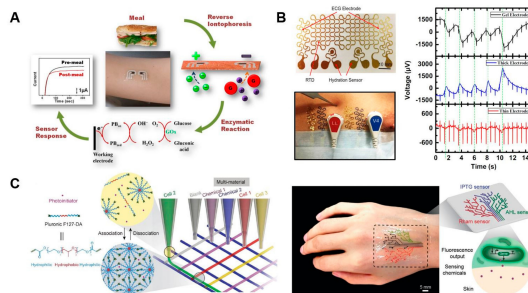
Existem três grandes categorias de tecnologias de sensores avançados: dispositivos que podem ser colocados, vestíveis e implantados (Figura 1).



Dispositivos médicos e de saúde portáteis usados em partes do corpo



Dispositivos médicos e de saúde aplicados na pele



Dispositivos médicos e de saúde implantados no corpo

Figura 1. Tipo de dispositivos disponíveis para monitorização de dados de saúde em tempo real (Fonte: Guk et al., 2019)

Sensores posicionáveis podem ser colocados dentro e ao redor do local de trabalho para coletar informações do ambiente de trabalho. Esses sensores têm uma longa história no local de trabalho e têm sido usados para detectar a ocupação do trabalhador, o movimento no local de trabalho e uma variedade de fatores atmosféricos. Novas oportunidades e aplicações para sensores posicionais envolvem redes de vários sensores distribuídos num local de trabalho que podem medir um ou vários perigos diferentes. Representam uma nova estratégia de avaliação de exposição ocupacional, com redes de sensores de área sem fio, que podem superar as limitações de tamanho de amostral, monitorizando múltiplos valores em tempo real, sendo mais económicos do que os métodos de amostragem individual, e podem caracterizar a distribuição de perigos com um alto grau de resolução espaço-temporal (Zuidema et al., 2020). O desafio enfrentado pelas redes de sensores sem fio que coletam continuamente informações de muitos microsensores, é como processar com eficiência os dados provenientes de cada um em informações oportunas e acionáveis. De salientar que, a mais nova aplicação de redes de sensores de área sem fio é a rede de sensores corporais sem fio usando sensores vestíveis pelo trabalhador (Khan & Parthan, 2018).

Os sensores vestíveis podem ser usados sob ou sobre roupas, e incorpora peças como coletes, capacetes, calçado, óculos ou lentes de contato com sensores implantados na sua composição (Lee et al., 2020; Park et al., 2015). A otimização da localização de *wearables* anexados depende da finalidade de monitorização do sensor, da necessidade de interação entre os controlos do sensor e do trabalhador, da acessibilidade ao *display* do sensor, do peso e aceitação do trabalhador (Baskan & Goncu-Berk, 2022). As tecnologias de sensores vestíveis não são isentas de riscos. Os perigos físicos apresentados pelas tecnologias vestíveis podem incluir:

- irritação dérmica, se ocorrer exposição aos produtos químicos contidos no dispositivo;
- queimaduras químicas, se uma bateria vazar um material reativo;
- queimaduras térmicas, se uma bateria vestível descarregar repentinamente a sua energia armazenada;
- dano auditivo, se um dispositivo de áudio implantado funcionar mal ou “reproduzir” um sinal de outra fonte.

Além dos riscos inerentes aos sensores, várias barreiras à adoção de tecnologias de sensores foram identificadas entre os profissionais de higiene e segurança, nomeadamente: a durabilidade do sensor, as boas práticas de fabricação, a relação custo-benefício para implementação, as preocupações

com a aceitação do trabalhador e a conformidade do empregador e do trabalhador com o uso pretendido para o sensor.

Aplicações futuras a este nível, incluem sensores vestíveis, no verdadeiro sentido do termo, isto é, sensores incorporados na trama dos tecidos e que irão ser incorporados no fabrico de peças de roupa vestidas pelos trabalhadores aquando da sua atividade profissional (Gualandi, 2022).

Os sensores têxteis vestíveis representam uma fusão de ciência dos materiais e da eletrónica para incorporar circuitos eletrónicos em têxteis, para criar uma nova classe de têxteis chamados têxteis inteligentes, têxteis eletrónicos ou e-têxteis. Esses sensores podem detetar mudanças no ambiente, como por exemplo roupas integradas com sensores de gás ou então, sensores que medem parâmetros bioquímicos internos de forma não invasiva e contínua (Gualandi, 2022; Júnior et al., 2022). Embora os e-têxteis sejam um tipo promissor de tecnologia de sensor vestível, há muitos desafios técnicos para sua aplicação comercial ou no local de trabalho. Esses desafios incluem requisitos analíticos, o fornecimento de energia, aquisição e processamento de dados, comunicação e manutenção da funcionalidade de materiais durante o uso em ambientes agrestes.

Dispositivos epidérmicos eletrónicos vestíveis são membranas ultrafinas, "semelhantes à pele", com conformabilidade e elasticidade semelhantes a tatuagens que podem recolher informações fisiológicas de forma não invasiva através da epiderme (Amendola et al., 2022). Os sensores vestíveis epidérmicos estão a ser investigados para medir o pH, eletrólitos e outros metabólitos sobre a pele. Os dispositivos *wearables* eletrónicos epidérmicos e transdérmicos podem ter um papel na deteção de biomarcadores de exposição ocupacional e doenças profissionais no futuro do trabalho. Os *wearables* epidérmicos eletrónicos já são avançados o suficiente para facilitar a monitorização da frequência cardíaca, respiração, temperatura corporal, perda de água corporal e estimativa da carga térmica para identificar, por exemplo, uma situação de stress térmico em desenvolvimento.

Os sensores implantáveis, podem ser inseridos na pele por meio de microagulhas, microchips ou podem ser ingeridos (Ahmad et al., 2020; Guk et al., 2014). Estes podem fornecer medições mais precisas. O sensor ingerível tem maior probabilidade de passar da investigação para aplicações clínicas e de trabalho. Por exemplo, como uma ferramenta clínica, um sensor ingerível pode recolher imagens do intestino, amostras de enzimas, metabólitos, hormonas e microbioma. Existem, no entanto, limitações que incluem a perceção dos

trabalhadores de que se trata de um procedimento médico invasivo, levantando questões éticas e legais.

O Futuro

A aceitação de sensores ambientais e fisiológicos pelos trabalhadores vai depender muito da transparência de utilização dos mesmos entre os empregadores, e os profissionais de saúde e segurança ocupacional (Yaseen et al., 2018). Assim para se garantir a adoção bem-sucedida de tecnologias de sensores no local de trabalho, as recomendações de melhores práticas, passam por medidas como:

- Proporcionar a participação dos trabalhadores na monitorização por sensores de forma voluntária e não coercitiva;
- Garantir que todos os dados do sensor utilizados sejam transparentes para o trabalhador;
- Utilizar apenas sensores validados por estudos de eficácia antes de serem aplicados no local de trabalho;
- Garantir que a recolha de dados seja limitada ao horário de trabalho.

É importante ressaltar que todas as recolhas de dados devem estar em conformidade com a mais recente política de proteção de dados, nomeadamente no que diz respeito ao armazenamento e transmissão de dados, não descorrendo as devidas proteções de segurança cibernética (le Feber et al., 2021).

À medida que novas tecnologias de sensores avançam na ciência da exposição ocupacional, há potencial para melhorar a segurança e a saúde do trabalhador. À medida que essas tecnologias passam do laboratório de investigação para o local de trabalho, precisamos estar cientes dos benefícios e desafios que representam para os trabalhadores, empregadores e profissionais de higiene e segurança. Embora os sensores possam tornar a avaliação da exposição mais conveniente e abrangente, a intromissão que acompanha a monitorização extensiva do trabalhador precisa ser equilibrada pelo respeito à privacidade, mas também pela certeza de que os dados pessoais de saúde dos trabalhadores permaneçam seguros. Além disso, de acordo com a legislação em vigor, deve haver um acordo colaborativo entre os trabalhadores com sensores e seus empregadores de que qualquer tecnologia de monitorização, com recurso a sensores, introduzida no local de trabalho beneficia diretamente a segurança e a saúde dos trabalhadores.

Referências

- Ahmad Tarar, A., Mohammad, U., & K Srivastava, S. (2020). Wearable Skin Sensors and Their Challenges: A Review of Transdermal, Optical, and Mechanical Sensors. *Biosensors*, 10(6), 56.
<https://doi.org/10.3390/bios10060056>
- Amendola, S., Occhiuzzi, C., Miozzi, C., Nappi, S., Amato, F., Camera, F., & Marrocco, G. (2021). Chapter 5 - UHF epidermal sensors: Technology and applications. In E. Sazonov (Ed.), *Wearable Sensors (Second Edition)* (pp. 133-161). Oxford: Academic Press.
- Baron P. A. (1994). Direct-reading instruments for aerosols. A review. *The Analyst*, 119(1), 35–40. <https://doi.org/10.1039/an9941900035>
- Basan, A., & Goncu-Berk, G. (2022). User Experience of Wearable Technologies: A Comparative Analysis of Textile-Based and Accessory-Based Wearable Products. *Applied Sciences*, 12(21), 11154. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/app122111154>
- Cauda E & Hoover M Right (2019) Sensors Used Right: A Life-Cycle Approach for Real-Time Monitors and Direct Reading Methodologies and Data. Washington, DC: National Institute for Occupational Safety and Health, Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services; 2019. <https://blogs.cdc.gov/niosh-science-blog/2019/05/16/right-sensors-used-right/>
- Committee on Human and Environmental Exposure Science in the 21st Century, Board on Environmental Studies and Toxicology, Division on Earth and Life Studies, & National Research Council. (2012). *Exposure Science in the 21st Century: A Vision and a Strategy*. National Academies Press (US).
- Fenske R. A. (2010). For good measure: Origins and prospects of exposure science (2007 Wesolowski Award Lecture). *Journal of exposure science & environmental epidemiology*, 20(6), 493–502.
<https://doi.org/10.1038/jes.2010.26>
- Goede, H., Kuijpers, E., Krone, T., le Feber, M., Franken, R., Fransman, W., Duyzer, J., & Pronk, A. (2021). Future Prospects of Occupational Exposure Modelling of Substances in the Context of Time-Resolved Sensor Data. *Annals of work exposures and health*, 65(3), 246–254.
<https://doi.org/10.1093/annweh/wxaa102>
- Gualandi, I., Tessarolo, M., Mariani, F., Possanzini, L., Scavetta, E., & Fraboni, B. (2021). Textile Chemical Sensors Based on Conductive Polymers for the Analysis of Sweat. *Polymers*, 13(6), 894.
<https://doi.org/10.3390/polym13060894>

- Guk, K., Han, G., Lim, J., Jeong, K., Kang, T., Lim, E. K., & Jung, J. (2019). Evolution of Wearable Devices with Real-Time Disease Monitoring for Personalized Healthcare. *Nanomaterials* (Basel, Switzerland), 9(6), 813. <https://doi.org/10.3390/nano9060813>
- Guk, K., Han, G., Lim, J., Jeong, K., Kang, T., Lim, E. K., & Jung, J. (2019). Evolution of Wearable Devices with Real-Time Disease Monitoring for Personalized Healthcare. *Nanomaterials* (Basel, Switzerland), 9(6), 813. <https://doi.org/10.3390/nano9060813>
- Júnior, H. L. O., Neves, R. M., Monticeli, F. M., & Dall Agnol, L. (2022). Smart Fabric Textiles: Recent Advances and Challenges. *Textiles*, 2(4), 582–605. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/textiles2040034>
- Khan RA, Parthan AK. (2018). The state-of-the-art wireless body area sensor networks: a survey. *Int J Distrib Sens Netw*.14(4):2-23. <https://10.1177/15501477187689994>
- Laohaudomchok, W., Cavallari, J. M., Fang, S. C., Lin, X., Herrick, R. F., Christiani, D. C., & Weisskopf, M. G. (2010). Assessment of occupational exposure to manganese and other metals in welding fumes by portable X-ray fluorescence spectrometer. *Journal of occupational and environmental hygiene*, 7(8), 456–465. <https://doi.org/10.1080/15459624.2010.485262>
- le Feber, M., Jadoenathmisier, T., Goede, H., Kuijpers, E., & Pronk, A. (2021). Ethics and Privacy Considerations Before Deploying Sensor Technologies for Exposure Assessment in the Workplace: Results of a Structured Discussion Amongst Dutch Stakeholders. *Annals of work exposures and health*, 65(1), 3–10. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxaa093>
- Lee, J. H., Kim, H., Hwang, J. Y., Chung, J., Jang, T. M., Seo, D. G., Gao, Y., Lee, J., Park, H., Lee, S., Moon, H. C., Cheng, H., Lee, S. H., & Hwang, S. W. (2020). 3D Printed, Customizable, and Multifunctional Smart Electronic Eyeglasses for Wearable Healthcare Systems and Human-Machine Interfaces. *ACS applied materials & interfaces*, 12(19), 21424–21432. <https://doi.org/10.1021/acsami.0c03110>
- National Institute for Occupational Safety and Health.(2012) Components for evaluation of direct-reading monitors for gases and vapors. A NIOSH Technical Report, Publication No. 2012–162. Washington, DC: National Institute for Occupational Safety and Health, Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services; 2012. Accessed September 27, 2021. <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2012-162/pdfs/2012-162.pdf>

- Ozanich, R. (2018) "Chem/bio wearable sensors: current and future direction" *Pure and Applied Chemistry*, vol. 90, no. 10, pp. 1605-1613.
<https://doi.org/10.1515/pac-2018-0105>
- Park, J. H., Jang, D. G., Park, J. W., & Youm, S. K. (2015). Wearable Sensing of In-Ear Pressure for Heart Rate Monitoring with a Piezoelectric Sensor. *Sensors (Basel, Switzerland)*, 15(9), 23402-23417.
<https://doi.org/10.3390/s150923402>
- Seshadri, D. R., Li, R. T., Voos, J. E., Rowbottom, J. R., Alfes, C. M., Zorman, C. A., & Drummond, C. K. (2019). Wearable sensors for monitoring the physiological and biochemical profile of the athlete. *NPJ digital medicine*, 2, 72. <https://doi.org/10.1038/s41746-019-0150-9>
- Sherwood R.J., Greenhalgh D.M.S. (1960) A personal air sampler. *Ann Occup Hyg.* 2:127-132. <https://doi.org/10.1093/annhyg/2.2.127>
- Terri Pearce & Christopher Coffey. (2011). Analytical Performance Issues, *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*, 8:5, D31-D36, <https://doi.org/10.1080/15459624.2011.569314>
- Ulfvarson, U. Limitations to the use of employee exposure data on air contaminants in epidemiologic studies. *Int. Arch Occup Environ Health* 52, 285-300 (1983). <https://doi.org/10.1007/BF02226895>
- Yaseen M, Saleem K, Orgun MA, et al (2018). Secure sensors data acquisition and communication in eHealthcare: review on the state of the art. *Telemat Inform.* 35(4):702-726. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tele.2017.08.005>
- Zuidema, C., Stebounova, L. V., Sousan, S., Gray, A., Stroh, O., Thomas, G., Peters, T., & Koehler, K. (2020). Estimating personal exposures from a multi-hazard sensor network. *Journal of exposure science & environmental epidemiology*, 30(6), 1013-1022. <https://doi.org/10.1038/s41370-019-0146-1>

A importância da liderança na saúde e para a saúde dos trabalhadores

¹Cristina Augusto, ²Olga Ramos, ³Maria Assunção Nogueira, & ⁴Maria José Gomes

¹CESPU

²Instituto Politécnico de Bragança

³Universidade de Aveiro

⁴Instituto Politécnico de Bragança; UICISA: E

Trabalhar em saúde é uma das áreas que se configura como sensível em muitos domínios. Está relacionada com a vida, com a sua qualidade e com a possível perda de ambas, de forma rápida, progressiva ou, até, instantânea. Isto implica que o capital humano que trabalha nesta área tenha que, necessariamente, entregar uma grande parte de si próprio aos outros, numa perspetiva altruísta, mas também, profissional.

Collins (2023) aponta que o setor da saúde e, por consequência, a prestação de cuidados, seguirão um conjunto de cinco tendências nos próximos anos. Primeiro, destaca o desenvolvimento da análise multiômica²⁶ e molecular para o diagnóstico, previsão e tratamento de doenças. Em segundo, refere a evolução das soluções digitais em saúde (como a tele saúde, a realização de exames no domicílio e a digitalização de receitas, entre outros serviços) de forma mais conveniente e acessível, revolucionando a capacidade de muitas pessoas receberem cuidados de qualidade e poderem gerir a sua própria saúde. Em terceiro, a autora refere a tendência para a personalização do atendimento, através do acesso aos dados de saúde, que possibilitará um atendimento adaptado às necessidades e preferências individuais. Essa abordagem, centrada na pessoa, permitirá o acesso a informações de saúde individualizadas e possibilitará a melhoria das estratégias de prevenção da doença e de gestão da saúde. Como quarta tendência, aponta o aprimoramento da inteligência artificial, pois esta oferece um potencial de agilizar operações, acelerar pesquisas, melhorar a identificação de riscos e de doenças, e facilitar decisões clínicas informadas. Como quinta e última tendência, a autora enfatiza a simplificação de operações facilitadoras da eficiência, como o desenvolvimento de soluções digitais que melhorem os fluxos de trabalho clínicos e laboratoriais, e simplifiquem a coordenação e a prestação de cuidados à pessoa.

²⁶ Multitomics: Conceito definido no Mesh Descriptor Data, 2023. Estudo de uma variedade de dados ômicos – transcriptoma, proteoma, metaboloma – gerados a partir da mesma fonte biológica, como um tipo de célula ou órgão, durante estados normais em relação a estados doentes

As tendências apresentadas para a saúde deixam antever a necessidade das organizações se adaptarem, constantemente, às mudanças. A Teoria da Complexidade, ou Teoria dos Sistemas Complexos, pode ajudar a compreender essas constantes mudanças. Para além de ser aplicada para analisar as organizações sociais (Woodside, 2014), são inúmeros os estudos que têm sido desenvolvidos na tentativa de relacionar as organizações de saúde com esta teoria (Storkholm et al., 2019; Long et al., 2018; Touati et al., 2018; Chandler, 2018; Verity et al., 2021).

A Teoria dos Sistemas Complexos convida a compreender e examinar o mundo social e os seus componentes como partes integrantes de sistemas abertos e interconectados. A ação, dentro desses sistemas, opera em *loop*, onde algumas formas de energia ou ação são amortecidas (feedback negativo), enquanto outras são amplificadas (feedback positivo). Os efeitos que emergem das interações entre as estruturas sociais e os agentes adaptativos, humanos ou outros, são, portanto, altamente não lineares, (Owens et al., 2021), o que faz com que os processos de adaptação sejam uma constante.

Os relacionamentos, nos Sistemas Complexos, são primordiais. Os elementos que os constituem são agentes interdependentes e interativos, que estão ligados numa dinâmica cooperativa por um objetivo, uma perspetiva e uma necessidade comuns. São estruturas mutáveis com hierarquias múltiplas e sobrepostas, capazes de resolver problemas de forma criativa, pois demonstram capacidade de aprender e de se adaptar rapidamente (Uhl-Bien et al., 2007). A interligação das relações estabelecidas pode ser imprevisível e subestimada, contudo, pode influenciar todo o sistema, necessitando de um conjunto de respostas adaptativas (Vieira et al., 2009).

As organizações de saúde, analisadas sob o ponto de vista da Teoria dos Sistemas Complexos, contêm um nível de complexidade qualitativamente diferente a outros sistemas, devido à natureza social associada à saúde (Long et al., 2018). Desta forma, para garantir a qualidade dos resultados de saúde e para lidar com a crescente complexidade nestas organizações será premente abandonar os modelos lineares (Chandler et al., 2015) e aplicar modelos complexos, caracterizados por comportamentos adaptativos complexos (Sarriot & Kouletio, 2015). Para que essa aplicação seja eficaz e sustentável, os processos de liderança são fundamentais.

Que liderança para as organizações de saúde?

A literatura é consensual ao atribuir à liderança um papel central nas organizações de saúde, constituindo esta um elemento importante para

alcançar um melhor desempenho e, por conseguinte, ser fundamental para o sucesso organizacional (Pidgeon, 2017; Al-Hussami et al., 2018; Kroning et al., 2020; O'Donoghue et al., 2021).

A abordagem da liderança, nos últimos tempos, tem sofrido alterações. Os modelos tradicionais têm vindo a ser substituídos por abordagens que refletem a sua natureza complexa.

Durante a década de 1960, as teorias sobre liderança afastaram-se das que valorizavam os traços individuais ou de personalidade em direção às que reconheciam a importância dos estilos e dos comportamentos de liderança. Surgem, também, as teorias contingenciais que exploram um maior número de variáveis que podem afetar o processo de liderança, relacionando-as com diferentes estilos de liderança (Zacharias, 2022). A liderança contingencial, proposta por Fiedler (1964), assume que os líderes têm um estilo de liderança preferido, que varia de orientação a estilos direcionados para a relação com o grupo. Para este autor, o estilo de liderança é fixo, sendo o líder orientado para o relacionamento ou para a tarefa. Como todos os estilos de liderança se adaptam melhor a algumas situações do que a outras, os líderes não serão eficazes em todas as situações (Belrhiti et al., 2018).

Na década de 1980, surgiu a escola de liderança transformacional, que defende que os líderes eficazes estimulam a consciência dos colaboradores sobre o valor do seu trabalho, ativando a sua motivação interna de forma a promover a atenção nos objetivos organizacionais e não apenas nos objetivos pessoais (Belrhiti et al., 2018). O líder transformador estabelece uma relação de estimulação e elevação mútuas, convertendo colaboradores em líderes, e líderes em agentes morais (Reid et al., 2018). De certa forma, os líderes transformacionais ajudam os seus seguidores a encontrarem auto-realização e maturidade (Zacharias, 2022). Na prática, os líderes transformacionais atuam como modelos, comunicando uma visão clara e inspirando a sua equipa (Belrhiti et al., 2018). As limitações da liderança transformacional prendem-se, contudo, com o lado negro do carisma do líder, possibilitando o desenvolvimento de uma liderança que pode não conduzir a bons resultados (Belrhiti et al., 2018).

No ano 2000, surge a Liderança Complexa ou Teoria da Liderança Complexa (Horvat & Filipovic, 2017; Belrhiti et al., 2018) influenciada pela Teoria da Complexidade ou dos Sistemas Complexos. Esta teoria concentra-se em identificar e explorar as estratégias/comportamentos que fomentam a criatividade, a aprendizagem e a adaptabilidade organizacional. Neste tipo de liderança são reconhecidas três funções: (1) liderança baseada em noções

burocráticas tradicionais de hierarquia, alinhamento e controlo – liderança administrativa; (2) liderança que estrutura e possibilita condições para que o Sistema Adaptativo Complexo seja capaz de abordar, de forma otimizada, a solução criativa de problemas, adaptabilidade e aprendizagens – liderança capacitadora; (3) liderança como uma dinâmica generativa subjacente às atividades de mudança emergentes – liderança adaptativa (Uhl-Bien et al., 2007). A Teoria da Liderança Complexa examina a liderança como um processo que envolve redes de membros altamente interativos e interdependentes que conduzem à colaboração, criatividade, inovação, entre outros resultados necessários para a adaptação organizacional e para a produção de novos padrões de comportamento ou novos modelos operacionais (Hanson & Ford, 2010). Os líderes complexos fomentam a interconectividade, a comunicação aberta, a construção de relacionamentos e a existência de processos não lineares conduzindo as equipas à aprendizagem colaborativa, à inovação, à perceção do desempenho da própria equipa, e, conseqüentemente, à necessária mudança organizacional (Lichtenstein & Plowman, 2009; Uhl-Bien et al., 2011; Kwamie et al., 2015).

Que liderança para a saúde dos trabalhadores?

As organizações de saúde, como sistemas complexos, necessitam de uma liderança que dê resposta às diferentes vertentes que as influenciam. Assim, nas organizações de saúde, a tarefa dos líderes será identificar, contabilizar e equilibrar a criação de valor para todos os *stakeholders*, sabendo que a perspetiva de cada um pode ser diferente e, até, estar em posições contrárias. A garantia da satisfação da pessoa doente, dos profissionais de saúde, dos resultados clínicos ou dos resultados financeiros pode não estar sempre alinhada, pelo que a dificuldade será identificar a vertente que disputa a supremacia (Marcus et al., 2018).

Analisando a perspetiva dos profissionais de saúde é conhecido que a pandemia por COVID-19 demonstrou a importância social crítica dos cuidados de saúde e dos seus profissionais. Colocou, ainda, uma pressão adicional sobre os profissionais, pois estes percebiam o seu trabalho como altamente exigente e stressante (Broetje, Jenny, & Bauer, 2020). Muitos estudos efetuados nos últimos anos, em diferentes locais do mundo, demonstram que os profissionais de saúde apresentam baixa saúde física e mental, baixa satisfação no trabalho e baixa motivação para continuar a trabalhar na área da saúde (Hayes et al., 2012; Shantz, Alfes, & Arevshatian, 2016; Yáñez et al., 2020; Nishimura et al., 2021; Chen et al., 2022), o que conduz a fenómenos de turnover, ansiedade e situações de burnout, entre outros (Azoulay et al., 2021).

Dorssen-Boog e seus colaboradores (2021) identificam estes fenômenos como fatores com tradução no sucesso organizacional, na saúde e na qualidade de vida dos trabalhadores, reconhecendo a pertinência e a necessidade da definição de estratégias que integrem a promoção e o desenvolvimento da autoliderança dos profissionais. Estas intervenções não só promovem o *engagement* no trabalho, como melhoram a saúde e o desempenho dos profissionais (Kayral & Dülger, 2019; Van Dorssen-Boog et al., 2020).

A teoria da autoliderança defende que as pessoas não são apenas resultado do seu contexto social e dos seus traços de personalidade, mas são agentes ativos da sua motivação, do seu bem-estar e do seu desempenho. Envolve um conjunto abrangente de estratégias prescritivas que ajudam a pessoa a desenvolver a autodireção e a automotivação necessárias para um desempenho eficaz no local de trabalho (Manz et al., 2016). Intrínseca a esta teoria está a auto-influência nas emoções da própria pessoa, promovendo e potenciando as suas capacidades de autoliderança. A autoliderança envolve refletir conscientemente sobre o quê e o porquê do comportamento, bem como a questão de como agir (Stewart et al., 2011). Como resultado, a autoliderança permite que os indivíduos alinhem as atividades laborais com os seus objetivos pessoais, valores e interesses. Desta forma, são intrinsecamente mais motivados no seu trabalho e menos dependentes de direções externas ou sistemas de controle para um funcionamento ideal (Stewart et al., 2019).

A liderança na saúde e para a saúde dos trabalhadores assume desafios que a obrigam a adaptar-se rápida e continuamente a tendências cada vez mais exigentes e, de certa forma, imprevisíveis, como por exemplo, o desenvolvimento da inteligência artificial. Por um lado, são impreteríveis líderes que consigam atender a todos os *stakeholders*, e, principalmente, consigam motivar as suas equipas, respeitando a individualidade e a singularidade dos diferentes elementos. Por outro, no seio das próprias equipas, é fundamental que se promova a autoliderança para que os trabalhadores se sintam responsáveis pela influência direta nas suas ações.

Este caminho, por ser desafiador, requer atenção e muita reflexão, para que a saúde física e mental dos trabalhadores ajude as organizações (de saúde) a atingirem os seus objetivos. Para isso, será fundamental que se valorize, nos processos de liderança e autoliderança, o capital humano, por forma a que todos os outros sistemas que compõem as organizações (de saúde) complexas sejam positivamente influenciados. Teremos mais saúde na saúde e para a saúde dos trabalhadores.

Referências

- Al-Hussami, M., Hammad, S., & Alsoleihat, F. (2018). The influence of leadership behavior, organizational commitment, organizational support, subjective career success on organizational readiness for change in healthcare organizations. *Leadership in Health Services*, 31(4), 354–370. <https://doi.org/10.1108/lhs-06-2017-0031>
- Azoulay, E., Pochard, F., Reignier, J., Argaud, L., Bruneel, F., Courbon, P., Cariou, A., Klouche, K., Labbé, V., Barbier, F., Guitton, C., Demoule, A., Kouatchet, A., Guisset, O., Jourdain, M., Papazian, L., Van Der Meersch, G., Reuter, D., Souppart, V., & Resche-Rigon, M. (2021). Symptoms of Mental Health Disorders in Critical Care Physicians Facing the Second COVID-19 Wave. *Chest*, 160(3), 944–955. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.05.023>
- Belrhiti, Z., Nebot Giralt, A., & Marchal, B. (2018). Complex Leadership in Healthcare: A Scoping Review. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(12), 1073–1084. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.75>
- Broetje, S., Jenny, G. J., & Bauer, G. F. (2020). The key job demands and resources of nursing staff: An integrative review of reviews. *Frontiers in Psychology*, 11(84). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00084>
- Chandler, J. (2018). The Paradox of Intervening in Complex Adaptive Systems Comment on “Using Complexity and Network Concepts to Inform Healthcare Knowledge Translation.” *International Journal of Health Policy and Management*, 7(6), 569–571. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.05>
- Chandler, J., Rycroft-Malone, J., Hawkes, C., & Noyes, J. (2015). Application of simplified Complexity Theory concepts for healthcare social systems to explain the implementation of evidence into practice. *Journal of Advanced Nursing*, 72(2), 461–480. <https://doi.org/10.1111/jan.12815>
- Chen, Y., Wu, H., Kuo, F., Koh, D., Guo, Y. L., & Shiao, J. S. (2022). Hospital factors that predict intention of health care workers to leave their job during the COVID-19 pandemic. *Journal of Nursing Scholarship*, 54(5). <https://doi.org/10.1111/jnu.12771>
- Collins, J. (n.d.). Council Post: 5 Leading Healthcare Trends For 2023. *Forbes*. Retrieved March 27, 2023, from <https://www.forbes.com/sites/forbesagencycouncil/2023/02/16/5-leading-healthcare-trends-for-2023/?sh=3d936cc26c7d>
- Dorssen-Boog, P., Vuuren, T., Jong, J. P., & Veld, M. (2021). Facilitating health care workers’ self-determination: The impact of a self-leadership intervention on work engagement, health, and performance. *Journal of*

- Occupational and Organizational Psychology, 94(2), 259–281.
<https://doi.org/10.1111/joop.12352>
- Fiedler, Fred. E. (1964). A Contingency Model of Leadership Effectiveness. *Advances in Experimental Social Psychology*, 1(1), 149–190.
[https://doi.org/10.1016/s0065-2601\(08\)60051-9](https://doi.org/10.1016/s0065-2601(08)60051-9)
- Hanson, W. R., & Ford, R. (2010). Complexity leadership in healthcare: Leader network awareness. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2(4), 6587–6596. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.04.069>
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H. K. S., & North, N. (2012). Nurse turnover: A literature review – An update. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 887–905.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.001>
- Horvat, A., & Filipovic, J. (2017). Service quality and maturity of health care organizations through the lens of Complexity Leadership Theory. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24(1), 301–307.
<https://doi.org/10.1111/jep.12789>
- Kayral, i. H., & Dülger, D. (2019). The Impact of Self-Leadership Skills of Healthcare Employees on Institutional Performance and Job Performance. *The Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 3.
<https://doi.org/10.30621/jbachs.2019.661>
- Kroning, M., Carey, A., & Crawford-Rosso, S. (2020). Showing the way with gracious leadership. *Nursing*, 50(4), 47–49.
<https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000657064.68013.7b>
- Kwamie, A., Agyepong, I. A., & van Dijk, H. (2015). What Governs District Manager Decision Making? A Case Study of Complex Leadership in Dangme West District, Ghana. *Health Systems & Reform*, 1(2), 167–177.
<https://doi.org/10.1080/23288604.2015.1032475>
- Lichtenstein, B. B., & Plowman, D. A. (2009). The leadership of emergence: A complex systems leadership theory of emergence at successive organizational levels. *The Leadership Quarterly*, 20(4), 617–630.
<https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2009.04.006>
- Long, K. M., McDermott, F., & Meadows, G. N. (2018). Being pragmatic about healthcare complexity: our experiences applying complexity theory and pragmatism to health services research. *BMC Medicine*, 16(1).
<https://doi.org/10.1186/s12916-018-1087-6>
- Manz, C. C., Houghton, J. D., Neck, C. P., Fugate, M., & Pearce, C. (2016). Whistle While You Work. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 23(4), 374–386. <https://doi.org/10.1177/1548051816655993>

- Marcus, L. J., Flynn, L. B., & McNulty, E. J. (2018). The (Profoundly Human) Future of Leadership: The View from Healthcare. *Journal of Leadership Studies*, 12(3). <https://doi.org/10.1002/jls.21600>
- MeSH Browser. (n.d.). Meshb.nlm.nih.gov. Retrieved March 27, 2023, from <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D000095028>
- Nishimura, Y., Miyoshi, T., Sato, A., Hasegawa, K., Hagiya, H., Kosaki, Y., & Otsuka, F. (2021). Burnout of Healthcare Workers Amid the COVID-19 Pandemic: A Follow-Up Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11581. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111581>
- O'Donoghue, S. C., DiLibero, J., & Altman, M. (2021). Leading sustainable quality improvement. *Nursing Management*, 52(2), 42–50. <https://doi.org/10.1097/01.numa.0000724940.43792.86>
- Owens, J., Entwistle, V. A., Craven, L. K., & Conradie, I. (2021). Understanding and investigating relationality in the capability approach. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 52(1), 86–104. <https://doi.org/10.1111/jtsb.12310>
- Pidgeon, K. (2017). The keys for success: Leadership core competencies. *Journal of Trauma Nursing*, 24(6), 338–341. <https://doi.org/10.1097/jtn.0000000000000322>
- Reid, W. M., & Dold, C. J. (2018). Burns, Senge, and the Study of Leadership. *Open Journal of Leadership*, 07(01), 89–116. <https://doi.org/10.4236/ojl.2018.71006>
- Sarriot, E., & Kouletio, M. (2015). Community Health Systems as Complex Adaptive Systems: Ontology and Praxis Lessons from an Urban Health Experience with Demonstrated Sustainability. *Systemic Practice and Action Research*, 28(3), 255–272. <https://doi.org/10.1007/s11213-014-9329-9>
- Shantz, A., Alfes, K., & Arevshatian, L. (2016). HRM in healthcare: the role of work engagement. *Personnel Review*, 45(2), 274–295. <https://doi.org/10.1108/pr-09-2014-0203>
- Stewart, G. L., Courtright, S. H., & Manz, C. C. (2011). Self-Leadership: A Multilevel Review. *Journal of Management*, 37(1), 185–222. <https://doi.org/10.1177/0149206310383911>
- Stewart, G. L., Courtright, S. H., & Manz, C. C. (2019). Self-Leadership: A Paradoxical Core of Organizational Behavior. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 6(1), 47–67. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-012218-015130>

- Storkholm, M. H., Mazzocato, P., & Savage, C. (2019). Make it complicated: a qualitative study utilizing a complexity framework to explain improvement in health care. *BMC Health Services Research*, 19(1).
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4705-x>
- Touati, N., Maillet, L., Paquette, M.-A., Denis, J.-L., & Rodríguez, C. (2018). Understanding Multilevel Governance Processes through Complexity Theory: An Empirical Case Study of the Quebec Health-Care System. *International Journal of Public Administration*, 42(3), 205–217.
<https://doi.org/10.1080/01900692.2017.1423501>
- Uhl-Bien M, Marion R, McKelvey B (2011). Complexity leadership theory: shifting leadership from the industrial age to the knowledge era. in Painter-Morland, M. *Leadership, Gender, And Organization* (p.109-138). Springer.
- Uhl-Bien, M., Marion, R., & McKelvey, B. (2007). Complexity Leadership Theory: Shifting leadership from the industrial age to the knowledge era. *The Leadership Quarterly*, 18(4), 298–318.
<https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2007.04.002>
- Van Dorssen-Boog, P., de Jong, J., Veld, M., & Van Vuuren, T. (2020). Self-Leadership Among Healthcare Workers: A Mediator for the Effects of Job Autonomy on Work Engagement and Health. *Frontiers in Psychology*, 11(1420). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01420>
- Verity, F., Richards, J., Read, S., & Wallace, S. (2021). Towards a contemporary social care “prevention narrative” of principled complexity: An integrative literature review. *Health & Social Care in the Community*.
<https://doi.org/10.1111/hsc.13429>
- Vieira, M., Klock, P., Costa, R., & Lorenzini-Erdmann, A. (2009). Um modelo de enfermagem como sistema complexo adaptativo. *Aquichan*, 9 (3), 212-221.
- Woodside, A. G. (2014). Embrace perform model: Complexity theory, contrarian case analysis, and multiple realities. *Journal of Business Research*, 67(12), 2495–2503.
<https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2014.07.006>
- Yáñez, J. A., Afshar Jahanshahi, A., Alvarez-Risco, A., Li, J., & Zhang, S. X. (2020). Anxiety, Distress, and Turnover Intention of Healthcare Workers in Peru by Their Distance to the Epicenter during the COVID-19 Crisis. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(4).
<https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0800>
- Zacharias, F. (2022). Desenvolvimento de Liderança nas Organizações - Um Estudo de Caso. Editora Dialética.

Avaliação da autonomia funcional após internamento em unidade de cuidados intensivos

¹Maria do Carmo da Piedade dos Santos Silva, ¹Rui da Assunção Esteves Pimenta, & ²José António Pinho

¹Instituto Politécnico do Porto

²CESPU

Resumo

A autonomia funcional (AF) nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) é um dos resultados esperados dos cuidados prestados em saúde, assumindo particular relevância nos cuidados intensivos. O objetivo deste estudo, é avaliar a AF em doentes sobreviventes ao internamento no Serviço de Cuidados Intensivos 1 do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto) e investigar a sua relação com variáveis demográficas e clínicas, averiguando as determinantes. Trata-se de um estudo retrospectivo, observacional, descritivo e de pendor analítico. Avaliou-se a AF com recurso ao Índice de Barthel (IB), instrumento devidamente validado para o português europeu, sendo ainda recolhidos dados sociodemográficos e clínicos. Os dados foram submetidos a análise estatística descritiva e inferencial, tendo em consideração um nível de significância de 5%. Os nossos resultados evidenciam algumas relações significativas. O sexo masculino apresenta uma AF no pós-internamento significativamente superior ao sexo feminino. Observam-se correlações negativas entre a AF e o tempo de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos (TIUCI) ($p=-0,531$, $p=0,001$). Os resultados encontram-se de acordo com a literatura. A avaliação da AF deverá ser considerada como um contributo útil para o desenho de medidas que visem a melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados.

Palavras-chave: UCI, AF, ÍNDICE DE BARTHEL

*Capítulo elaborado a partir de dissertação de mestrado do primeiro autor, orientado pelos coautores

Introdução

A autonomia funcional (AF) é um dos resultados esperados dos cuidados prestados em saúde, assumindo particular relevância nos cuidados intensivos. O principal objetivo de prestar serviços de cuidados críticos aos doentes da UCI para além de salvar vidas é garantir os melhores resultados relacionados com a saúde, incluindo o regresso do doente a um nível de função pré-admissão e ao melhor estado de saúde possível.

Durante o internamento na UCI, os doentes críticos têm um risco elevado de deterioração da condição física devido ao elevado nível de stresse, tratamentos emergentes e incapacidade de comunicação. Além disso, os sobreviventes da UCI sofrem de limitações médicas, físicas e sociais (Hill et al., 2016). A maioria dos sobreviventes da UCI desenvolve ansiedade, depressão e Síndrome de Stress Pós-Traumático que afetam a sua qualidade de vida após a alta hospitalar

Em comparação com indivíduos com padrões adequados e/ou ajustados, estes doentes desenvolveram frequentemente deterioração física, funcional e psicológica, podendo apresentar sequelas e disfunções que se traduzem numa diminuição da AF.

No presente estudo foi avaliada a AF de doentes sobreviventes ao internamento no SCI1 do CHUPorto três meses após a alta, e sua relação com variáveis sociodemográficas (sexo, idade) e com variáveis de dimensão clínica (tempo de internamento, tempo de ventilação mecânica).

A AF é um dos resultados esperados do internamento, mas uma AF baixa é comum nos doentes após a alta. Numa revisão sistemática da literatura, (Hopkins et al, 2017) foram identificados apenas 16 estudos que avaliam a autonomia nas ABVD em sobreviventes do internamento em cuidados intensivos apresentando esta fracos resultados durante meses e até anos após a alta. Neste estudo a autonomia nas ABVD foi avaliada com recurso ao índice de Barthel (IB), escala validada para a população portuguesa (Araújo et al, 2007).

A AF do sobrevivente será relacionada com algumas variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e com variáveis clínicas inerentes ao internamento no serviço (tempo de internamento e tempo de ventilação mecânica).

A autonomia funcional após internamento numa UCI

Os cuidados intensivos ou críticos dirigem-se aos doentes que se encontram internados com doenças ou feridas severas, que necessitam ser vigiados e controlados minuciosamente, devido á possibilidade de ocorrência de efeitos adversos.

A estadia nestes serviços está associada habitualmente a diagnósticos de doença aguda grave ou trauma, a que se associam intervenções médicas invasivas, internamentos longos e patologias associadas a estas intervenções (infecções nosocomiais, septicemia, astenia associada ao internamento em UCI). Estes condicionam tanto a elevação da taxa de mortalidade como uma condição física e mental mais baixa nos sobreviventes ao internamento (Kose et al. 2016). Estudos apontam uma alta taxa de mortalidade: Gayat (Gayat et al, 2018) num estudo realizado em França e na Bélgica sobre sobreviventes da UCI seguidos durante um ano após a alta, apontou que o resultado principal dos doentes internados nos cuidados intensivos, com necessidade de ventilação mecânica invasiva e/ou apoio vasoativo de fármacos para mais de 24 h após a admissão da UCI e alta da UCI foi a mortalidade (21%), principalmente entre indivíduos idosos (um terço dos internamentos).

Toda a tecnologia e maquinaria podem trazer ruído com os seus alarmes o que se traduz em desconforto para o doente. A iluminação normalmente é também um fator de distúrbio pois estas unidades funcionam 24 horas e torna-se difícil permitir um ambiente que proporcione descanso aos doentes conscientes.

Normalmente a exigência de uma ventilação assistida mecanicamente traz também a necessidade de sedação e analgesia. Nos últimos anos os avanços nos ventiladores têm permitido que a ventilação se torne menos agressiva e se possa pedir a colaboração do doente consciente.

Existem estudos que relacionam a ventilação mecânica prolongada com piores resultados a nível de sobrevivência e de impacto na qualidade de vida (Shaaf, 2008). A mortalidade destes doentes no ano após a alta pode atingir os 66,9%. (Jubran et al, 2019).

Um dos maiores problemas das UCI tem sido as infeções contraídas a nível hospitalar, chamadas infeções nasocomiais. Segundo o *NNIS System* (2003), num relatório sobre infeções nosocomiais nos Estados Unidos, surgem 300 mil casos de sépsis anualmente e cerca de 200 mil de pneumonia. Normalmente provocadas por bactérias multirresistentes a antibióticos convencionais, estas

infecções são causa de aumento de morbilidade e mortalidade entre os doentes e aumentam exponencialmente os custos hospitalares, prolongando os internamentos e encarecendo o tratamento.

A pandemia da Covid 19 exigiu, em Portugal e em todo o mundo, um investimento na área da medicina intensiva e a nível nacional o número de camas de UCI quase duplicou. Para além desta situação (excecional), o envelhecimento da população e a expansão das chamadas doenças da civilização, como a hipertensão arterial e a diabetes *mellitus*, a necessidade de recorrer a UCI tem vindo a aumentar, ocorrendo uma crescente procura de Medicina Intensiva, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. A taxa de mortalidade destes doentes tem vindo a diminuir, com um aumento proporcional do número de sobreviventes o que torna mais evidente as sequelas a longo prazo. Surge mesmo o chamado síndrome dos cuidados pós-intensivos (PICS) englobando uma ampla gama de sintomas que pacientes podem experimentar depois de sobreviver a um episódio de doença crítica (McIlroy et al 2019). O domínio psicológico do PICS inclui a desordem de estresse pós-traumático (PTSD), depressão, ansiedade e reações agudas de estresse.

Ao analisar os resultados obtidos após a alta há que ter em conta a reintegração social destes doentes. Todos os esforços desenvolvidos durante o tratamento devem ter por base decisões assentes em critérios de qualidade, eficácia, eficiência, sujeitas à garantia do exercício ético da medicina nos limites da funcionalidade orgânica, mas com uma abordagem do doente como um todo.

Um dos aspetos fundamentais é a orientação para a autonomia do doente. As ABVD constituem o nível mais básico de autonomia, que permitem a participação no dia-a-dia em termos de sobrevivência e bem-estar básicos. A capacidade para as executar torna-se indispensável para obter a independência e para a autonomia mínima.

O conceito de capacidade funcional está intimamente relacionado com a autonomia da pessoa para a concretização das atividades de vida diária. A avaliação da AF visa conhecer o grau de dependência do indivíduo, de modo a ajudá-lo a manter a autonomia.

Pode-se relacionar a AF para o desempenho do autocuidado com fatores intrínsecos ao indivíduo (a idade, o sexo, a orientação sociocultural, a satisfação com a vida, a autoestima, a perceção da autoeficácia, a capacidade cognitiva) e fatores extrínsecos ao indivíduo (os recursos familiares e da comunidade, o ambiente, relações sociais significativas e a terapêutica). Ela sofre a influência

de algumas doenças, deficiências, estilos de vida, fatores demográficos, socioeconómicos, culturais e psicossociais.

Para avaliar a AF torna-se necessária a utilização de instrumentos adequados que serão analisados seguidamente.

Avaliação da autonomia funcional- o índice de Barthel

Numa revisão de literatura sobre escalas de medição de autonomia das ABVD Simões et al (2018) apontaram seis escalas diferentes: o Índice de Barthel, o Índice de Katz, a Escala Klein-Bell de AVD, a Avaliação Kenny de Autocuidado, a Avaliação Melville-Nelson de Autocuidado (SCA) e o *Traffic Light System-BasicADL* (TLS-BasicADL).

Um dos instrumentos mais utilizados para avaliação da AF para a realização das ABVD é o Índice de Barthel (Araújo, 2007). As qualidades psicométricas do instrumento estão essencialmente documentadas em estudos com doentes com acidente vascular cerebral (AVC) (Ellul, et al., 1998; Sainsbury, 2005). A nível nacional tem sido utilizado em vários estudos (Imaginário, 2002; Martins, 2014). O IB foi adaptado para Portugal e para a língua portuguesa num estudo desenvolvido por Araújo (Araújo et al. 2007), que revela que é um instrumento válido e com fiabilidade elevada.

O IB é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez ABVD: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007) como se pode verificar na tabela 1.

Na versão original a pontuação da escala varia de 0-100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de zero corresponde á máxima dependência para todas as atividades básicas de vida diárias (ABVD) avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas ABVD avaliadas.

Desde a sua publicação (Mahoney & Barthel, 1965) que o IB tem sido amplamente utilizado com o objetivo de «quantificar» e monitorizar a (in)dependência dos indivíduos para a realização das ABVD (Paixão & Reichenheim, 2005; Sulter et al., 1999).

A versão desenvolvida por Wade & Collin (1988) propõe uma pontuação dos itens em (0,1,2 ou 3), obtendo uma pontuação total da escala entre 0 (totalmente dependente) e 20 (totalmente independente) em oposição à versão original (0-100).

Outros autores (Azeredo & Matos, 2003; Duncan et al., 2000; Hu et al., 1989; Imaginário, 2002) indicam como mais fácil interpretação a subdivisão da pontuação total do IB em diferentes categorias (habitualmente quatro ou cinco), mas, como diferem nos pontos de corte, torna-se mais difícil a posterior comparação dos resultados.

Tabela 1 ÍNDICE DE BARTHEL

ATIVIDADE	Pontuação
ALIMENTAÇÃO	0=Incapacidade 5=Precisa de ajuda para cortar, passar manteiga no pão, etc. ou de uma dieta modificada 10=Independente
BANHO	0=Precisa de ajuda 5=Independente
ATIVIDADES ROTINEIRAS HIGIENE	0=Precisa de ajuda com a higiene pessoal 5=Independente ((rosto, cabelo, dentes, barbear)
VESTIR-SE	0=Dependente 5=Precisa de ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinho 10=Independente (incluindo botões, fechos, laços)
CONTROLE INTESTINO	0=Incontinente (necessidade de enemas) 5=Acidente ocasional 10=Continente
CONTROLE SISTEMA URINÁRIO	0=Incontinente, cateter vesical e incapaz de o manejar- 5=Acidente ocasional 10=Continente
USO DO QUARTO DE BANHO	0=Dependente 5=Necessita ajuda parcial 10=Independente (pentear, limpar-se)
TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A ACADEIRA E VICE-VERSA)	0=Incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5=Muita ajuda (uma ou duas pessoas, ajuda física, consegue ficar sentado) 10=Pouca ajuda (verbal ou física) 15=Independente
MOBILIDADE (EM SUPERFÍCIES PLANAS)	0=Imóvel ou inferior a 50 m 5=Cadeira de rodas, independente, incluindo esquinas, superior a 50 m 10=Caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física,) superior a 50 m 15=Independente (mas pode necessitar de alguma ajuda como por exemplo uma bengala) superior a 50 m
MOBILIDADE (ESCADAS)	0=Incapacitado 5=Precisa de ajuda 10=Independente

Fonte: C. Sequeira, (2007)

Apesar desta variabilidade, no âmbito da prática clínica, parece consensual a proposta de Granger e colaboradores, citado por (Sulter et al., 1999), que refere que a pontuação 60 corresponde ao «ponto de viragem» entre independência/ dependência. Segundo o mesmo autor, com uma avaliação acima de 60, a maioria dos pacientes são independentes para cuidados pessoais essenciais como deslocar-se sem auxílio, comer, asseio pessoal e controle de esfínteres, e com valores iguais ou superiores a 85, os indivíduos são habitualmente independentes necessitando apenas de uma assistência mínima.

Na monitorização da AF dos idosos no âmbito dos programas de reabilitação nas unidades de convalescença e reabilitação, alguns autores utilizam o valor que resulta da diferença entre o IBA (pontuação do IB na alta) e o IBI (pontuação do IB no momento do internamento), sendo que um valor positivo corresponde a uma melhoria na AF e um resultado negativo a uma deterioração no estado funcional da pessoa idosa (Vilarmau & Diestre, 2000; Ferrín, 2005).

As suas principais desvantagens deste instrumento são o facto de não fornecer informação sobre a causa da dependência, não avaliar um leque maior de ABVD e não ser suficientemente sensível a pequenas mudanças nas capacidades funcionais.

O IB foi adaptado para português europeu num estudo desenvolvido em idosos não institucionalizados (Araújo et al, 2007), que revela que é um instrumento com um nível de validade e fiabilidade elevados (alfa de Chronbach de 0,96). A nível nacional é usado sobretudo em contexto hospitalar, onde a versão mais utilizada é a modificada por Wade e Collin (Pereira et al, 2009).

No presente estudo, na distribuição da pontuação segundo os pontos de corte, o doente é considerado independente, com uma dependência leve, com uma dependência moderada, com uma dependência grave ou com dependência total seguindo a classificação proposta por Azeredo & Matos (2003) (ver Tabela 2).

Tabela 2 Classificação da dependência

Tipo de dependência	Pontos
Independente	100
Dependência leve	76-99
Dependência moderada	51-75
Dependência grave	26-50
Dependência total	0-25

Fonte: Adaptado de Azeredo & Matos, 2003)

A pontuação final varia entre 0 (máxima dependência) e 100 (independência total), com intervalos de 5 pontos, sendo a pontuação de cada atividade medida separadamente. Desta forma cada ABVD pode ser classificada entre 2 a 4 níveis, de acordo com a sua importância para a funcionalidade: a pontuação 0 corresponde à dependência total e a independência pode assumir a pontuação 5, 10 ou 15 em função dos níveis de classificação (ex.: a atividade de banho dispõe apenas de dois níveis, enquanto que as transferências apresentam 4 níveis). Pode ser aplicado por entrevista à pessoa e/ou a familiares ou através da observação direta do desempenho da pessoa (Simões et al. 2018).

Assim, cada atividade pode ter uma pontuação que pode variar de 0 a 5, 0 a 10 ou 0 a 15.

O IB embora tenha sido inicialmente desenvolvido para avaliar a resposta à reabilitação de indivíduos com doença neurológica crónica, passou a ser amplamente utilizado para avaliação funcional dos doentes internados em UCI, por ser de rápido e fácil aplicação (Minosso et al., 2010; Christakou et al. 2013). O IB é um instrumento utilizado para avaliação dos níveis de dependência e autonomia em diversos estudos sobre cuidados intensivos como por exemplo na comparação de diferentes tratamentos em doentes gravemente queimados (Deng et al., 2016).

Metodologia

O início deste estudo teve lugar em setembro de 2020 altura em que se obteve o acesso aos dados recolhidos na Consulta de seguimento do SCI1.

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, observacional, descritivo, comparativo, correlacional e analítico. A população alvo é constituída pelos doentes sobreviventes ao internamento em UCI. Dos 126 doentes que compareceram à consulta foram eliminados 24 por omissões nas respostas. A amostra é composta por 102 doentes que compareceram à Consulta do SCI1 entre janeiro e dezembro de 2019. Foram recolhidas nas consultas variáveis sociodemográficas e clínicas e avaliou-se a autonomia com recurso ao Índice de Barthel.

Foi requerida autorização à Comissão de Ética do CHU Porto para utilização dos dados recolhidos na consulta de seguimento do SCI1, que respondeu afirmativamente no Parecer 2020.293(224-DEFI/237-CE) de 7/4/2021. A participação dos doentes foi voluntária. No acompanhamento dos doentes após a alta foi iniciada em 2010 uma consulta de seguimento do SCI1 em que os doentes são entrevistados por um enfermeiro da unidade. Nesta consulta,

realizada aos três meses após a alta, foram recolhidos os dados utilizados nesta pesquisa.

Dos dados recolhidos na consulta foram selecionados para o estudo os habituais de caracterização sociodemográfica: sexo, idade, estado civil e nível de escolaridade e algumas características clínicas: o tipo de diagnóstico (médico, cirúrgico ou transplante), o tempo de internamento (TIUCI) e o tempo de ventilação mecânica (TVM). Foram estudadas as relações entre a AF e a QVRS e o sexo, a idade, o TIUCI e o TVM e entre as duas escalas-

Como foi apresentado na introdução e com base na revisão da literatura o objetivo deste trabalho é avaliar a AF e a QVRS dos doentes internamento numa UCI, três meses após a alta e verificar se as variáveis sociodemográficas (sexo e idade) e as variáveis clínicas (TIUCI e TVM) afetam as mesmas.

As questões da investigação serão então:

- a autonomia funcional (AF) dos sobreviventes ao internamento no Serviço de Cuidados Intensivos 1 (SCI1) varia segundo as variáveis sociodemográficas (sexo e idade)?
- ou podem ser relevantes variáveis clínicas, como o tempo de internamento na UCI (TIUCI) e o tempo de ventilação mecânica (TVM)?

Para variáveis foram escolhidos nos dados sociodemográficos o sexo e a idade pois alguns estudos relacionam a idade como preditor de uma taxa de mortalidade mais elevada (Boumendil et al., 2007) e que esta pode condicionar a admissão de doentes mais idosos nas UCI.

Nas variáveis clínicas e seguindo a literatura (Wideranders et al., 2019, Shaaf, 2008), foram selecionados o tempo de internamento na UCI e o tempo de ventilação mecânica.

Análises de dados

Os dados recolhidos na Consulta de seguimento do SCI1 foram analisados de acordo com a metodologia descritiva usual.

A amostra foi constituída por 126 doentes que compareceram na consulta. Destes foram excluídos 24 por omissão de respostas. Seguiu-se a análise da normalidade da distribuição das variáveis.

As variáveis quantitativas contínuas apresentam-se com as medidas de tendência central (médias) e dispersão (desvio padrão DP) No caso de outro tipo de distribuição, pela mediana, âmbito de variação e quartis. Quanto às

variáveis categóricas (sexo, estado civil, escolaridade, TIUCI e TVM) utilizaram-se frequências absolutas e relativas.

Na avaliação das qualidades psicométricas para a AF foi analisada a consistência interna da escala neste estudo que deu uma consistência muito boa (0,970).

São descritas nesta análise as características gerais dos doentes através da estatística descritiva as variáveis: sexo, idade, escolaridade, diagnóstico de admissão, tempo de internamento no SCI1, tempo de ventilação (dias) e AF (Índice de Barthel).

Para o tratamento de dados utilizou-se o *Statistical Package for Social Sciences* versão 27, sendo utilizada estatística descritiva e inferencial.

Caraterização da amostra

A amostra é constituída por 102 doentes que compareceram á consulta de seguimento do SCI1. Na Tabela 3 apresenta-se a caraterização deste grupo, de acordos com as variáveis sociodemográficas que se pretendia estudar: sexo, idade, estado civil e escolaridade.

Os resultados das características sociodemográficas indicam uma maior frequência do sexo masculino (55,9%).

Observou-se que apresentam em média 58,37 (DP=14,3) anos, com um valor mínimo de 22 e o máximo de 82 anos, sendo que 23,5% pertencem ao grupo etário entre os 70 a 82 anos, não apresentando uma distribuição normal ($p=0.022$).

Tabela 3 Caraterização sociodemográfica da amostra

Caraterísticas	N=102		
	Frequência	%	%. Acumulada.
Sexo			
Feminino	45	44,12	
Masculino	57	55,88	
Faixa etária			
22-49 anos	24	23,53	23,53
50-69 anos	54	52,94	76,47
70- 82 anos	24	23,53	100,00
Nível de escolaridade			
Sem escolaridade	1	0,98	0,98

Sabe ler e escrever	2	1,96	2,94
1º ciclo básico	22	21,57	24,51
2º ciclo básico	23	22,55	47,06
3º ciclo básico	9	8,82	55,88
Ensino secundário	4	3,92	59,80
Ensino Superior	9	8,82	68,63
Outro	32	31,37	100,00

Dentro do nível de escolaridade a percentagem maior dos que responderam frequentaram o 2º ciclo do ensino básico (22,5%). Em termos de percentagem cumulativa 52,9% não frequentaram mais do que o ensino básico.

Para além das variáveis referidas, consideramos também variáveis de natureza clínica: tipo de diagnóstico, TIUCI e TVM (dias) que serão apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 Características clínicas da amostra

N=102			
Caraterísticas clínicas	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Diagnóstico			
Transplantes	2	2,0%	
Cirúrgico	30	29,4%	
Médico	70	68,6%	
Tempo internamento SCI1			
Até 10 dias	95	93,1%	93,1%
De 11 a 20 dias	7	6,9%	100,0%
Tempo de ventilação			
Não ventilados	87	85,3%	85,3%
Até 3 dias	10	9,8%	95,1%
De 3 a 15 dias	5	4,9%	100,0%

No tipo de diagnóstico são os doentes do foro médico que apresentam maior frequência (68,6%), seguindo-se os do foro cirúrgico (29,4%) e finalmente os transplantes (2%).

Na identificação dos níveis de dependência foi utilizado o ÍB (validado para a população portuguesa), com uma média era 78.38 (D=38,1). Após conversão em níveis podemos encontrar uma maior percentagem de doentes com a classificação de independentes (62.7%), seguindo-se os doentes com dependência leve e moderada (18,7%) e por fim os doentes com dependência total (18,6%)

A média da pontuação difere entre os sexos com uma média de 84,54 (DP=33,1) para o sexo masculino e 70,44 (DP=42,6) para o sexo feminino. Nos doentes independentes (63%) encontramos um maior número do sexo masculino e nos doentes que apresentam dependência total (19%) surge como predominante o sexo feminino como se apresenta na Tabela 5.

Tabela 5 Níveis de dependência por sexo

N=102				
Dependência	F	M		%
Independente	23	41	64	63%
Dep. Leve	9	8	17	17%
Dep. Moderada	1	1	2	2%
Dep. Total	12	7	19	19%
Total geral	45	57	102	100%

No que concerne aos resultados específicos das componentes deste instrumento, verificou-se que a deambulação apresenta resultados mais elevados (M=14,57; DP=1,75), seguindo-se as transferências (M=14,56; DP=1,13), o controle vesical (M=9,93; DP=0,94), controle intestinal (M=9,87; DP=0,69), o vestuário (M=9,75; DP=1,19), a alimentação (M=9,70; DP=1,28), uso do wc (M=9,58; DP=1,60), as escadas (M=9,51; DP=1,51), a higiene pessoal (M=4,75; DP=0,97) e por fim o banho (M=4,64; DP=1,17).

Em relação às questões de investigação propostas, não encontramos diferenças significativas nas médias entre sexos ($p=0,70$) não foram encontradas correlações significativas entre AF relacionada com a idade ($p=0,401$). Também ao relacionar a AF e escolaridade ($p=0,344$) ou tipo de diagnóstico ($p=0,217$) também não foram encontradas correlações significativas. No entanto, foi encontrada uma relação negativa entre o TIUCI e a AF ($p=-0,531$ $p < 0,001$). Relativamente ao TVM e AF não foi encontrada correlação significativa ($p=0.736$).

Discussão

Este estudo permitiu descrever os doentes sobreviventes do internamento no SCI1 do CHUPorto que compareceram á consulta de seguimento deste serviço. No que respeita ao sexo, observou-se que da amostra total de doentes, o sexo masculino estava representado em maior número. A idade média é superior a 50 anos. No que se refere ao estado civil, a grande maioria vive conjugalmente com alguém ou é casado. Na escolaridade encontramos a maior percentagem entre os que não frequentaram mais do que o 3º ciclo básico.

A nível das características clínicas podemos referir que há uma predominância de diagnósticos do foro médico, que a média do TIUCI foi de 5,4dias (DP= 3,22), com um mínimo de 2 dias e um máximo de 20 dias. Pode também verificar-se que o sexo feminino teve uma média de TIUCI maior (M=5,16, DP=6,04) do que os doentes do sexo masculino (M=4,35; DP=5,78) embora a relação não fosse significativa estatisticamente.

Pode-se, através da análise descritiva dos resultados, concluir que, de um modo geral, os doentes constituintes da amostra são maioritariamente independentes (62,7%) ou com dependência leve ou moderada (18,7%).

Conforme esperado, a AF não diverge segundo o sexo, o que coincide com o estudo de Araújo (Araújo et al., 2007), que também não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre os sexos.

No que concerne à variável idade ao contrário do que esperava, não apuramos resultados estatisticamente significativos relativamente à AF. A hipótese de que haveria uma relação significativa entre as duas variáveis não se mostrou validada pelos resultados.

Foi encontrada uma relação negativa entre o TIUCI e a AF o que coincide com um estudo realizado por Shaaf (2008), em doentes de cuidados intensivos onde a idade e a gravidade da doença na admissão da UCI não foram associadas a um estatuto funcional a curto prazo, mas sim à duração da estadia na UCI e a eventuais complicações que exijam ventilação mecânica por mais de 48 horas durante o tratamento.

Relativamente ao TVM e AF não foi encontrada correlação significativa, contrariamente ao que alguns estudos apontam uma tendência de redução após a alta nos indivíduos sujeitos a VM (Vesz et al, 2018; Shaaf, 2018)).

Conclusão

A avaliação da AF tende a ser frequentemente efetuada após a alta. Neste estudo ela foi avaliada na consulta de seguimento realizada três meses após a mesma. Em função dos resultados obtidos chegou-se a alguns resultados significativos relativamente à AF do doente internado no SCI1 que compareceu à consulta.

Em relação á AF, verificou-se que a média foi de 78,34 (DP=38,1), o que corresponde a um nível de dependência leve. O sexo masculino apresentou uma média significativamente superior ($p<0,035$). Encontrou-se igualmente uma correlação significativa com o TIUCI ($p=-0,531$, $p<0,001$). Não foram encontradas mais correlações significativas entre a AF e as restantes variáveis explicativas.

Os dados obtidos neste estudo limitam-se a um único momento e não foi possível obter uma comparação com níveis de AF e QVRS anteriores ao internamento no serviço. A obtenção de dados no momento de ingresso no serviço teria sido útil no sentido de comparar e detetar as alterações ocorridas.

Ressalta desta investigação a necessidade de aprofundar este tema, num futuro próximo, desenvolvendo outros estudos observacionais sobre resultados em termos de autonomia dos cuidados dos serviços de medicina intensiva.

Referências

- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66.
<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/86323.pdf>
- Azeredo, Z.; Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, III. 8, 499-204.
doi: 10.1136/bmj.307.6910.953PMCID: PMC1679214 PMID: 8241904
- Christakou, A., Papadopoulos, E., Patsaki, E., Sidiras, G., & Nanas, S. (2013). Functional assessment scales in a general intensive care unit. *Hospital Chronicles*, 8(4), 164-170.
- Deng, H., Chen, J., Li, F., Li-Tsang, C. W. P., Ma, Q. L. X., Ao, M., Chen, N., Zhou, Y., Zhong, X., Chen, Z., Cao, L., He, G. & Wu, J. (2016). Effects of mobility training on severe burn patients in the BICU: A retrospective cohort study, *Burns*, 42(7) 1404-1412, ISSN 0305-4179,
<https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.07.029>.

- Ellul, J., Watkins, C. & Barer, D. (1998). Estimating total Barthel scores from just three items: the European Stroke Database 'minimum dataset' for assessing functional status at discharge from hospital, *Age and Ageing*, 27(2), 115–122, <https://academic.oup.com/ageing/article-abstract/27/2/115/36166>
- Ferrín, P.S. (2005). Unidades de convalecencia. *Rev. Mult. Gerontol.* 15(1) 13-15. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-039418>
- Gayat, E., Touchard, C., Hollinger, A., Vieillard-Baron, A., Mebazaa, A., & Legrand, M. (2018). Back-to-back comparison of penKID with NephroCheck® to predict acute kidney injury at admission in intensive care unit: a brief report. *Critical Care*, 22, 1-3.
- Hu, H. H., Chu, F. L., Chiang, B. N., Lan, C. F., Sheng, W. Y., Lo, Y. K., ... & Luk, Y. O. (1989). Prevalence of stroke in Taiwan. *Stroke*, 20(7), 858-863.
- Hill, A. D., Fowler, R. A., Pinto, R., Herridge, M. S., Cuthbertson, B. H., & Scales, D. C. (2016). Long-term outcomes and healthcare utilization following critical illness—a population-based study. *Critical Care*, 20(1), 1-10.
- Imaginário, C. M. (2002). O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra, Formasau, 20
- Jubran, A., Grant, B. J., Duffner, L. A., Collins, E. G., Lanuza, D. M., Hoffman, L. A., & Tobin, M. J. (2019). Long-term outcome after prolonged mechanical ventilation. A long-term acute-care hospital study. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 199(12), 1508-1516.
- Kose, I., Zincircioglu, C., Ozturk, Y. K., Senoglu, N., & Erbay, R. H. (2016). Characteristics and Outcomes of Patients with Prolonged Stays in an Intensive Care Unit. *European Journal of General Medicine*, 13(2), 127-133. <https://doi.org/10.15197/ejgm.1546>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Funcional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland state medical journal*, 14, 61–65. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/bitekst_fr.pdf
- Martins, C. S.G., Corte, A. E.M., Marques, E.M. B.G. (2014), As Dificuldades do cuidador informal na prestação de cuidados ao Idoso, *Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2 (1), 177-184 <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349833719016.pdf>
- McIlroy, P. A., King, R. S., Garrouste-Orgeas, M., Tabah, A., & Ramanan, M. (2019). The effect of ICU diaries on psychological outcomes and quality of life of survivors of critical illness and their relatives: a systematic review and meta-analysis. *Critical care medicine*, 47(2), 273-279.

- Minosso, J. S. M. M, Amendola, F., Alvarenga, M. R. M., Oliveira, M. A. C., (2010). Validação para o Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paulista Enferm*;23(2), 218-23.
<https://www.scielo.br/j/ape/a/7n8WhRb6Wvcs3QdrWx3ywJn/abstract/?lang=pt>
- NNIS System (2003). National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, data summary from January 1992 through June 2003, issued August 2003. *American journal of infection control*, 31(8), 481-498.
<https://doi.org/10.1016/j.ajic.2003.09.002>
- Paixão, C. M. & Reichenheim, M. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional dos idosos. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 21 (1) 7-19
<https://www.scielo.br/j/csp/a/nYr6BybRxN9YS8FPsdBpRyF/?format=pdf&lang=pt>
- Pereira, A. P., Costa, M. J., Andrade, N., & Miranda, S. (2009). Instrumentos de avaliação neurológica. *Percursos*.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9165/1/Revista%20Percursos%20n11_Instrumentos%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20Neurol%C3%B3gica.pdf
- Sainsbury, A., Seebass, G., Bansal, A. & Young, J. B. (2005) Reliability of the Barthel Index when used with older people, *Age and Ageing*, 34, 1(3), 228-232 <https://academic.oup.com/ageing/article-abstract/34/3/228/40247>
- Sequeira, C. (2007). O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto.
- Shaaft, M. V. (2008). Poor-functional-recovery status immediately after discharge from an intensive care unit.. *Disability And Rehabilitation*, 30(23), 1812-1818 <https://www.researchgate.net/profile/Dave->
- Simões, A.L., Ferreira, P.L. & Dourado M. (2018). Medição da autonomia em atividades da vida diária, *Port J Public Health* 2018;36:9-15
<https://doi.org/10.1159/000492139>
- Sulter, G., Steen, C., & De Keyser, J. (1999). Use of the Barthel index and modified Rankin scale in acute stroke trials. *Stroke*, 30(8), 1538-1541
- Wade, D. T. & Collin, C. (1988). The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? *International Disabilities, Studies*. 10(2) 64-67
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638288809164105>
- Vesz, P. T., Cremonense, R. V., Rosa, R. G., Maccari, J. G. & Teixeira, C. & Silveira, P. (2018). Impact of mechanical ventilation on quality of life and functional status after ICU discharge: A cross-sectional study. *Revista*

Associação Medica Brasileira. 64(1) 47-53

<https://www.scielo.br/j/ramb/a/SrGcXbpfhJZkPvgmtgJsNPQ/?format=html&lang=en>

Vilarmau, M. T., Diestre, G. & e Guirao, M. (2000). Evolución de los pacientes dados de alta con el diagnóstico de accidente vasculocerebral de una Unidad de Convalecencia y Rehabilitación (UCR). *Revista Multidisciplinar de Gerontologia* 10 (1) 33-37.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2834564>

Trabalhar em Cuidados Paliativos: em prol do trabalho em equipa

¹Margarida Alvarenga & ²Sara Gomes

¹IPOFG Porto

²IPOC, F.G., E.P.E.

A perceção da fase final de vida e a atitude da sociedade perante a mesma, tem sofrido alterações significativas, decorrentes da constante evolução da ciência.

O hospital, transformou-se num local de primeira escolha, para colmatar as necessidades dos doentes crónicos decorrentes da falta de resposta a nível comunitário. Consequentemente, o ato de morrer passou a ser cada vez mais medicalizado e profissionalizado, onde tudo se faz para manter a Vida e pouco se faz para ajudar a que essa Vida e o seu final sejam vividos sem sofrimento, com qualidade de vida e bem-estar, quer para o doente, quer para os seus familiares e cuidadores.

Morrer em casa deixou de ser natural e morrer no hospital passou a ser comum, com menor impacto para a sociedade em geral, mas com um grande impacto para quem cuida, cuidadores formais e informais.

O modelo biomédico tem como foco a ausência de doença e quando ela surge o foco passa a ser a cura, o que induz nos profissionais a necessidade quase que imposta, de dar resposta para tudo sem espaço para admitir que a doença prevaleceu.

A sensação de falha e de fracasso dão assim lugar à despersonalização dos cuidados, onde a pessoa é tratada e não cuidada, sem que haja a salvaguarda da manutenção da dignidade da pessoa e do seu bem-estar, independentemente do seu diagnóstico e estadió da doença.

Os Cuidados Paliativos (CP) surgem como uma resposta emergente a esta necessidade de cuidar para além do tratar. São cuidados integrados, prestados por uma equipa interdisciplinar, com base nos princípios éticos e de planeamento antecipado de cuidados, em que há envolvimento ativo dos membros da família/cuidadores na prevenção de crises, capacitando-os e apoiando-os no luto, de forma personalizada e onde a pessoa é eixo dos cuidados assistenciais, com participação ativa nos processos de comunicação e

tomada de decisões, assegurando o respeito pela sua autonomia, opiniões, valores e direitos. (SNS, 2021).

A prática dos CP baseia-se em princípios que se pautam pela afirmação dos direitos do doente, sendo determinados pela situação e necessidades do doente e não se destinam somente a doentes em agonia, o que torna o trabalho da equipa um intenso desafio diário pela mudança nos objetivos e prioridades dos cuidados a prestar e obriga a que os profissionais sejam detentores de conhecimentos científicos e técnicos atualizados, que permitam a resolução dos problemas detetados.

A base do cuidado prestado é uma mudança de atitude no planeamento dos cuidados uma vez que a pessoa é vista como um ser único, com uma doença que interfere na sua vida e na da sua família e não apenas como um “portador de uma doença” a resolver.

Existem níveis diferenciadores na prestação destes cuidados sendo a *Abordagem Paliativa* o nível mais básico, mas que deve estar presente no acompanhamento dos doentes em estruturas não especializadas em CP, integrando métodos e procedimentos usados em CP tais como medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo de sintomas e estratégias de comunicação, entre outras. Por ser uma necessidade presente em todo o sistema de saúde os profissionais de saúde, independentemente do seu local de trabalho, devem possuir formação pré-graduada em CP, no sentido de serem capacitados para a identificação precoce dos doentes com necessidades do foro paliativo, de forma a encaminhar os casos mais complexos para outro nível de diferenciação. (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021)

Os *Cuidados Paliativos Generalistas* são cuidados prestados por profissionais que trabalham em áreas em que a prevalência de doentes com doença incurável e progressiva é alta, como por exemplo os cuidados de saúde primários (CSP) e alguns serviços hospitalares (Oncologia, Medicina Interna, Hematologia...) e embora estes não façam dos CP o foco principal da sua atividade profissional, devem dispor de conhecimentos e competências mais avançadas nesta área, nomeadamente formação de nível intermédio obtida a nível pós-graduado. (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021)

Os *Cuidados Paliativos Especializados* são prestados por profissionais especializados em CP, em virtude da formação avançada que detém na área e realizam um acompanhamento clínico dos doentes e famílias com problemas de alto grau de complexidade; desenvolvem consultadoria aos profissionais dos outros níveis de diferenciação e articulam com as Universidades, Escolas de

Saúde e Centros de Investigação, com o objetivo de desenvolver o ensino, a investigação e a divulgação dos CP. (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021)

Uma equipa de CP não tem de trabalhar exclusivamente a nível hospitalar, podendo fazê-lo também a nível comunitário, mas sempre com o foco do respeito pelo momento da morte, contrariando a sua medicalização. Para os Paliativistas o planeamento dos cuidados ao doente é sempre feito com base no respeito pelo tempo de vida disponível e não com o foco no atraso ou antecipação do momento da morte.

Organização das Equipas de Cuidados Paliativos

Nas instituições do Serviço Nacional de Saúde, existem cinco tipologias de prestação de CP:

- *As Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)* que prestam cuidados especializados a doentes, que deles necessitam, no domicílio, assim como apoiam os seus familiares e cuidadores dos doentes. Disponibilizam igualmente aconselhamento especializado em unidades residenciais, unidades de cuidados continuados e outras equipas de saúde que prestam cuidados ao domicílio. Funcionam maioritariamente durante a semana, em horário laboral, havendo algumas equipas que possuem horário de acesso aos fins de semana.
- *As Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)* que disponibilizam aconselhamento especializado em cuidados paliativos e apoio ao doente internado, família e cuidadores no ambiente hospitalar e ainda dinamizam a componente da formação, interligando-se com outros serviços do hospital. O objetivo principal das EIHSCP é o alívio dos múltiplos sintomas e sofrimento dos doentes paliativos nas diferentes enfermarias/serviços do hospital através de consultoria, por forma a garantir o acesso a CP de forma precoce e atempada.
- *A Consulta Externa de Cuidados Paliativos* insere-se numa das valências do hospital, como resposta aos doentes em ambulatório, em funcionamento durante a semana, em horário laboral.
- *O Hospital de Dia de Cuidados Paliativos* insere-se numa das valências do hospital, maioritariamente durante a semana, em horário laboral. Permite a realização de intervenções mais invasivas, como administração de medicação endovenosa, transfusões de sangue,

drenagem de líquido ascítico ou realização de tratamento a feridas malignas.

- As *Unidades ou Serviços de Cuidados Paliativos* são serviços de internamento especializados, localizados dentro dos hospitais, que asseguram cuidados médicos e de enfermagem 24 horas, 7 dias por semana. Estas equipas dispõem de espaço físico independente e recursos próprios, onde colaboram também profissionais para além de Médicos e Enfermeiros, tais como assistentes operacionais, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, assistentes espirituais e voluntários. Têm como objetivo principal acompanhar os doentes com necessidades paliativas mais complexas, em situação de descompensação clínica ou emergência social, como seja a exaustão grave do cuidador.

Independentemente do local ou da equipa especializada que presta os cuidados, é sempre elaborado um plano individual de cuidados que visa dar resposta às necessidades do doente e família, sendo as intervenções executadas e alvo de posterior avaliação. (Capelas e Coelho, 2014)

Especificidades do Trabalho em Equipa em Cuidados Paliativos

O Trabalho em Equipa é a ação conjunta de um grupo de pessoas, em que cada uma subordina os seus interesses e opiniões individuais à unidade e eficiência do grupo. É tanto mais eficaz quanto mais os indivíduos contribuírem de forma harmonizada para o objetivo comum.

A equipa de cuidados paliativos deverá ser uma equipa interdisciplinar tendo por base as categorias profissionais de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social, acrescida de nutricionistas, assistentes espirituais, assistentes operacionais, fisioterapeutas, voluntários e outros profissionais (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021). Deverá ainda ter uma identidade coletiva, onde a partilha de informação é imperiosa para a concretização dos objetivos que foram delineados por todos, de acordo com as necessidades dos doentes e familiares.

Pretende-se que a equipa interdisciplinar preste cuidados interdimensionais centrados na experiência das disciplinas envolvidas de forma a apoiar melhor essa experiência sempre com o foco no alcance da amplitude do ser humano.

O nível de interação terá de ser elevado ao ponto de se atingir a transdisciplinaridade que decorre do desenvolvimento dos conhecimentos, da cultura e da complexidade humana.

Considerando que o papel da equipa de cuidados paliativos é enfatizar a vida e encorajar a esperança na pessoa que tem ao seu cuidado, os profissionais que a integram devem possuir competências específicas em resposta a estes pressupostos, sendo primordial que a inclusão na equipa se faça de forma voluntária e com elevada motivação.

Cada membro da equipa deve ter competências acrescidas nas seguintes áreas: Comunicação (entre pares, com o doente e com a família); Liderança; Gestão de conflitos; Educação (capacidade de realizar ensinamentos e investigar); Moral, ética e ser reflexivo; Flexibilidade; Colaboração; Responsabilidade (por si próprio e pelos outros); Eficácia; Estratégias de *coping* (Tetrault, 2012).

O sucesso de uma equipa depende de fatores relacionados com o respeito e a confiança entre pares, com um misto de interdependência sediada no apoio e suporte constante, onde a definição de papéis é clara e onde as metas são obrigatoriamente coletivas - *empowerment*, sem esquecer que cada elemento da equipa deve sentir reconhecimento pelos pares e assim contribuir para a sua realização pessoal e pelo orgulho de pertença (Tetrault, 2012).

Por outro lado, o inibidor a este sucesso está relacionado com a presença de Stress/*burnout*/formalidade e ambiente tenso, processos de luto e ansiedade, existência de fronteiras, barreiras e territorialismo entre pares, conflitos entre interesses, fricção de papéis e competitividade, a imposição de um ponto de vista pela minoria, o sofrimento dos membros da equipa perante dilemas éticos, uma deficitária comunicação verbal, a falta de definição de papéis e funções pouco claras, a falta de recursos (humanos e materiais), a tomada de decisões difíceis ou prematuras, objetivos mal definidos ou mal compreendidos, falta de dedicação e de coresponsabilização, medo do ridículo e da crítica, existência de uma crítica personalizada e destrutiva e a ausência de análise do funcionamento da equipa (Tetrault, 2012).

Em equipa o problema de um é o problema de todos e o sucesso de um elemento da equipa tem de estar relacionado com o sucesso e a perfeição da equipa.

As estratégias para se trabalhar em Equipa passam pela necessidade de cada elemento ser flexível ao ponto de permitir que outros invadam seu próprio

campo sem se sentir ameaçado, com uma percepção clara da necessidade de respeito mútuo, confiança e coresponsabilidade.

Para além do reconhecimento por parte do doente, família, pares, instituição e sociedade são inúmeras as vantagens do trabalho em equipa, tais como a partilha de experiências e tomada de decisões por vezes difíceis, a possibilidade de colmatar a ausência de destreza ou dificuldades na comunicação, a possibilidade de eleger o profissional com maior relação com o doente e família, a promoção de apoio emocional entre pares, a prevalência da identidade grupal sobre a identidade dos indivíduos, a liderança compartilhada, a importância dada ao processo de interação e a confirmação de que todas as dimensões da vida e a experiência humana do doente são reconhecidas e focalizadas. Não menos importante é a possibilidade de participar na formação e aperfeiçoamento de competências de outros profissionais de saúde (Bernardo *et al*, 2016)

Tal como em outras áreas da ciência, a prestação de cuidados paliativos deve ser pautados por critérios de qualidade, os quais estão também definidos para o trabalho em equipa.

Como indicadores de processo estão definidos a existência de reuniões da equipa multidisciplinar; a avaliação inicial e regular das necessidades/problemas do doente e família ocorrer nas primeiras 48h após a admissão à equipa; a existência de plano terapêutico no processo clínico do doente nas primeiras 124h de admissão; a primeira avaliação deve ser realizada num prazo inferior a 48h, ou até 72h em caso de fim de semana; existência de uma reunião introdutória entre a equipa e o médico assistente do serviço referenciador, no sentido de assegurar a continuidade de cuidados; a existência de pelo menos duas reuniões/conferências familiares, de preferência na 1ª semana de admissão e na alta ou agonia; partilha na equipa dos objetivos, preferências, valores, diretivas antecipadas de vontade e informação clínica que assegure a continuidade de cuidados (Capelas, 2018).

No caso dos indicadores de estrutura, é essencial que a equipa seja multiprofissional, com formação e treino em CP; que haja a disponibilização de cuidados domiciliários ao doente e família, bem como equipamentos médicos de que necessitem; disponibilização de apoio de urgência/consultas/visitas não programadas, acessíveis 24h por dia, nos 7 dias da semana; as unidades de internamento devem possuir um espaço físico na sua estrutura, onde se possam realizar reuniões de equipa e com os familiares do doente; existência de um registo de reuniões entre equipa para planear, rever e discutir as experiências

de cuidados em fim de vida, com elaboração de uma ata; a existência de protocolos clínicos, de apoio emocional e familiar, entre outros; a existência de plano em prevenção de *burnout*; existência de um programa de formação e investigação; coordenação de recursos humanos (Capelas, 2018).

Considerando os indicadores de resultado, deve ser avaliada a satisfação dos doentes internados e sua família, tendo em conta a disponibilidade da equipa para falar com o doente e família (Capelas, 2018).

Pelo anteriormente descrito, podemos afirmar que trabalhar em equipa é um atributo indissociável na prestação de cuidados paliativos.

Bem-estar ocupacional dos profissionais em CP

O ambiente de trabalho e a natureza do trabalho influenciam significativamente a saúde dos profissionais, sendo que o aumento da investigação neste domínio corrobora cada vez mais a afirmação de que as organizações que priorizam a saúde e bem-estar dos seus profissionais possuem um melhor desempenho, com um aumento da satisfação dos doentes, maior qualidade na prestação de cuidados, melhores resultados, elevados níveis de retenção dos trabalhadores e baixos níveis de doença e absentismo (Boorman, 2009 citado por Center for Mental Health e Paparella, 2015).

Considerando a centralidade crescente do trabalho como fator influenciador da vida pessoal, a necessidade de estudar a temática da promoção do bem-estar no trabalho vai aumentando proporcionalmente à intenção de prevenir e reduzir os riscos psicossociais (Presidência do Conselho de Ministros, 2015; Pinho, 2015).

Está descrita como ameaça efetiva ao desenvolvimento dos serviços de cuidados paliativos, a possibilidade de existir a “desagregação da equipa” e o “*burnout* dos profissionais”, assumindo-se o trabalho em equipa e uma liderança segura como fatores-chave para ultrapassar os momentos de crise (Associação Nacional de Cuidados Paliativos, 2006).

Os possíveis conflitos intra equipa e entre profissionais resultam na maioria das vezes de desacordo relacionado com decisões terapêuticas, pela comunicação contraditória para a família por parte da equipa e instabilidade dos recursos humanos, maioritariamente decorrente da rotatividade das equipas. Não raramente são pedidas transferências de serviço que são recusadas ou mesmo não respondidos, o que leva a desalento do profissional.

As equipas de CP são também muito solicitadas para serem locais de ensino clínico, quer de estudantes do ensino pré-graduado quer pós-graduado, o que

acresce à equipa a necessidade de uma gestão emocional dos estudantes semelhante àquela que ocorre no momento de integração de novos profissionais no serviço.

Para ultrapassar as dificuldades acima descritas reforçam-se estratégias relacionadas com a comunicação e outras utilizadas pela equipa, permitindo a partilha de experiências e que podem ocorrer em reuniões, passagens de turno, através de grupos de autoajuda e grupos informais. A existência de um suporte psicológico diferenciado, a possibilidade de ajustar o plano de trabalho de acordo com as características do profissional e a aceitação tão célere quanto possível de mobilidade de serviço são igualmente respostas possíveis.

Por outro lado, o profissional de saúde deve ser capaz de estabelecer as suas próprias metas e motivações para trabalhar nesta área, cuidar de si mesmo e fomentar a sua vida privada, ser capaz de se questionar e compreender as suas frustrações, tendo noção dos autolimites e sendo capaz de se distanciar emocionalmente dos problemas dos doentes sem, no entanto, deixar de lhes prestar toda atenção que necessitam.

Os profissionais de saúde, por serem à partida profissionais dedicados à ajuda do outro, que por estar doente tem a sua vulnerabilidade mais acentuada, são mais afetos ao cansaço físico e mental, sendo o *Burnout* um fator a ter em consideração.

No sentido de ultrapassar as situações geradoras de sofrimento é fundamental que cada profissional aproveite os seus recursos internos e os da equipa para ultrapassar situações mais complexas. Mais uma vez a comunicação em equipa, o espírito aberto e a liderança podem ajudar a minimizar o risco de *Burnout*.

Se cuidar de pessoas com doença avançada e progressiva pode ser percecionado como stressante e desgastante, simultaneamente pode ser enriquecedor. Mas o facto da equipa ter que tomar decisões complexas acrescido por vezes de dificuldades em comunicar eficazmente com o doente e família por perspetivas diferentes da realidade, dificuldade na comunicação na equipa acrescido da falta de recursos, entre outros, são fatores a ter em atenção na prevenção deste cansaço físico e emocional dos profissionais, que os levam a ter uma elevada frequência de sintomas físicos, elevado stress emocional, diminuição da capacidade de trabalho e alteração dos afetos. Por outro lado, sabemos que os lutos profissionais repetidos, acumulados e não cuidados (Gomes, 2014) podem conduzir à instalação de medos relacionados com a própria morte, medo de causar dano ao doente, medo das reações emocionais

do doente e o medo de “ser absorvido pela grande implicação emocional” (Bernardo *et al*, 2016) que implica empatia pelo outro, que não deve em momento algum ser sobreponível ao “amor próprio”. Neste sentido e a propósito do Modelo de adaptação profissional ao trabalho com a morte de Harper (1997) e que compreende um período de 2 anos desde a integração na equipa à compaixão, fica claro que *“sendo um trabalho de risco deve ser desempenhado por vocação”* (Bernardo *et al*, 2016, p.903).

As estratégias de autocuidado, ajudam a prevenir e lidar com estes fatores geradores deste stress multidimensional e multifatorial – *burnout*, em que a equipa é o principal apoio, sem deixar para trás o investimento pessoal no amadurecimento individual, no equilíbrio pessoal e na valorização do que a vida nos dá – *“A área dos CP é por excelência, uma área onde existe um contacto muito íntimo com as dificuldades e emoções humanas. Por isso há que perceber esse privilégio e aprender a tirar partido das pequenas coisas de cada dia”* (Bernardo *et al*, 2016, p.904).

Trabalhar numa equipa de Cuidados Paliativos requer como já foi referido, uma capacidade pessoal acrescida de autogestão de emoções, onde o equilíbrio entre o trabalho e “fora do trabalho” deve estar sempre “em dia”. No artigo de Sansó *et al* (2015), a meditação e a prática espiritual foram identificadas como protetores contra a angústia dos profissionais de CP.

Em 2020 a Ordem dos Enfermeiros divulgou uma *checklist* para o regresso a casa que evidencia o quão importante é conseguirmos sair do local do trabalho conscientes que o que fizemos, fizemos bem e que a continuidade do trabalho será uma realidade pelos colegas que continuam o turno. Mas só isso não é suficiente, pelo que devemos reservar um momento para refletir sobre as vivências do turno, reconhecer o que foi difícil, perceber por que razão “foi difícil”, pensar sobre o que poderia ter sido feito para que fosse diferente, ter orgulho pelo que fez em equipa e sozinho, pensar nas coisas que correram bem, perceber como estão os colegas que ficam a trabalhar, tomar consciência como estamos pessoalmente e se não estivermos bem falar com a equipa ou com alguém significativo que nos compreenda e por fim....mudar o foco de atenção para a nossa casa e para os nossos....descansar e recarregar baterias.

Referências

Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). Organização de Serviços de Cuidados Paliativos: critérios de qualidade para unidades de cuidados paliativos. 19p. Acedido a 3/1/2023 em <https://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp->

content/uploads/filebase/qualidade/ANCP%20Critérios%20de%20qualidade%20para%20unidades%20de%20cuidados%20paliativos%282%29.pdf.

- Bernardo, A; Rosado, J e Salazar, H (2016) – Trabalho de Equipa. Manual de Cuidados Paliativos, 3º Ed, Núcleo de Cuidados Paliativos, centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISBN 978-9349-37-9
- Bernardo, A; Rosado, J e Salazar, H (2016) – Burnout e Autocuidados. Manual de Cuidados Paliativos, 3º Ed, Núcleo de Cuidados Paliativos, centro de Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ISBN 978-9349-37-9
- Capelas, ML; Coelho, P (2014) Pensar a organização de serviços de Cuidados Paliativos, Revista Cuidados Paliativos, 1(1), 17-26, Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.
- Capelas, M. L., Simões, A. S., Teves, C., Durão, S., Coelho, S., da Silva, S. C., Silva, A., & Afonso, T. (2018). Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal. *Cadernos De Saúde*, 10(2), 11-24. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7245>
- Centre for Mental Health; Paparella, G. (2015). Understanding staff wellbeing, its impact on patient experience and healthcare quality. Picker Institute Europe: England, 20p. Disponível em <http://www.picker.org/wp-content/uploads/2015/06/2015-06-10-StaffWellbeingBriefing.pdf>.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2021). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) 2021 – 2022. Acedido a 15/1/2023 em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf.
- Gomes, S. (2014). O luto em enfermeiros expostos à morte dos doentes: a realidade do IPOCFG, E.P.E. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 118p. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/78489/2/34556.pdf>
- Pinho, R. (2015). *Fatores de risco/riscos psicossociais no local de trabalho*. Programa Nacional de Saúde Ocupacional da Direção Geral da Saúde. 32p.
- Presidência do Conselho de Ministros. Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2015 -2020 – «Por um trabalho seguro, saudável e produtivo» (ENSST 2015 -2020). Diário da República, 1.ª série – N.º 183 – 18 de setembro de 2015. Resolução do Conselho de Ministros n.º 77/2015.
- Portal da Saúde. 2021. Acedido a 21/1/2023 em (<https://www.sns.gov.pt/sns/cuidados-paliativos/>)

- Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. (2015). Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burn Out, and Coping with Death, *Journal of Pain and Symptom Management*. 50(2), 200-207. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013.
- Tetrault, A. 2012. The palliative care team-competences necessary for its success and factors that influence the team functionality. Thesis for Bachelor of Health Care Degree Program in Nursing. 72p. Acedido a 2/1/2023 em:

Gestão de contextos de trabalho saudáveis e envelhecimento

¹João Tavares, ²Liliana Sousa, ³Sara Guerra, & ⁴Tatiana Casado

¹Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro; RISE@CINTESIS

²Departamento de Educação e Psicologia, da Universidade de Aveiro; RISE@CINTESIS.

³Instituto Superior de Serviço Social do Porto; RISE@CINTESIS.

⁴Departamento de Filosofia e Serviço Social, da Universitat de les Illes Balears

O envelhecimento demográfico é um fenómeno mundial, evidente no crescimento no número e proporção de pessoas com 60+ anos (taxa de crescimento de cerca de 3% ao ano) relativamente aos restantes grupos etários. Os mais velhos em 2019 representavam 17% da população global (Organização das Nações Unidas [ONU], 2019). A Europa apresenta maior percentagem de população com pessoas com 60+ anos (25%) (ONU, 2019). Portugal não é exceção, sendo, atualmente, o 4º país mais envelhecido do mundo (ONU, 2019). Os dados provisórios dos censos 2021 (INE, 2021) indicam o aumento da população mais velha (65+ anos) e decréscimo da população mais jovem (<15 anos); e por cada 100 jovens, há 182 pessoas mais velhas. Estes dados mostram que, em Portugal, quase um quarto (23,4%) da população tem 65+ anos. No nosso país, os grupos etários dos 40 aos 60 anos são os mais representativos na pirâmide etária; ou seja, representam 64,04% da população e constituem a população em idade ativa. Considerando que a idade da aposentação se situa em torno dos 67 anos, os dados mostram que 8,6% da população com 65+ anos se mantém a trabalhar.

Os dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2018) indicam que as taxas de emprego dos trabalhadores mais velhos (50-74 anos) é de 44,8%, sendo o grupo etário dos 50-54 anos o que apresenta maior empregabilidade (74,8%). Os adultos mais velhos (65+ anos) têm aumentado a participação na força de trabalho e, tudo indica, deverão permanecer a trabalhar por mais tempo. A tendência de prolongamento do tempo de vida e da atividade produtiva é uma realidade que passa a fazer parte dos planos individuais, decorrendo de opção de vida, ou de necessidade económica. Além disso, está enquadrada pela regulamentação legal em que a idade de aposentação está indexada à evolução da esperança média de vida, resultando num progressivo aumento da idade de aposentação (estima-se que atinja os 68 anos em 2050) (Guimarães, 2012).

Genericamente, assume-se que os trabalhadores mais velhos representam os grupos etários dos 40 aos 65 ou mais anos, embora não exista

consenso na literatura e esteja dependente das organizações e normas legislativas de cada país. Poscia e colegas (2016) consideram que, no setor do mercado de trabalho, as pessoas com 45+ anos geralmente já são consideradas “trabalhadores mais velhos”. O Departamento de Trabalho dos Estados Unidos da América considera os 55+ anos, embora as proteções legais associadas à idade comecem aos 40+ anos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define trabalhadores mais velhos como as pessoas com 45+ anos, pois esta idade está associada ao início de alterações físicas e cognitivas comuns no envelhecimento (OMS, 1993).

Assistimos a um momento de viragem no mercado de trabalho, caracterizado pelo aumento do número de trabalhadores mais velhos e com idade cada vez mais avançada. Também se assiste a maior diversidade etária, em que passamos a ter empresas/organizações com trabalhadores com idades muito diferentes a trabalhar no mesmo espaço (pessoas de 20 e poucos anos e pessoas com mais de 60). Contudo, o mercado de trabalho não parece preparado para uma adequada gestão do trabalhador mais velho. Por um lado, as orientações das políticas públicas de emprego apontam no sentido da promoção da igualdade de oportunidades entre os trabalhadores e o incentivo ao prolongamento da vida ativa (atitude positiva). Por outro, as práticas seguidas pelas empresas em matéria de gestão de recursos humanos parecem seguir outra orientação, criando de forma direta ou indireta, barreiras etárias que penalizam os trabalhadores mais velhos, associado ao que na literatura se tem designado *ageism* ou “idadismo”. O idadismo pode ocorrer por parte dos empregadores, colegas e do próprio trabalhador mais velho, e pode ter importante reflexo na produtividade, saúde e bem-estar dos trabalhadores.

O Idadismo e o local de trabalho

O idadismo é um fenómeno social multifacetado, definido como estereótipo, preconceito e discriminação dirigida contra outros ou contra si com base na idade (Officer & de la Fuente-Núñez, 2018). A OMS (2022) argumenta que o idadismo pode apresentar três níveis de manifestação: institucional, interpessoal e contra si próprio. Estes níveis podem estar interrelacionados, mas iremos aqui analisar o idadismo institucional no contexto laboral, que está relacionado com as ideologias que as instituições fomentam para justificar o idadismo, e se podem expressar por “leis, regras, normas sociais, políticas e práticas institucionais que restringem injustamente as oportunidades e prejudicam sistematicamente indivíduos com base na idade” (OMS, 2022, p. 4). Este idadismo (explícito ou implícito) pode refletir-se nos estereótipos em relação ao trabalho (tabela 1), que podem variar em função do contexto e da

cultura, bem como da idade da pessoa que está a ser idadista (e.g. empregador, colegas de trabalho).

Tabela 1 - Estereótipos em relação às pessoas mais jovens e mais velhas no local de trabalho

	Mais jovens	Mais velhos
POSITIVOS	Enérgicos	Confiáveis
	Ambiciosos	Dedicados
	Conhecedores das tecnologias	Experientes
	Trabalham duro (meia-idade)	Trabalhadores
		Socialmente hábeis
NEGATIVO		Bons mentores e líderes
		Capazes de lidar com mudanças
	Narcisistas	Incompetentes ou improdutivos
	Desleais	Desmotivados
	Acham-se com direito a tudo	Resistentes a mudanças
	Preguiçosos	Difíceis de treinar e incapazes de aprender
	Desmotivados	Inflexíveis
	Facilmente distraídos	Tecnologicamente incompetentes

Fonte: OMS (2022), Relatório Mundial sobre o idadismo

O idadismo institucional é relevante sobretudo porque pode legitimar a exclusão do trabalhador com base na sua idade e/ou em suposições associadas à idade (cf. Tabela 1). Embora possa não ser explícito, pode haver disparidades no local de trabalho entre as faixas etárias. Por exemplo, a atribuição de tarefas ou cargos, podem ser diferentes consoante a idade, contribuindo para diferenças (muitas vezes injustificadas) entre os trabalhadores de diferentes grupos etários (e.g. atribuição de cargos ou tarefas relacionadas ao uso de tecnologias). Este idadismo pode estar presente nas práticas de contratação, verificando resistência dos empregadores em recrutar adultos mais velhos (Harris et al., 2017). A OCDE (2018) indica que o desemprego (11%) e o desemprego de longa duração (75,8%) em Portugal no grupo etário dos 55-64 anos podem decorrer do idadismo institucional na contratualização de trabalhadores.

Diferentes estudos de revisões sistemáticas (Bertolino et al., 2013; Poscia et al., 2016; Waschenko et al., 2017) reportam aspetos negativos transversais relativos a trabalhadores mais velhos, nomeadamente: i) baixa *performance* (menor capacidade física e mental); ii) resistência à mudança; iii) incompetência tecnológica; iv) mais custos (e.g. associados a ausência por doença e falta de

formação); v) menor capacidade para aprender; vi) menor competência e complacência para participar na formação. Porém, são igualmente referidas características positivas, nomeadamente: i) confiança; ii) compromisso com as tarefas; iii) cordialidade; iv) esforço; v) mais experiência; vi) competência social e comportamentos de cidadania organizacional (promotores de funcionamento de organizações eficazes) (Bertolino et al., 2013; Poscia et al., 2016; Waschenko et al., 2017).

O idadismo pode ocorrer nas diversas etapas da vida laboral: permanência no emprego, demissão, ou processo de transição para a reforma. Estudos de revisão sistemática têm evidenciado a menor probabilidade de contratualização de trabalhadores mais velhos em relação a grupos etários mais jovens (Chang et al., 2020), na progressão da carreira e avaliação de desempenho (Bal et al., 2011). Estes problemas podem ser condicionados por outras variáveis, nomeadamente, competências diferenciadas, necessidade de treino/preparação e uso de tecnologias ou mudanças tecnológicas. Além disso, os trabalhadores que recebem *feedback* mais negativo sobre o seu desempenho profissional, comparativamente com aqueles com *feedback* mais positivo, manifestam vontade de se reformar mais cedo (Gaillard & Desmette, 2010).

A discriminação dos trabalhadores mais velhos pode manifestar-se de forma direta (através de tratamento menos favorável, por exemplo a exclusão de formação sobre determinada área); indireta (normalmente não intencional, por exemplo o não recrutamento de trabalhadores mais velhos para um determinado sector do mercado de trabalho (e.g. empresas de tecnologia, serviços de ginásio); assédio (através de uma conduta indesejada relacionada com a idade (e.g. comentários depreciativos e insultuosos em relação ao trabalhador “esta empresa precisa de sangue novo”); e vitimização (e.g. através da exclusão do trabalhador mais velho ou negando o seu acesso a promoções, e/ou despedimento com base em alegação idadista) (Advisory, Conciliation and Arbitration Service, 2019). No entanto, em Portugal, o artigo 22.º do Código do Trabalho previne a discriminação com base na idade nos locais de trabalhos.

Os reflexos do idadismo institucional, potenciados pelas organizações que podem condicionar o envolvimento dos trabalhadores mais velhos, contribuem para ambiente de trabalho desfavoráveis que podem limitar o envelhecimento saudável dos trabalhadores. O prolongamento da vida no trabalho só pode ser concretizável se acompanhada por aposta efetiva na melhoria das condições de trabalho e emprego dos trabalhadores mais velhos, e que pode ser traduzida nas seguintes proposições teóricas (cf. Ferreira, 2015):

- A concretização do prolongamento da vida ativa carece do compromisso efetivo das empresas e da sua tradução em termos de uma política de recursos humanos que integre a gestão do envelhecimento e dos seus ativos mais envelhecidos no seu quadro de atuação;
- Garantir a promoção da igualdade de oportunidades entre todos os trabalhadores e a possibilidade de um prolongamento da atividade profissional digna e com condições de trabalho ajustadas às necessidades e capacidades da força de trabalho.

Gestão do local de trabalho e envelhecimento saudável

O crescente número de trabalhadores com idade mais avançada, o aumento progressivo da idade de reforma (66 anos e sete meses) e o decréscimo da população jovem, podem representar uma vantagem para as organizações, desde que estejam preparadas para esta mudança demográfica. As políticas públicas de emprego e aposentadoria e as práticas corporativas costumam estar intimamente ligadas à idade dos trabalhadores, e não à sua capacidade real de trabalho e necessidades individuais (Pestana, 2003). Assim, apesar dos adultos mais velhos estarem agora mais saudáveis e com melhor educação, o seu talento permanece, frequentemente, subutilizado e esquecido. Deste modo, implementar mudanças que permitam a estes trabalhadores usufruir de condições ajustadas às suas capacidades funcionais é um dos requisitos essenciais para que o local de trabalho seja seguro e amigo de todos os trabalhadores, em especial, daqueles com idade mais avançada.

O envelhecimento saudável foi adotado pela OMS no seu plano estratégico para o desenvolvimento sustentável 2030, sendo definido como um processo de desenvolvimento e manutenção da habilidade funcional que aumenta o bem-estar das pessoas mais velhas (2021). Deste modo, o envelhecimento saudável resulta da interação entre a capacidade intrínseca do indivíduo e o ambiente social e físico que o rodeia (2021). A capacidade intrínseca é a soma de todas as capacidades físicas e mentais que uma pessoa pode utilizar em qualquer momento. Estas incluem herança genética, características pessoais (tais como sexo, grupo étnico) e uma multiplicidade de características de saúde incluído doenças, lesões, alterações fisiológicas e psicológicas decorrentes do processo de envelhecimento. Entre as características dos trabalhadores mais velhos podem evidenciar-se as alterações na capacidade: i) sensorial (presbiopia e presbiacusia), ii) muscular (alterações no equilíbrio, força e flexibilidade), iii) aeróbica (diminuição da capacidade vital), iv) de resposta (aumento do tempo e

velocidade de reação) e v) imunitária (imunofragilidade). Estas alterações podem representar uma mudança no perfil dos trabalhadores, manifestada pela menor capacidade intrínseca da pessoa. Os locais de trabalho em conjunto com a saúde ocupacional precisam de implementar intervenções que permitam manter a capacidade intrínseca dos trabalhadores mais velhos, nomeadamente: i) função musculoesquelética, mobilidade e vitalidade; ii) capacidade sensorial; e iii) promoção do desempenho cognitivo e bem-estar psicológico.

O ambiente inclui todos os fatores físicos e sociais que constituem o mundo que rodeia as pessoas, incluindo as acessibilidades, relacionamentos, atitudes e valores, sistemas e políticas de saúde e de apoio social, e serviços. Neste sentido, considerando que grande parte da vida é passada no local de trabalho, os ambientes dos contextos de trabalho devem implementar medidas de proteção e segurança dos trabalhadores, tais como saúde ocupacional, prevenção de acidente de trabalho e prevenção de doenças e/os lesões.

A capacidade funcional resulta da capacidade individual intrínseca, fatores ambientais relevantes, assim como das interações entre o indivíduo e esses fatores, para que as pessoas se sintam saudáveis, permitindo-lhes ser e fazer o que valorizam. Deste modo, apesar de algumas alterações na capacidade intrínseca, ambientes de trabalho seguros e amigos dos trabalhadores mais velhos (e.g. ergonomia, higiene e segurança industrial, programas de saúde, flexibilidade) podem potenciar a capacidade funcional de todos os trabalhadores, incluindo os mais velhos.

Os contextos de trabalho, ao promoverem um envelhecimento saudável, promovem a qualidade de vida dos seus trabalhadores. De facto, diversas mudanças podem ocorrer durante a vida laboral, em resultado de diferentes causas internas ou externas ao trabalhador. Ou seja, podemos ter dois trabalhadores com a mesma idade cronológica, mas que podem diferir na sua capacidade funcional, saúde, *performance* laboral e motivação. Quatro importantes aspetos do envelhecimento podem contribuir para a compreensão desta realidade (Baltes et al., 2006; Sigelman & Rider, 2015):

- O processo de envelhecimento é multidirecional e envolve perdas e ganhos. Os trabalhadores podem apresentar perdas na sua condição física (normalmente depois dos 40 anos), mas podem ter mais experiência e “sabedoria”, pelo que as organizações devem compreender estas “trajetória de mudança” no sentido de otimizar os locais de trabalho para que os trabalhadores sejam capazes de desempenhar a elevado nível.

- O processo de envelhecimento é caracterizado pela plasticidade física e cognitiva, o que possibilita que os trabalhadores mais velhos se possam adaptar à mudança, e o ambiente ou práticas organizacionais podem potenciar as suas capacidades.
- O processo de envelhecimento é multidimensional (e.g. biológica, cognitiva e socio emocional) e pode ser influenciado pelo ambiente laboral. Deste modo, a multidimensionalidade é importante para compreender a conceção de um ambiente de trabalho que incentiva o envelhecimento saudável.
- O processo de envelhecimento é contextual, isto é, as alterações do processo de envelhecimento dos trabalhadores não ocorrem no vácuo. No caso do local de trabalho, natureza do trabalho e como é estruturado, o tipo de relacionamento que um indivíduo desenvolve e eventos específicos do trabalho (por exemplo, progressão na carreira, prevenção de invalidez, aposentadoria) podem desempenhar papel importante no envelhecimento saudável. Para além disso, trabalhadores de diferentes coortes foram influenciados por fatores históricos, económicos e culturais diferentes. Atualmente, verifica-se que existem pelo menos três gerações a trabalhar em conjunto (Baby Boomers, geração X, Millennials), o que origina diversidade geracional nas organizações (The National Institute for Occupational Safety and Health, 2015). A intergeracionalidade no local de trabalho, pode representar expectativas diferentes em relação ao trabalho, que pode implicar comportamentos diversos entre as diferentes coortes de trabalhadores. Tal pode ter implicações no contexto de trabalho nomeadamente no treino, motivação do trabalhador, uso de tecnologia, recrutamento, liderança, estratégias de comunicação e trabalho em equipe. Deste modo, os locais de trabalho devem desenvolver programas e políticas amplos para atender às necessidades de todos os trabalhadores ao longo da vida profissional e que possam contribuir para o bem-estar, potenciar as habilidades, conhecimentos e promover um envelhecimento saudável para todas as gerações.

Em síntese, o processo de envelhecimento é complexo e ocorre em diferentes dimensões da vida dos trabalhadores (incluindo no local de trabalho). Deste modo, ambientes de trabalho que potenciem a capacidade intrínseca dos trabalhadores, promovam um ambiente seguro e respondam às necessidades dos seus trabalhadores (em especial, dos mais velhos), terá importante reflexo na capacidade funcional, que se pode expressar em melhores resultados para os trabalhadores e organizações. Sabendo que grande parte do processo de

envelhecimento ocorre durante a vida ativa e que as mudanças do envelhecimento podem ser otimizadas através de intervenções que promovam a capacidade intrínseca e o ambiente laboral, as organizações podem implementar estratégias para um envelhecimento saudável dos seus trabalhadores.

Contextos de trabalho saudáveis e envelhecimento

Com o aumento dos trabalhadores mais velhos, estratégias de proteção (e.g. leis, normas) e promoção da saúde, bem como, prevenção de doenças no local de trabalho tornam-se mais necessárias para manter e/ou incrementar a capacidade funcional e a qualidade de vida dos trabalhadores. Nesta perspetiva, o Centro Europeu para o Desenvolvimento da Formação Profissional (CEDEFOP, 2013) reforça a importância de as organizações, em especial, as equipas de saúde ocupacional, implementem programas de saúde preventiva dirigidos aos trabalhadores, em especial aquelas com idade mais avançada, para promover a saúde física, mental e social. Neste sentido, referem dois aspetos essenciais para que possam existir contextos de trabalho seguros e saudáveis:

- i. Apostar em condições que favoreçam a permanência dos trabalhadores nos locais de trabalho (e.g. desenvolver ambiente de trabalho amigável das pessoas mais velhas), que permitirá maior retenção de trabalhadores mais velhos, se refletirá na maior diversidade de grupos etários, estando na base de um contacto intergeracional. Kaplan e colegas (2017) consideram que as organizações podem beneficiar deste contacto, nomeadamente: contribuir para manter os conhecimentos e competências especializadas, permitindo aproveitar as potencialidades individuais de pessoas de diferentes gerações (e.g. competências técnicas das gerações mais jovens na área das novas tecnologias) e contribuir para reduzir o idadismo. A interação entre gerações, bem como as intervenções educacionais, demonstraram ser eficientes na redução do idadismo direcionado aos mais velhos (OMS, 2022). As organizações ao promoverem um contacto intergeracional terão vantagens decorrentes de um contexto de trabalho mais amigável e produtivo, bem como, contribuir para diminuir o idadismo.
- ii. Criar oportunidades de emprego para as pessoas consideradas “velhas demais para trabalhar” e “novas demais para a reforma”. Deste modo, os contextos de trabalho podem ser dinâmicos e com capacidade de

ajustamento à capacidade funcional e competências destes trabalhadores mais velhos (CEDEFOP, 2013).

Como fica patente, as alterações demográficas e sociais são uma oportunidade para mudanças nas organizações e no mercado de trabalho. Estima-se que em 2040, a maioria dos trabalhadores tenha 45+ anos (Cepellos & Tonelli, 2017), por isso tem emergido o conceito de gestão da idade do trabalhador mais velho, que se refere “à construção e implantação de práticas no ambiente de trabalho que visem a manutenção das atividades de trabalhadores com idade a partir de 45 anos, de forma saudável e produtiva” (Pedro et al., 2020 p. 194). Esta gestão visa mitigar os efeitos das alterações decorrentes do processo de envelhecimento, em especial, na capacidade intrínseca e funcional. Contudo, a “gestão da idade” não tem sido considerada uma prática prioritária para as organizações, verificando-se falta de interesse dos empregadores na busca de práticas eficazes, como trabalho flexível, ergonomia e mudança de atitudes organizacionais (Cepellos & Tonelli, 2017). Um estudo de revisão integrativa (n=11 estudos) sobre a gestão da idade do trabalhador mais velho identificou as seguintes práticas: promoção da saúde no trabalho (e.g. saúde ocupacional e implementação de programa de saúde em áreas como a nutrição, atividade física, suporte psicológico), saída do emprego e transição para a reforma (e.g. programas de preparação para a reforma), transferência de conhecimento, formação ao longo da vida, desenvolvimento da carreira, práticas de trabalho com horários flexíveis e segurança no trabalho (e.g. prevenção de riscos ocupacionais) e gestão da saúde. (Pedro et al., 2020). A adoção destas práticas pode representar uma estratégia de gestão que irá promover o ambiente de trabalho seguro e saudável para os trabalhadores mais velhos. Os empregadores podem beneficiar desta gestão da idade na medida que podem reduzir acidentes de trabalho e doenças profissionais, reter trabalhadores experientes, reduzir o *turnover* e reduzir custos na contratação e formação (Pedro et al., 2020).

Para além da gestão da idade é importante considerar os ambientes de trabalho, pois é da sua interação com a capacidade intrínseca que resulta a capacidade funcional dos trabalhadores. O ambiente de trabalho deve evoluir para ser “amigo dos trabalhadores mais velhos”, pois irão beneficiar este grupo de trabalhadores e todos jovens os outros, que, entretanto, irão envelhecer durante a sua vida laboral. Seguidamente apresentam-se algumas estratégias de um ambiente de trabalho mais saudável e “amigo dos trabalhadores mais velhos” (Heisler & Bandow, 2018; The National Institute for Occupational Safety and Health, 2015):

- Priorizar a flexibilidade no local de trabalho;
- Combinar tarefas com habilidades dos trabalhadores, promovendo um trabalho individualizado;
- Evitar trabalho prolongado e sedentário (promover a possibilidade de mobilidade e atividade física, evitando que os trabalhadores fiquem sentados o dia todo);
- Explorar refinamentos ergonómicos e modificações no design dos locais de trabalho que se ajustem as alterações associadas à idade dos trabalhadores;
- Gestão do risco, tais como ruído, acidentes físicos, que representam desafios maiores e com impactos mais negativos à medida que os trabalhadores envelhecem. Podem contribuir para o surgimento de doenças ou incapacidade na idade adulta que irão refletir-se em maior morbidade na velhice com impactos significativos no bem-estar e qualidade de vida;
- Utilizar estratégias de trabalho em equipa para encontrar soluções para os problemas associados a idade, enfrentados pelos trabalhadores mais velhos. Estes trabalhadores, ao vivenciarem alguns desses problemas, podem estar mais preparados para encontrar soluções;
- Implementar intervenções de promoção da saúde e estilo de vida saudáveis, incluindo atividade física, alimentação saudável, cessação tabágica, redução e triagem de fatores de risco. Dados do *Centers for Disease Control and Prevention* (USA) indicam que 157 milhões de trabalhadores poderiam ser abrangidos por programas de promoção na saúde no local de trabalho. Contudo, apenas 36% dos locais de trabalho têm programa de promoção para a saúde (Centers of Disease Control and Prevention, 2022). Intervenções de promoção da saúde com base no modelo salutogénico e com design participativos, podem permitir modificação dos estilos de vida, mesmo que a intervenção não seja implementada nos locais de trabalho (Magnavita, 2018);
- Gerir as doenças crónicas dos trabalhadores. Estima-se que aproximadamente 75% dos trabalhadores com 55+ anos tenham pelo menos uma doença crónica que requer a gestão (The National Institute for Occupational Safety and Health, 2015). Entre as doenças crónicas mais prevalente destaca-se a hipertensão arterial, artrite e diabetes mellitus. Estas doenças podem ter implicações na capacidade física dos trabalhadores, podem significar maior absentismo quando a pessoa de sente doente e mais presenteísmo quando está doente, mas se encontra a trabalhar;

- Investir na formação e desenvolvimento de habilidades e competências dos trabalhadores em todas as faixas etárias, em especial, no uso de novas tecnologias que representa uma área de preocupação para empregadores e trabalhadores mais velhos;
- Gerir proactivamente o processo de retorno ao trabalho após ausências por doença ou lesão, de forma que estes trabalhadores possam sentir-se seguros e integrados.

À medida que as pessoas estendem cada vez mais as suas vidas profissionais, é crucial promover o desenvolvimento contínuo das suas competências ao longo das suas carreiras. Manter as habilidades ao longo do ciclo de vida através da aprendizagem e formação ao longo da vida melhora o desempenho organizacional - fornecendo uma força de trabalho qualificada, sustentando a produtividade e a eficiência, construindo a plataforma para inovação e aumentando a motivação dos funcionários.

Em 2018, o relatório *Becoming an age-friendly employer* destaca três áreas de boas práticas para um ambiente de trabalho amigo dos adultos mais velhos, tendo por base a premissa de que os mercados de trabalho precisam de ter uma cultura mais aberta, inclusiva e positiva em relação aos benefícios da “diversidade etária” para que tenhamos uma força de trabalho preparada para os desafios atuais e de futuro (Smeaton & Parry, 2018).

1. Mobilizar

- Estratégias de diversidade e inclusão
- Eliminar a discriminação com base na idade (nos processos de recrutamento e contratação)
- Planeamento estratégico da força de trabalho
- Oferecer programas de formação
- *Engagement*
- Programas de reforma (e.g., aconselhamento, *coaching*; flexibilidade).

2. Manter

- Opções de trabalho flexíveis
- Apoiar a saúde e o bem-estar dos trabalhadores

3. Maximizar

- Rever, regularmente, aptidões e competências, assim como a capacidade para tarefas atuais e futuras;
- Promover oportunidades de aprendizagem;

- Aprendizagem em grupo/mentoria.

Hoje, tal como no futuro, os locais de trabalho têm e terão uma elevada proporção de trabalhadores mais velhos, decorrente do aumento da esperança de vida, escassez de trabalhadores e aumento da idade da reforma. Isto significa que muitas pessoas querem e vão continuar a trabalhar. A idade representará um importante fator na gestão de recursos humanos; carreiras melhores e mais longas são necessárias para suportar e financiar o aumento da longevidade nos países desenvolvidos (Harris et al., 2017). Pensar os locais de trabalho na perspetiva do envelhecimento implica a adoção de políticas e intervenções que asseguram que os anos vividos a trabalhar sejam saudáveis, sendo isso possível através de um ambiente de trabalho amigável e seguro para trabalhadores mais velhos potenciam a sua capacidade funcional. O envelhecimento saudável dos trabalhadores é uma necessidade e não uma opção que possamos adiar para as próximas décadas. A criação de uma sociedade verdadeiramente inclusiva requer que haja oportunidades de trabalhar, que os indivíduos possuam os recursos necessários para desenvolver as suas competências para trabalhar e que, uma vez a trabalhar, sejam tratados de um modo justo e equitativo (Sweet & Meiksins, 2008).

Referências

- Advisory, C. and A. S. (2019). *Age discrimination: key points for the workplace*. <https://www.acas.org.uk/acas-guide-on-age-discrimination>
- Bal, A. C., Reiss, A. E. B., Rudolph, C. W., & Baltes, B. B. (2011). Examining Positive and Negative Perceptions of Older Workers: A Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66B(6), 687–698. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr056>
- Baltes, P.B., Lindenberger, U., & Staudinger, U.M. (2006). Life-span theory in developmental psychology. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology*. Vol. 1: *Theoretical models of human development* (6th ed., pp. 569–664). Wiley.
- Bertolino, M., M. Truxillo, D., & Fraccaroli, F. (2013). Age effects on perceived personality and job performance. *Journal of Managerial Psychology*, 28(7/8), 867–885. <https://doi.org/10.1108/JMP-07-2013-0222>
- Brandão Guimarães, I. (2012). Os idosos em um contexto de trabalho e disposições renovadas. *Mediações - Revista de Ciências Sociais*, 17(2), 108. <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2012v17n2p108>
- Centers of Disease Control and Prevention. (2022). *Workplace Health Promotion*.

- <https://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/factsheets/workplace-health.htm>
- Centro Europeu para o Desenvolvimento da Formação Profissional (CEDEFOP) (2013). Nota Informativa: Trabalhadores mais velhos – novas oportunidades. doi: 10.2801/19599.
- Cepellos, V., & Tonelli, M. J. (2017). Envelhecimento profissional: percepções e práticas de gestão da idade. *Revista Alcance*, 24(1), 004.
<https://doi.org/10.14210/alcance.v24n1.p004-021>
- Chang, E.-S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S.-Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLOS ONE*, 15(1), e0220857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>
- European Agency for Safety and Health at Work, Belin, A., Dixon, K., Davis, A. (2017). *The ageing workforce : implications for occupational safety and health : A research review*. Publications Office. <https://doi.org/doi/10.2802/646283>
- Ferreira, P. (2015). *A gestão do envelhecimento no trabalho: políticas, actores e estratégias para um prolongamento efectivo da vida activa* [Tese de Doutoramento,, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do ISCTE.<https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/11542>
- Gaillard, M., & Desmette, D. (2010). (In)validating Stereotypes About Older Workers Influences Their Intentions to Retire Early and to Learn and Develop. *Basic and Applied Social Psychology*, 32(1), 86–98.
<https://doi.org/10.1080/01973530903435763>
- Harris, K., Krygsman, S., Waschenko, J., & Laliberte Rudman, D. (2017). Ageism and the Older Worker: A Scoping Review. *The Gerontologist*, gnw194.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnw194>
- Heisler, W., & Bandow, D. (2018). Retaining and engaging older workers: A solution to worker shortages in the U.S. *Business Horizons*, 61(3), 421–430.
<https://doi.org/10.1016/j.bushor.2018.01.008>
- Instituto Nacional de Estatísticas. (2021). *Censos 2021 - Resultados provisórios*. https://ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- Magnavita, N. (2018). Obstacles and Future Prospects: Considerations on Health Promotion Activities for Older Workers in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1096.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15061096>
- Officer, A., & de la Fuente-Núñez, V. (2018). A global campaign to combat ageism. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(4), 295–296.
<https://doi.org/10.2471/BLT.17.202424>

- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2018). *Key policies to promote longer working lives. Country note 2007 to 2017*. www.oecd.org/els/employment/olderworkers
- Organização das Nações Unidas. (2019). *Envelhecimento*. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2018). *Key policies to promote longer working lives. Country note 2007 to 2017, Portugal*. www.oecd.org/els/employment/olderworkers
- Pedro, D. R. C., Fracasso, N. V., Costa, R. G., Rossaneis, M. Â., Aroni, P., & Haddad, M. do C. F. L. (2020). Age management practices toward workers aged 45 years or older: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Medicina Do Trabalho*, 18(02), 194–202. <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2020-536>
- Pestana, N. (2003). *Trabalhadores mais velhos: políticas públicas e práticas empresariais. Cadernos de emprego e relações de trabalho*. Direcção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho, Ministério da Segurança Social e do Trabalho
- Poscia, A., Moscato, U., La Milia, D. I., Milovanovic, S., Stojanovic, J., Borghini, A., Collamati, A., Ricciardi, W., & Magnavita, N. (2016). Workplace health promotion for older workers: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 16(S5), 329. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1518-z>
- Sigelman, C.K., & Rider, E.A. (2015). *Life-span human development* (8th ed.). Cengage Learning.
- Smeaton D. & Parry J. (2018). *Becoming an age-friendly employer: evidence report*. Centre for Ageing Better. <https://ageing-better.org.uk/sites/default/files/2018-09/Becoming-age-friendly-employer.pdf>
- Sweet, S., & Meiksins, P. (2008). *Changing Contours of Work: Jobs and Opportunities in the New Economy*. Pine Forge Press.
- The National Institute for Occupational Safety and Health. (2015). *Productive aging and work*. <https://www.cdc.gov/niosh/topics/productiveaging/safetyandhealth.html>
- Waschenko, J., Harris, K., Krygsman, S., & Laliberte Rudman, D. (2017). Ageism and the Older Worker: A Scoping Review. *The Gerontologist*, 58(2), e1–e14. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw194>

World Health Organization. (1993). *Aging and working capacity : report of a WHO study group [meeting held in Helsinki from 11 to 13 December 1991]* (WHO Technical Report Series ; 835). World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/36979>

World Health Organization. (2022). *Relatório mundial sobre o idadismo*. Pan American Health Organization.
<https://doi.org/10.37774/9789275724453>

Enquadramento legal em ambiente laboral - Análise crítica à legislação portuguesa na área da Segurança e Saúde no Trabalho, Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais

“Eis que, ao contratar um par de mãos, recebi um ser humano” Henry Ford

¹Márcia Lemos & ²Miguel Pereira Leite

¹Instituto CRIAP

²Instituto Politécnico de Bragança

Resenha histórica

Ao longo do tempo os instrumentos legais na área da segurança e saúde no trabalho (SST) têm procurado garantir contextos de trabalho seguros e saudáveis. Este continua a ser um desafio nos dias de hoje no sentido de se poder lidar eficazmente com os riscos que subsistem num mundo laboral em constante devir.

O investimento na SST e a melhoria da legislação nesta área pode contribuir para que sejam alcançados os objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável promovida pela Organização das Nações Unidas, nomeadamente na promoção do bem-estar das pessoas de todas as idades, no crescimento económico inclusivo e sustentável e no emprego e trabalho digno para todos (Organização Internacional do Trabalho [OIT], 2019).

Os sistemas de segurança e saúde no trabalho precisam de estar estruturados solidamente na legislação nacional que vai evoluindo com as constantes transformações no mundo do trabalho.

A evolução histórica da segurança e da saúde do trabalho em Portugal, pode ser caracterizada pelas seguintes fases:

a que ocorre desde final do século XIX à primeira metade do século XX em que assistimos à regulamentação inicial das condições de trabalho em atividades mais perigosas, à criação de corpos de inspeção específicos para controlo de aplicação da regulamentação, à alteração de regime da duração do trabalho, condições de trabalho nos estabelecimentos industriais, sistema de reparação de acidentes de trabalho e regulamento de segurança nos trabalhos da construção civil. Depois, nas décadas de 60 e 70 a crescente Influência da OIT, com desenvolvimento legislativo e criação de instituições. Surge também a gestão da segurança e saúde do trabalho nas

organizações prestadoras de serviços, a análise do setor da construção industrial em Portugal (...). A década de 80 traz-nos a Influência europeia, marcada pela OIT que se traduz nas diretivas europeias na legislação no âmbito de riscos específicos, na Convenção 155 (relativa à segurança, à saúde dos trabalhadores e ao ambiente de trabalho). Finalmente, a partir do início na década de 90 do século XX que é determinado pela política europeia, o quadro normativo (legal) da segurança e saúde no trabalho é essencialmente o resultado da transposição das diretivas comunitárias. A Diretiva europeia (Diretiva no 89/391/CEE) ofereceu um sistema de segurança e saúde para os países da União Europeia (Cabral, 2002; Costa, 2015, p.49).

A produção legislativa nacional nestas matérias data de finais do século XIX como se constata pelo Decreto de 14 de Abril de 1891 e pelo Decreto de 13 de Março de 1893 que contém medidas que regulamentam o trabalho para menores e mulheres nos estabelecimentos industriais no sentido de conferir proteção legal aos trabalhadores, assim como o Decreto de 6 de junho de 1895 que se configura como o primeiro diploma legal na área da higiene e segurança do trabalho no setor da construção e obras públicas. Publicaram-se ainda as seguintes leis em matéria laboral: o reconhecimento do direito de associação de classe quer ao patronato quer aos trabalhadores (Decreto de 9 de Maio de 1891); a fixação da duração do trabalho para os trabalhadores do sexo masculino em oito horas diárias (embora restrita aos manipuladores de tabaco) (Lei de 23 de Março de 1891); a limitação dos 12 anos como idade mínima de admissão de menores na construção civil (Decreto de 29 de Dezembro de 1895) (Graça, 2002 ; Silva, 2015; Costa, 2015).

Apenas no advento do século XX se consagra o princípio geral da obrigatoriedade do descanso semanal embora inicialmente limitado aos trabalhadores do comércio e indústria (1907) e já a meados do século passado publica-se o Decreto n° 41821 de 11 de agosto de 1958 que contém legislação protetora do trabalhador no âmbito da construção civil.

Um grande desafio nacional e internacional nas últimas décadas tem sido o esforço feito para reduzir o número de acidentes de trabalho, doenças profissionais e mortes, aspeto fundamental para alcançar a justiça social e o desenvolvimento sustentável. O nosso sistema jurídico tem acompanhado a evolução histórico-social desta problemática.

A primeira grande referência em Portugal nesta temática surge com a Lei n° 83 de 24 de julho de 1913 em que se estabelece um regime jurídico especial de reparação de acidentes de trabalho reconhecendo aos trabalhadores um sistema de reparação das consequências que advêm dos mesmos. Mais tarde

com a Lei n.º 1942 de 27 de julho de 1936 reforça-se o regime legal de reparação. Surge o conceito de trabalho com recurso aos elementos temporal, espacial e causal, tornando o processo de identificação mais regulado. Com a Lei n.º 2127 de 3 de agosto de 1965, expande-se do conceito de acidente de trabalho como é exemplo o dos acidentes “*in itinere*” e ainda a definição de um conjunto de situações que poderiam desobrigar o empregador de proceder à reparação dos danos causados pelo acidente através do instituto da “descaracterização do acidente de trabalho” (Pereira, 2014; Mendonça, 2018).

Esta Lei manteve-se em vigor até ser substituída em 1997 pela Lei n.º 100/97 de 13 de Setembro embora só tenha entrado em vigor no primeiro dia do ano de 2000, isto porque o Decreto Lei n.º 382-A/99, de 22 de Setembro adiou essa situação dado que a Lei n.º 100/97, de 13 de Setembro ao concretizar a revisão da Lei n.º 2127 de 3 de Agosto de 1965, trouxe alterações que motivaram o alargamento do prazo para a entrada em vigor da respetiva regulamentação que acabou por configurar uma base jurídica mais completa para a reparação dos acidentes de trabalho e doenças profissionais. Destacamos, entre outras, as novidades no âmbito do cálculo de pensões com base no salário efetivamente auferido e reportado à seguradora, o alargamento aos trabalhadores independentes da obrigatoriedade da constituição de seguro assim como a consideração da prestação da assistência psíquica como legítimo direito a reparação (Alegre, 2009; Pereira, 2014; Mendonça, 2018; Ferreira, 2018).

Esta matéria mereceu expressão na Constituição da República Portuguesa nomeadamente na alínea f, n.º 1 do artigo 59.º consagrando-se o direito à assistência e à justa reparação dos trabalhadores vítimas de acidente de trabalho e doença profissional.

Por fim, surge a Lei n.º 98/2009 de 4 de setembro, por altura da revisão do Código de Trabalho em 2009, que constitui o regime jurídico atual dos acidentes de trabalho e doenças profissionais (LAT), tendo em conta aspetos relacionados com a reabilitação e a reintegração profissionais e que procedeu à sistematização e unificação das matérias que o integravam e que se encontravam dispersas por normas regulamentares (Ramalho, 2008; Mendonça, 2018).

A nível internacional o nosso sistema jurídico tem acompanhado a evolução histórico-social da problemática do “direito infortunistico”, desde a Lei n.º 83, de 24 de julho de 1913 (Pereira, 2022). Relativamente à matéria da saúde e segurança no trabalho constatamos que só a partir da Revolução de Abril o

nosso país começa a ratificar e transpor de forma significativa para o direito nacional as convenções adotadas pela Organização Internacional do Trabalho, da qual Portugal, em 1919, foi membro fundador (Silva, 2015).

Enquadramento Legal da Segurança e Saúde no Trabalho, Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais

Segurança e Saúde no Trabalho

A temática da segurança e saúde no trabalho começou, a partir dos anos 90 do século passado, a centrar-se fundamentalmente na promoção da saúde dos trabalhadores e na manutenção das capacidades de trabalho ao longo da vida, com um cariz predominantemente preventivo.

Para isso contribuiu o papel ativo e estruturador dentro das organizações que os serviços de SST passaram a ter, visando a prevenção das doenças e dos acidentes de trabalho.

Fundamental foi também o reconhecimento do ambiente psicossocial dos indivíduos como uma das ferramentas da prevenção. As medidas que garantem a saúde, higiene e segurança no trabalho têm como objetivo a diminuição da sinistralidade, das incapacidades criadas pelos acidentes de trabalho e dos dias de trabalho perdidos, que têm custos para a empresa e para o trabalhador.

São dois os aspetos fundamentais sobre os quais a legislação de SST se baseia: a análise e a gestão dos riscos associados ao trabalho e os princípios gerais de prevenção. Segundo Freitas (2016, p.21)²⁷, esta abordagem assenta nos seguintes pilares essenciais:

a eliminação do risco na origem; a avaliação e controlo dos riscos que não puderam ser eliminados; a planificação da prevenção adequada; a implementação das medidas de controlo do risco; a escolha dos equipamentos de proteção individual; e a comunicação do risco através de ações de formação e informação dos trabalhadores.

A principal regulamentação está presente na própria Constituição da República Portuguesa, mais especificamente, no n.º 3 do artigo 59º, onde se encontra expressamente consagrado

(...) que todos os trabalhadores, sem distinção de idade, sexo, raça, cidadania, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, têm direito a

²⁷ Freitas, L. (2016). *Manual de segurança e saúde do trabalho*. 3.ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.

prestação do trabalho em condições de higiene, segurança e saúde (cfr. alínea a) e à assistência e justa reparação, quando vítimas de acidente de trabalho ou de doença profissional (cfr. alínea f)).

De acordo com Cooper & Cartwright (1994, cit. in Danna & Griffin, 1999)²⁸ a saúde e o bem-estar dos trabalhadores podem ter um expressivo impacto na situação financeira e no próprio desenvolvimento económico da organização, podendo traduzir-se quer em custos financeiros diretos e indiretos, quer em comportamentos contraproduativos dos trabalhadores, no local de trabalho. Assim sendo

(...) ao implementar uma estrutura adequada ao cumprimento dos objetivos de SST consagrados na lei e nos códigos de boas práticas, os resultados serão constatáveis, não apenas em função da redução dos acidentes e doenças profissionais, mas também, da melhoria das relações sociais, dos processos de trabalho, da produtividade e da qualidade dos produtos ou serviços.” (Freitas, 2016, p. 21).

À semelhança do que sucedeu num panorama global, também Portugal foi atribuindo às questões de SST uma importância cada vez mais significativa. Nessa senda, no Código do Trabalho – Lei 7/2009 de 12 de fevereiro²⁹, e segundo o artigo 281º, todos os trabalhadores têm direito à prestação de trabalho em condições de segurança, higiene e saúde, e cabe ao empregador assegurar estas condições em todos os aspetos relacionados com o trabalho, aplicando as medidas necessárias tendo em conta os princípios gerais de prevenção previstos na lei. Mas aos trabalhadores cabe também cumprir as prescrições de saúde, higiene e segurança no trabalho estabelecidas legalmente ou determinadas pelo empregador.³⁰

A legislação nacional, mercê de toda a regulamentação oriunda da União Europeia, viu-se sujeita a uma proliferação de muitas e variadas matérias que, situadas na área da Segurança e Saúde do Trabalho, foram sujeitas a enquadramento legal. É este enquadramento legal que iremos, de forma sucinta, expor, não descurando que em cada matéria específica existem outros normativos, nomeadamente decretos, portarias e regulamentos internos que explicitam e discriminam os aspetos aplicáveis às diferentes profissões e áreas de atividade.

28 Danna, K., & Griffin, R.W. (1999, pp. 357-384).

29 Disponível em https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1047&tabela=leis

30 Ver também artigos 282º a 284º.

O primeiro diploma fundamental é a Lei nº 102/2009, de 10 de setembro³¹, que regulamenta o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho, nos termos do artigo 284º do Código do Trabalho, e cuja alteração mais recente veio através da Lei nº 79/2019, de 02 de Setembro, que estabelece as formas de aplicação do regime da segurança e saúde no trabalho previsto no Código do Trabalho e legislação complementar, aos órgãos e serviços da Administração Pública, alterando a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas.

Este é o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho, código fundamental de prevenção das situações associadas aos trabalhadores, por conta de outrem e independentes, e às empresas privadas ou ao setor cooperativo e social. O forte cariz preventivo verifica-se logo no seu artigo 5º, que estabelece os princípios gerais e sistema de prevenção de riscos profissionais, caracterizado por uma política de implementação de normas, definição de condições e formação e informação dos diferentes agentes de intervenção. Neste diploma, para além de serem elencadas as obrigações de empregador e trabalhador, é conferida uma especial importância às atividades proibidas (no respeito pelos direitos à integridade física e psíquica dos trabalhadores) em geral e a públicos particulares, como grávidas e menores, e também à organização e funcionamento³² dos serviços de segurança e saúde no trabalho, internos e externos às empresas.

Ainda dentro do âmbito deste diploma, uma especial atenção para a Lei nº 28/2016, de 23 de agosto, que combate as formas modernas de trabalho forçado, procedendo à décima primeira alteração ao Código do Trabalho, aprovado pela Lei nº 7/2009, de 12 de fevereiro, à quinta alteração ao regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho, aprovado pela Lei nº 102/2009, de 10 de setembro, e à terceira alteração ao regime jurídico do exercício e licenciamento das agências privadas de colocação e das empresas de trabalho temporário, aprovado pelo Decreto-Lei nº 260/2009, de 25 de setembro. Esta realidade tão atual merece ser alvo de uma fiscalização muito concreta e eficaz, já que a mera enunciação da lei laboral e criminal não dissuade os infratores e, para além de encontrarmos situações verdadeiramente desumanas, é muitas vezes colocada em risco a integridade física e psíquica dos trabalhadores, estando estes na maioria dos casos normalmente em situação ilegal.

31 Disponível em https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1158&tabela=leis

32 Alterado pela Lei n.º 3/2014, de 28 de janeiro

Outra das matérias fundamentais em sede de segurança e saúde no trabalho prende-se com os locais de trabalho, pelo que é também importante a enunciação da legislação que lhes é aplicável.

Assim, temos o Decreto-Lei nº 347/93, de 1 de outubro, que transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva 89/654/CEE, do Conselho, de 30 de novembro, relativa às prescrições mínimas de segurança e de saúde nos locais de trabalho, complementada pela Portaria nº 987/93, de 6 de outubro, que estabelece as prescrições mínimas de segurança e saúde nos locais de trabalho. Esta portaria já tem 30 anos e, não obstante, é amplamente descritiva daquelas que são as condições ideais e seguras de trabalho nos locais fixos de trabalho, sendo certo que atualmente este diploma é concretizado por regulamentação específica bem como convenções coletivas de trabalho, que determinam em cada área de atividade o que se designa por *locais de trabalho seguros e saudáveis*. Esta denominação surgiu no âmbito das Campanhas «Locais de Trabalho Seguros e Saudáveis», que existem desde 2000 e eram inicialmente intituladas «Semanas Europeias da Segurança e Saúde no Trabalho», da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho.³³

Por outro lado, e porque é percebida pelo Estado a necessidade de sancionar comportamentos infratores das situações associadas à segurança e saúde dos trabalhadores, vão aparecendo em cada um destes diplomas algumas contraordenações que preveem a aplicação de coimas. É a Lei nº 113/99, de 3 de agosto, que desenvolve e concretiza o regime geral das contraordenações laborais, através da tipificação e classificação das contraordenações correspondentes à violação da legislação específica de segurança, higiene e saúde no trabalho em certos setores de atividades ou a determinados riscos profissionais.

A necessidade de prevenção de riscos associados a atividades, locais e matérias trouxe legislação própria relativa aos chamados EPI's, os equipamentos de proteção individual. Temos, entre outros:

- o Decreto-Lei nº 128/93, de 22 de março alterado pelo Decreto-Lei nº 139/95, de 14 de junho, e pelo Decreto-Lei nº 374/98, de 24 de novembro (Prescrições mínimas de segurança a que devem obedecer o fabrico e comercialização de máquinas, de instrumentos de medição e de equipamentos de proteção individual);

33 Para mais informação, <https://osha.europa.eu/pt/campaigns-and-awards/healthy-workplaces-campaigns>

- o Decreto-Lei nº 348/93, de 1 de outubro (Prescrições Mínimas de Segurança e Saúde para a utilização pelos trabalhadores de equipamento de proteção individual no trabalho), regulamentado pela Portaria nº 988/93, de 6 de outubro (Estabelece as prescrições mínimas de segurança e de saúde dos trabalhadores na utilização de Equipamento de Proteção Individual, previstas no Decreto-Lei nº 348/93, de 1 de outubro);

- a Portaria nº 1131/93, de 4 de novembro alterada pela Portaria nº 109/96, de 10 de abril e Portaria nº 695/97, de 19 de agosto (Estabelece as exigências essenciais relativas à saúde e segurança aplicáveis aos equipamentos de proteção individual);

- a Lei nº 113/99, de 3 de agosto - (Procede à alteração do artigo 12.º do Decreto-Lei nº 348/93, de 1 de Outubro, relativo à proteção da segurança e da saúde dos trabalhadores na utilização de equipamentos de proteção individual).

A legislação avulsa nestas matérias é extensa para o propósito deste capítulo, mas é de extrema importância ser conhecida e aplicada, pelos diferentes agentes de intervenção nestas áreas. As matérias são tão diferenciadas como a definição de locais de trabalho; equipamentos de trabalho; equipamentos dotados de visor; equipamento de proteção individual; movimentação manual de cargas; sinalização de segurança; agentes físicos; radiações; agentes químicos no trabalho; agentes cancerígenos ou mutagénicos; exposição ao amianto; agentes biológicos; estaleiros temporários ou móveis; indústrias extrativas por perfuração a céu aberto ou subterrâneas; atmosferas explosivas; navios de pesca; assistência médica a bordo dos navios e administração Pública.

Assim, e porque as diferentes matérias assim o exigem, é elencada de forma segura, atualizada e intuitiva a legislação aplicável nos diferentes sítios web dos organismos estatais que regulam estas matérias, tais como a Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT) ³⁴ ou a Direção Geral do Emprego e das Relações de Trabalho (DGERT) ³⁵.

Uma nota ainda para referir que a dispersão de legislação torna, por vezes, confusa e difícil a sua aplicação e cumprimento pelo que se tornam essenciais os serviços de segurança e saúde, que auxiliam na organização dos procedimentos e estruturas de aplicação de todas as normas e boas práticas de prevenção de riscos no trabalho. A criação, através da Lei nº 42/2012 de 28 de agosto, da figura do técnico superior de segurança no trabalho, é outra das

³⁴ Disponível em <https://www.act.gov.pt/pt-PT/Legislacao/LegislacaoNacional/Paginas/default.aspx>

³⁵ Disponível em <https://www.dgert.gov.pt/seguranca-e-saude-no-trabalho>

melhorias significativas do sistema, permitindo que a especialização nesta área tenha resultados positivos na prossecução de um objetivo simples: criar as melhores, mais seguras e mais produtivas condições de trabalho.

Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais

A execução do contrato de trabalho, ainda que celebrado dentro da esfera jurídica privada, implica uma série de riscos para o trabalhador que implicam a existência de um sistema apto a cumprir uma função reparadora e justa de compensação financeira pela falta, temporária ou permanente, de funcionalidade física ou psíquica do trabalhador. Um infortúnio laboral, ao lesar o direito absoluto de trabalho, introduz uma alteração substancial e estável num dos seus elementos, vindo impor uma modificação do contrato, a sua suspensão ou, em última instância, a sua cessação (neste último caso, se o acidente determinar a impossibilidade absoluta de prestação da atividade laboral). Neste contexto, o acidente de trabalho, não integrando o programa de execução normal de um contrato ajustado entre o trabalhador e o empregador, apresentar-se-á como uma vicissitude do mesmo ao afetar, manifestamente, os moldes do seu desenvolvimento.³⁶

Os acidentes de trabalho são tipificados no enquadramento legal nacional segundo a gravidade da lesão ou da gravidade na perspetiva da segurança e da saúde do trabalho independentemente da produção de danos pessoais.

A relevância desta matéria encontra eco na consagração expressa pela Constituição da República Portuguesa – artigo 59º n.º 1 al. f) – que aponta como fundamental o direito à assistência e à justa reparação dos trabalhadores vítimas de acidente de trabalho e doença profissional.

De acordo com a Lei nº 98/2009, de 04 de Setembro, que regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais ³⁷, *acidente de trabalho* é todo o evento que “se verifique no local e no tempo de trabalho e produza direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução da capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte”, em conformidade com o disposto no artigo 8.º da lei e numa leitura que se exige conjugada com o artigo 10º, nº 1 e 2 do mesmo diploma, segundo o qual “a lesão constatada no local e no tempo de trabalho ou nas circunstâncias previstas no artigo anterior presume-se consequência do acidente de trabalho”.

³⁶ Ramalho (2008, p. 751); Martinez (2010 pp. 683-684 e 742).

³⁷Disponível em https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1156&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=

São considerados acidentes de trabalho os acidentes de viagem, de transporte ou de circulação, nos quais os trabalhadores ficam lesionados e que ocorrem por causa ou no decurso do trabalho (quando exercem uma atividade económica, estão a trabalhar ou a realizar tarefas para o empregador).

O regime legal tem três abordagens distintas - prevenção, reparação e reintegração - ao vocacionar-se para a defesa da recuperação com maior eficiência e capacidade funcional do trabalhador para a vida ativa.

O artigo 283º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei nº 7/2009, de 12 de dezembro, e a Lei nº 98/2009, de 4 de setembro, definem o regime geral nesta matéria, que se baseia no princípio da responsabilidade objetiva (independente de culpa) da entidade empregadora, e que nos diz que apenas as doenças profissionais estão integradas no sistema de segurança social. Assim, o regime geral de segurança social (RGSS) garante a proteção na doença profissional, mas em relação aos acidentes de trabalho os empregadores privados são obrigados a celebrar contratos de seguro com entidades seguradoras, transferindo para estas a responsabilidade da sua reparação. Ou seja, os acidentes de trabalho ao pressuporem a existência de um sistema de reparação dos danos sofridos quanto à vida ou integridade física do trabalhador, a par da sua reintegração funcional e produtiva, fazem da obrigatoriedade de seguro a forma mais pronta e rigorosa da sua mitigação e por isso o próprio regime de reparação de acidentes de trabalho prevê expressamente a transferência da responsabilidade para as seguradoras (artigo 79º da lei).

Para além deste diploma, e por forma a abranger todo o universo laboral, o Decreto-Lei nº 503/99, de 20 de novembro aprova o regime jurídico dos acidentes em serviço e das doenças profissionais no âmbito da Administração Pública, ao qual é aplicável subsidiariamente o regime geral, onde aquele se fundamenta e acolhe os seus princípios. Aos trabalhadores com relação jurídica de emprego público que exerçam funções no setor empresarial do Estado e das Administrações Regionais e Local, por exemplo, aplica-se o regime geral, devendo a respetiva entidade empregadora celebrar contratos de seguros de acidentes de trabalho, pela redação dada pelo art.º 9º da Lei nº 59/2008, de 11 de setembro (parte preambular), o que configura uma exceção ao regime geral dos trabalhadores da Administração Pública, que estão abrangidos pelo RGSS.

Constata-se que os países desenvolvidos não dispõem de informação fidedigna acerca dos acidentes de trabalho atendendo às dificuldades de registo e de monitorização dos sistemas de notificação. Na maioria dos países o número de acidentes de trabalho reportado está aquém da realidade. Em

Portugal, em matéria de políticas de intervenção e análise de resultados, é o Decreto-Lei n.º 106/2017, de 29 de agosto, que regula a recolha, publicação e divulgação da informação estatística oficial sobre acidentes de trabalho, e a Portaria n.º 14/2018, de 11 de janeiro, que regula os modelos de participação relativa a acidentes de trabalho. Ambos são determinantes para a mudança e implementação de condutas com vista à melhoria do sistema. A uniformização dos critérios de registo e a monitorização dos sistemas de notificação é fundamental para um melhor conhecimento desta realidade.

As pensões por incapacidade permanente e por morte resultantes de acidente de trabalho são atualizadas, anualmente, nos termos do disposto no artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 142/99, de 30 de abril, na redação atual ³⁸, sendo que este ano a atualização fez-se através da Portaria n.º 24-A/2023, de 9 de janeiro, que procedeu à atualização anual das pensões de acidentes de trabalho para o ano de 2023.

Uma última referência ao Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de outubro, que diz respeito à Tabela Nacional de Incapacidade por acidentes de trabalho e doenças profissionais, instrumento essencial e próprio de avaliação das incapacidades geradas no específico domínio das relações do trabalho. ³⁹

Conceito distinto de acidente de trabalho, mas integrado no mesmo através da ideia geral de prevenção, reparação e reintegração é o conceito de *doença profissional*.

Doença profissional é aquela contraída pela exposição a um ou mais fatores de risco presentes na atividade, técnicas e condições no trabalho, bem como qualquer outra condição médica que se prove ser consequência, necessária e direta, da atividade profissional exercida pelo trabalhador e não represente normal desgaste do organismo. Por outras palavras, é considerada doença profissional uma situação em que é possível estabelecer uma relação de nexo de causalidade entre os fatores de risco do trabalho e a doença médica que o trabalhador apresenta, com base em variados fatores, como a especificidade do trabalho, a história ocupacional, a análise das funções, a verificação da exposição profissional e avaliação do risco profissional.

À semelhança de anteriores diplomas legais, continua a vigorar no nosso país um modelo misto de Lista de Doenças Profissionais ⁴⁰, aprovada pelo Decreto Regulamentar n.º 6/2001, de 05 de Maio, alterado pelo Decreto

³⁸ Disponível em https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1175&tabela=leis

³⁹ Para mais informações, <https://www.dgert.gov.pt/legislacao-nacional-acidentes-de-trabalho-e-doencas-profissionais>

⁴⁰ Disponível em https://www.seg-social.pt/documents/10152/156134/lista_doencas_profissionais

Regulamentar nº 76/2007, de 17 de Julho⁴¹, o que implica que para efeitos de reparação são consideradas *Doenças Profissionais*, além daquelas que constam elencadas na lista, todas as outras patologias que se provem ser consequência necessária e direta da atividade exercida e não representem desgaste normal do organismo em função da idade.

A participação de uma doença profissional tem uma dupla função e foco de análise: por um lado, e no que diz respeito ao trabalhador, desencadeia todo o processo que, no caso de confirmação da doença, lhe permitirá auferir uma indemnização correspondente à perda da capacidade de trabalho; por outro lado, e quanto à entidade empregadora, a participação poderá indiciar uma necessidade de alteração de procedimentos respeitantes à segurança e saúde no trabalho, por forma a evitar o aparecimento de novas situações de patologia laboral. Assim, a participação de doença profissional pode e deve servir para serviços intervirem, com o objetivo de diagnosticar condições de trabalho inadequadas, facilitadoras de doenças ligadas ao trabalho, propondo e acompanhando as necessárias medidas coletivas.

O Código do Trabalho, no seu artigo 283º, confere o direito à reparação de danos emergentes de doenças profissionais ao trabalhador e seus familiares. Este direito pressupõe que estejam preenchidos, em simultâneo, dois requisitos: estar o trabalhador afetado pela correspondente doença profissional e ter estado exposto ao respetivo risco pela natureza, setor e condições de trabalho da atividade.

A avaliação, graduação e reparação das doenças profissionais diagnosticadas é da exclusiva responsabilidade do serviço com competência na área da proteção contra os riscos profissionais, o Departamento de Proteção contra os Riscos Profissionais (DPRP) da Segurança Social, e a determinação da incapacidade é efetuada de acordo com a já referida Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais, constante do Decreto-Lei nº 352/2007, de 23 de outubro.

As doenças profissionais, tal como o acidente de trabalho, podem determinar a incapacidade temporária ou permanente para o trabalho. A incapacidade temporária pode ser parcial ou absoluta. A incapacidade permanente pode ser parcial, absoluta para o trabalho habitual ou para todo e qualquer tipo de trabalho e a incapacidade temporária que seja superior a 18 meses considera-se como permanente, devendo fixar-se o respetivo grau de incapacidade, salvo parecer médico em contrário. Este parecer pode propor a

⁴¹Disponível em https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1177&tabela=leis

continuidade da incapacidade temporária ou a atribuição de uma pensão provisória.

Análise crítica e perspetivas de futuro da legislação nestas áreas

A Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA) defende que uma gestão eficaz da segurança e saúde no trabalho é um dos principais fatores de êxito duradouro de qualquer entidade empresarial. Efetivamente a qualidade da produção de bens e da prestação de serviços tem por base, como elemento essencial, condições de trabalho seguras (Costa, 2015).

Os países que possuem sistemas com lacunas ao nível da segurança e saúde no trabalho acabam por despende recursos consideráveis com lesões e doenças evitáveis o que custa dinheiro às empresas e ignora as suas vantagens de um sistema bem implementado como por exemplo a promoção de tecnologias e métodos de trabalho mais eficientes ou a redução do número de pessoas obrigadas a reduzir as suas horas de trabalho para tomar conta de um familiar e tem a probabilidade de aumentar a produtividade dos trabalhadores, reduzindo o absentismo e as indemnizações⁴².

A constante evolução da área da SST representa um desafio para o legislador. A nível internacional temos assistido às revisões das convenções e recomendações por forma a dotá-las de consistência orientando os países que as subscreveram para a prevenção nestas matérias e para a consagração do direito a um ambiente de trabalho seguro e saudável.

As normas internacionais do trabalho (convenções e recomendações) e os outros instrumentos direcionados para a segurança e saúde no trabalho (códigos de boas práticas e diretrizes) continuam a desempenhar um papel fundamental para a garantia e promoção de um ambiente de trabalho seguro e saudável e uma melhor organização do trabalho (OIT, 2019).

É também desiderato da Organização Internacional do Trabalho (2019) desenvolver legislação inovadora a nível internacional nomeadamente na divulgação de informações sobre direitos humanos e direitos laborais, na elaboração de cláusulas de trabalho em matérias de contratação no sentido de garantir direitos laborais nas cadeias de subcontratação da mesma forma que tentam promover medidas legislativas que visam integrar a SST em todas as etapas do processo formativo.

⁴²Disponível em <https://osha.europa.eu/pt/themes/good-osh-is-good-for-business>

Lembre-mos que os sistemas de gestão e a gestão sistemática de SST não abrangem os trabalhadores em formas de emprego «atípicas», como por exemplo, o emprego por conta própria, o trabalho em plataformas, o trabalho por empreitada e o trabalho inserido na economia informal. Noutras situações em que as relações de trabalho podem ser frágeis – como, por exemplo, a subcontratação em cadeias de abastecimento globais de trabalhadores migrantes, trabalhadores em contratos temporários ou trabalhadores em contratos de zero horas – a gestão de SST poderá ser insuficiente. Responder às preocupações do futuro do trabalho, implica compreender, aplicar e alargar a lógica de controlo de gestão de SST o que, por sua vez, requer a disponibilização de recursos e a formação de intervenientes no campo da SST, incluindo engenheiros, advogados e médicos (OIT, 2019, p. 64).

Em Portugal constatamos que a sinistralidade em matéria laboral continua elevada. Em 2021 foram registadas 169.988 participações de sinistros de acidentes de trabalho a todas as seguradoras presentes no mercado nacional⁴³. Em 2022, as estatísticas⁴⁴ mostram 124 acidentes mortais e 427 acidentes graves. Atualmente há inúmeros riscos que podem levar aos acidentes de trabalho e as temáticas da saúde e segurança no trabalho e dos acidentes de trabalho e doenças profissionais têm uma notória relevância social e cultural.

O trabalhador surge como o elo mais frágil na relação laboral e a intervenção do Estado tenta igualar a diferença que se verifica na relação laboral através da regulação da mesma com a definição de regras mínimas de proteção e os mecanismos que pretendem assegurar melhores condições de trabalho (Mendonça, 2018).

O acesso de qualquer trabalhador à SST obedece ao princípio da universalidade do direito à prestação de trabalho em condições de segurança e saúde no trabalho independentemente do vínculo e aplicando-se a todas as modalidades contratuais; ao princípio da adequação do trabalho ao homem já que o desenvolvimento económico também deve visar a promoção da humanização do trabalho em condições de segurança e saúde no trabalho; e ainda ao princípio da prevenção dos riscos profissionais.⁴⁵

Apesar do esforço legislativo na área da SST, é frequente identificar-se referências a legislação incoerente, e a diferenças entre a lei e a sua aplicação na prática (Pinto, 1996). Assim, apontam-se incongruências e/ou debilidades

43 Disponível em <https://eco.sapo.pt/2022/04/12/foram-participados-170-mil-acidentes-de-trabalho-em-2021-quem-sao-os-sinistrados>

44 Disponível em [https://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/CentroInformacao/Estatistica/Paginas/AcidentesdeTrabalhoMortais.aspx](https://www.act.gov.pt/(pt-PT)/CentroInformacao/Estatistica/Paginas/AcidentesdeTrabalhoMortais.aspx)

45 Disponível em <https://www.cgtp.pt/seguranca-e-saude/noticias/10827-o-que-significa-o-direito-a-seguranca-e-saude-no-trabalho>

detetadas em diversas leis transversais da SST, e em algumas específicas para o setor da construção civil o que nos pode levar a concluir que são insuficientes, dúbias e ultrapassadas e que poderiam apresentar uma linguagem mais acessível (Silva, 2015).

Ao nível do regime jurídico dos acidentes de trabalho, Gomes (2013) defende o seu diminuto interesse político e, apesar das sucessivas alterações, afirma que a legislação existente acaba por não dar a melhor resposta face à realidade, mantendo-se praticamente inalterada. Efetivamente, nos tribunais abundam litígios relativamente a esta temática onde se levantam questões quanto à dúvida verificação de alguns acidentes de trabalho, à definição da natureza e grau das lesões e à efetivação das responsabilidades (Lamim, 2015). No entanto, a legislação nesta matéria protege os trabalhadores e podemos assistir historicamente à sucessiva extensão do conceito de acidente de trabalho incluindo-se outros eventos aptos a ser qualificados como tal.

Destacamos ainda alguns aspetos para reflexão que decorrem da vivência da pandemia despoletada pelo surgimento do vírus SARS-CoV-2. A necessidade de implementação do teletrabalho que durante a pandemia começou a ser utilizado como estratégia preventiva está-se a generalizar no mercado de trabalho. Esta realidade levanta questões associadas à sua regulamentação sob pena de esta modalidade de trabalho contribuir para a precarização das relações laborais. Benavides et al. (2021), referem que estudar o teletrabalho e os seus efeitos na saúde é uma prioridade urgente, cujos resultados são essenciais para regulamentá-lo de forma adequada. No nosso país a Lei 83/2021 de 6 de dezembro modifica o regime do teletrabalho procurando ajustar-se a esta nova realidade oferecendo uma maior proteção aos trabalhadores assim como alargando o âmbito de aplicação do regime legal de reparação dos acidentes de trabalho e doenças profissionais aplicando-se às situações de teletrabalho (Artigo 170º A). No entanto, podem surgir algumas dificuldades práticas com a reparação dado que ainda é difícil distinguir com clareza entre o que é a vida laboral e o que é a vida privada do trabalhador. Quanto à infeção pelo vírus SARS-CoV-2, Pereira (2022) defende que se encontram reunidas as condições para a sua qualificação enquanto acidente de trabalho, quando se comprova que tal ocorreu no local e tempo de trabalho apesar das manifestas dificuldades de prova.

Outras questões como as do assédio moral e do suicídio laboral ainda não são vistas como acidente de trabalho pelos tribunais portugueses, ao contrário do que já sucede em países como a França ou a Espanha, porque o assédio é um facto continuado, enquanto o acidente é um facto instantâneo e o suicídio é, em

princípio, um ato premeditado e voluntário enquanto o sinistro laboral é um evento súbito (Ferreira, 2018).

Para finalizar, destacamos ainda o mais recente pacote legislativo apresentado pelo XXIII Governo Constitucional que se relaciona com estas temáticas, a “Agenda de Trabalho Digno”⁴⁶ que foi aprovado pela Assembleia da República no dia 10 de fevereiro de 2023 e que aponta para mudanças legislativas na área laboral a partir de abril do mesmo ano. Fomenta-se o combate ao recurso abusivo ao trabalho temporário e ao falso trabalho independente desincentivando o recurso excessivo a esta modalidade; a regulação de novas formas de trabalho associadas às transformações no trabalho e à economia digital passando a existir presunção de existência de contrato de trabalho com as plataformas digitais; a melhoria da conciliação da vida profissional, pessoal e familiar aperfeiçoando o regime de licenças de parentalidade num quadro de promoção da igualdade entre mulheres e homens onde se atribui, por exemplo, licença parental e respetivo subsídio a familiares diretos (avós, tios, irmãos) em caso de indisponibilidade por impedimento de força maior demonstrado pelos progenitores; a promoção da melhoria da gestão dos tempos de trabalho dando como exemplo o alargamento aos trabalhadores com filhos menores de 8 anos ou filhos com deficiência ou doença crónica, o direito a exercer a atividade em regime de teletrabalho condicionado a partilha entre homens e mulheres e quando compatível com a função (medida já contemplada no âmbito da alteração legislativa introduzida pela Lei 83/2021 de 6 de dezembro); e a proteção laboral dos cuidadores informais onde se cria uma licença de cuidador. Ainda de referir, o projeto piloto da semana de quatro dias de trabalho no sentido de analisar e testar novos modelos de trabalho que irá continuar em estudo pelo Governo português até novembro de 2023 e contará apenas com empresas privadas.

Desta análise sumária, podemos concluir que a implementação e aplicação de um sistema de gestão da SST garante um enquadramento eficaz para prevenir ou minimizar acidentes e problemas de saúde, reforçando o compromisso dos trabalhadores para com a empresa e desta para com cada um dos seus trabalhadores, ao criar mão-de-obra mais competente e simultaneamente reduzir os custos para a empresa decorrentes de acidentes de trabalho e doenças profissionais.

A legislação nacional e internacional no âmbito laboral mostra-se fundamental para fomentar ambientes de trabalho saudáveis, felizes e eficazes,

⁴⁶ Disponível em <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23>

já que todos os sistemas de SST precisam de estar estruturados numa sólida base legislativa.

Referências

- Alegre, C. (2009). Regime jurídico dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais. Coimbra: Almedina.
- Benavides, F., Amable, M., Cornelio, C., Vives, A., Miliáne, L., Barraza D.,...Deltos, J. (2021). COVID-19 e Saúde do Trabalhador. O papel incerto do teletrabalho no domicílio. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000037820>
- Cabral, F. (2002). Introdução à segurança e saúde do trabalho - Coleção de manuais de segurança, higiene e saúde do trabalho. Lisboa: INDE.
- Costa, O. (2015). A gestão de segurança e saúde do trabalho nas organizações prestadoras de serviços – análise do sector da construção industrial em Portugal (Tese de doutoramento). Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.6/3971>.
- Danna, K., & Griffin, R.(1999). Health and well-being in the workplace: a review and synthesis of the literature. Journal of Management, 25 (3), 357-384.
- Ferreira, L. (2018) O conceito de acidente de trabalho e a sua análise jurisprudencial (Dissertação de mestrado). Disponível em <https://hdl.handle.net/1822/60773>
- Freitas, L. (2016). Manual de segurança e saúde do trabalho. 3ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Gomes, J. (2013). O acidente de trabalho - O acidente in itinere e a sua descaracterização. Coimbra: Coimbra Editora.
- Graça, L. (2002). História da saúde e da segurança do trabalho na Europa. In R. Veiga, (coord), Higiene, Segurança, saúde e prevenção de acidentes de trabalho, 5ª atualização. Lisboa: Verlag Dashofer.
- Lamim, P. (2015). Acidentes de Trabalho. Delimitação do conceito e impulso processual (Dissertação de mestrado). Disponível em <https://www.iscteul.pt/tese/5757>
- Martinez, P. (2010). Direito do Trabalho. 5ª. Edição. Coimbra: Almedina.
- Mendonça, L. (2018). Acidente de trabalho e indemnização. Enquadramento legal, natureza e posicionamento processual particular (Dissertação de mestrado). Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/37335>
- Organização Internacional do Trabalho. (2019). Segurança e Saúde no centro do futuro do trabalho. Tirando partido de 100 anos de experiência. Genebra: Bureau Internacional do Trabalho.

- Pereira, S. (2022). Acidentes de trabalho e a sua descaracterização. Um especial enfoque em torno das problemáticas derivadas da pandemia Covid19 (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra, Portugal.
- Pereira, D. (2014). Breve síntese histórica da tutela dos acidentes de trabalho no ordenamento jurídico português: o seguro de acidentes de trabalho em especial (1913-2000). Departamento de Política Regulatória e Relações Institucionais. Disponível em https://www.asf.com.pt/NR/rdonlyres/A360FE54-74E9-43C0-963EAD5AE3F96194/0/F34_Art1.pdf
- Pinto, J. (1996). Contributos para uma análise dos acidentes de trabalho na construção civil. Cadernos de Ciências Sociais da Faculdade de Economia da Universidade do Porto, 15-16, 87-119.
- Silva, R. (2015). Percepção de incongruências da Lei em matéria de SHST e suas consequências (Dissertação de Mestrado). Disponível em <https://core.ac.uk/reader/62696170>
- Ramalho, M. (2008). Direito do trabalho Parte II - situações laborais individuais. 2.ª Edição. Coimbra: Almedina.

Legislação

Lei Constitucional nº 1/2005, de 12 de Agosto; Lei nº 102/2009, de 10 de setembro ; Lei 7/2009 de 12 de fevereiro; Lei nº 102/2009, de 10 de setembro; Lei nº 79/2019, de 02 de Setembro; Lei nº 28/2016, de 23 de agosto; Decreto-Lei nº 347/93, de 1 de outubro; Portaria nº 987/93, de 6 de outubro; Lei nº 113/99, de 3 de agosto; Decreto-Lei nº 128/93, de 22 de março alterado pelo Decreto-Lei nº 139/95, de 14 de junho, e pelo Decreto-Lei nº 374/98, de 24 de novembro ; Decreto-Lei nº 348/93, de 1 de outubro regulamentado pela Portaria nº 988/93, de 6 de outubro ; Portaria nº 1131/93, de 4 de novembro alterada pela Portaria nº 109/96, de 10 de abril e Portaria nº 695/97, de 19 de agosto ; Lei nº 113/99, de 3 de agosto ; Lei nº 42/2012 de 28 de agosto; Lei nº 98/2009, de 04 de Setembro; Decreto-Lei nº 503/99, de 20 de novembro; Decreto-Lei nº 106/2017, de 29 de agosto; Portaria nº 14/2018, de 11 de janeiro; Decreto-Lei nº 142/99, de 30 de abril, ; Portaria nº 24-A/2023, de 9 de janeiro, ; Decreto-Lei nº 352/2007, de 23 de outubro; Decreto Regulamentar nº 6/2001, de 05 de Maio, alterado pelo Decreto Regulamentar nº 76/2007, de 17 de Julho.

Processos de co criação como ferramenta transformadora nos contextos educacionais

¹Fernando Pereira & ²João Paulo Almeida

¹Instituto Politécnico de Bragança; CIIE da FPCEUP

²Instituto Politécnico de Bragança; CeDRI e SuSTEC

Os tempos de hoje são tempos de mudança. Esta ideia não encerra, em si, novidade alguma, pois, por definição, ou por *default*, os tempos sempre são tempos de mudança. O que há de novo então nos tempos de hoje? O novo é que a mudança, hoje, é extraordinariamente mais acelerada e imprevisível do que nunca, tal como, aliás, foi antecipado por Giddens (2000) em as consequências da modernidade e por Beck et al. (2000) acerca da modernização reflexiva, ou ainda por Bauman (2001) acerca da modernidade líquida. A aceleração, intensidade e imprevisibilidade é tal que ultrapassam a ideia de modernidade tardia, de segunda modernidade ou ainda de modernidade líquida também usada pelos mesmos sociólogos. Hoje, vinte anos volvidos desde essas conceptualizações, a radicalização dos fenómenos da modernidade e outros fenómenos entretanto emergentes, criou uma rutura evidente e catapultou a sociedade para uma nova era, definitivamente pós-moderna. Uma era ainda sem nome (global, digital são adjetivos usados) mas definitiva e contundente nas suas consequências: no risco, na imprevisibilidade, na reflexividade, na rutura e reinvenção das relações sociais, nas formas de trabalho, entre outras.

Uma breve leitura das missões plasmadas pelas Instituições de Ensino Superior (IES), constata-se a ideia transversal de que a missão das IES visa a produção e partilha do conhecimento científico, técnico e filosófico e, desta forma, a promoção do desenvolvimento e do bem-estar social. Em abstrato, esta idealização das IES é meritória e se, bem entendida e posta em prática, atinge os seus propósitos de contribuir para o desenvolvimento da humanidade de forma sustentável e em harmonia com a natureza, digamos assim. Apesar deste enunciado geral, embora careça de verificação científica, é voz corrente, sobretudo na comunicação social, que as IES vivem nos seus castelos dourados mais ou menos alheias às necessidades societárias e produzem (termo muito inadequado aliás) recursos humanos mal preparados para a vida produtiva, falhando assim a sua missão.

A nossa proposta, porém, implica a revisão da missão das IES no sentido de que a missão maior das IES seja a de ajudar a criar mulheres e homens livres. Livres pelo conhecimento. Passemos a complexificar esta ideia simples

iluminando o caminho sob a luz do paradigma interacionista da construção social de Mead (1934). Este caminho inclui considerações sobre o ambiente físico e psicossocial do trabalho, sobre as metodologias pedagógicas promotoras de multiculturalidade e da singularidade dos indivíduos como é o caso dos programas de cocriação na ação pedagógica.

Neste capítulo, no primeiro ponto, tentaremos perceber como estas profundas mudanças sociais impactaram os contextos de trabalho no ensino superior e como elas são, simultaneamente, produto e fator desses contextos. No segundo ponto, tirando partido da nossa condição de facilitadores de projetos de cocriação, nos últimos 5 anos, intentaremos desenvolver a ideia de como a cocriação, enquanto metodologia de trabalho em equipa, responde aos desafios de promover contextos de trabalho saudáveis e motivadores.

Ambiente físico e psicossocial de trabalho como espaço promotor de saúde e bem-estar.

A OMS (2010) define como ambiente de trabalho saudável aquele em que todos os colaboradores se empenham na melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho; realçando a importância dos fatores físicos e psicossociais na promoção desses espaços saudáveis. Esta definição, ao mesmo tempo abrangente e ambígua nos seus termos, aliás como é apanágio das definições da OMS, tem o mérito, inequívoco, de apontar um caminho em vez de uma meta. Desta forma garante a flexibilidade e criatividade, sempre necessária, na melhoria dos processos de saúde. O ambiente de trabalho enforma a interação social entre os diferentes atores das IES, docentes/investigadores, funcionários não docentes e alunos e, porque as IES devem ser organizações abertas ao exterior, a comunidade e sociedade em geral.

Uma extensa revisão da literatura disponibilizada por Jyoti Deka e Kumar Jain (2022) sobre clima organizacional nas IES e satisfação com o trabalho, conclui que os níveis de satisfação são medianos, sendo ligeiramente superiores no pessoal docente por comparação ao não docente. Um estudo sobre os ecossistemas dos ambientes de trabalho saudáveis efetuado por Gaspar et al. (2022), utilizando o Instrumento de Avaliação dos Ambientes de Trabalho Saudáveis proposto pela OMS, envolvendo 480 colaboradores de várias organizações de diferentes regiões de Portugal, mostram que os participantes avaliam de forma moderada o ambiente de trabalho e que a dimensão Conteúdo do Trabalho e Relação Liderança e o Envolvimento dos

Trabalhadores são avaliadas de forma mais positiva e as relacionados com o Bem-estar e Saúde Mental, Recursos para a Saúde Pessoal e Compromisso da Liderança são avaliadas de forma menos positiva; o estudo revela ainda que os mais jovens, as mulheres e aqueles que possuem maior nível de escolaridade avaliam mais positivamente o ambiente de trabalho.

Um estudo de Karasek (1979) estabelece uma relação entre as exigências do trabalho e a autonomia dos colaboradores, verificando-se que, quando se conjuga grande exigência e baixa autonomia, estão criadas as condições para o desenvolvimento de stress ocupacional. Um estudo sobre os principais fatores de stress no trabalho (Martins, 2021) aponta os seguintes: a) as exigências da sua função e o equilíbrio entre trabalho e casa/família; b) as exigências interpessoais no trabalho; as exigências físicas relacionadas com o ambiente físico do local do trabalho; as políticas laborais da organização como promoções e benefícios mas também atitudes de discriminação e políticas de downsizing; e as condições do trabalho, tais como a quantidade de trabalho, salário, experiências de assédio moral e sexual e a autonomia no uso de competências do trabalhador. Descrições mais detalhadas e aprofundadas acerca das questões do ambiente físico do trabalho e seu efeito na saúde e bem-estar dos colaboradores poderão ser encontradas em outros capítulos deste livro. O que importa fazer notar, como enunciado geral, é que quando o ambiente de trabalho é insalubre e/ou inadequado, os atores sociais comunicam de forma deficiente, dessincronizada e mesmo alheada um dos outros, numa interpretação muito funcionalista dos papéis sociais de cada um.

Relativamente ao ambiente físico das IES, socorremo-nos do estudo “Territórios Universitários: tempos, espaços, formas” em que a autora, Christina Malher (2015), discorre, detalhadamente, sobre a evolução do *campus* universitário e sua importância na sociabilidade e na aprendizagem, distinguindo entre os *campus* das universidades e colégios clássicos ingleses e norte americanos de génese “anti urbana” e os *campus* das universidades mais recentes de implantação urbana. Usaremos ainda como referência a experiência de duas visitas recentes que fizemos à Universidade Técnica de Delft (TU-Delft), nos Países Baixos e à Universidade de Ciências Aplicadas da Noruega Ocidental (HVL) em Bergen na Noruega.

Relativamente aos espaços interiores, nas visitas o que mais nos impressionou foi a grandeza e a agradabilidade dos espaços de trabalho. Espaços bem dimensionados, decorados com gosto e com materiais de boa qualidade, todavia sem opulência. O conforto, a funcionalidade e a adaptabilidade impuseram-se de imediato. Rapidamente todas as pessoas que integravam o

grupo, e que visitavam o espaço pela primeira vez, encontraram o seu “espaço” de trabalho ou, simplesmente, de estar e fruir o ambiente. Lembro de ter pensado, para trabalhar já ficava por aqui... Esta sensação não é fruto do acaso, de uma forma geral todos os espaços visitados e foram cerca de uma dezena de espaços diferentes, produziam este efeito sobre os seus ocupantes. O fervilhar do trabalho era tranquilo e compenetrado, quer nos espaços dedicados a estudo como a biblioteca, quer a espaços dedicados a trabalho manual, como oficinas mecânicas, por exemplo. Verificamos nestas duas universidades, ambas em campus de implantação urbana, a atenção acrescida aos espaços interiores, oferecendo áreas de fruição comum amplas, cuidadas, bem decoradas como forma de potenciar a sociabilidade e as oportunidades de estudo em grupo. Em contraste, tendo como referência as instituições que conhecemos no nosso país, não há paralelo possível com o que encontramos nestas visitas. Aceitamos que a riqueza do nosso país não tem paralelo com a dos Países Baixos e da Noruega, certo, mas não é apenas isso que explica a diferença.

Relativamente aos espaços exteriores dos campus, salvo as universidades que dispõem de Jardins Botânicos integrados (Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Universidade do Porto, Universidade de Lisboa e Universidade de Coimbra), com as restrições à fruição inerentes a esse estatuto de Jardim botânico, os *campus* das nossas IES carecem de agradabilidade e, decididamente, não são vistos como uma prioridade na construção de um espaço envolvente e acolhedor, promotor da sociabilidade. Mas também não é só isto, na sociedade portuguesa, não é evidente o hábito de disfrute desses espaços exteriores pelas pessoas das IES. Isto é muito visível, por exemplo, observando que, tendencialmente, o disfrute dos espaços exteriores e das condições que eles oferecem é mais aproveitado pela população estudantil estrangeira do que pela portuguesa. Certamente há aqui um ciclo em que as pessoas não procuram e, portanto, os espaços exteriores não são suficientemente cuidados e vice-versa.

Em síntese, relativamente ao ambiente físico, na maioria das IES portuguesas não se observa o cuidado de compensar a ausência ou descuido com o espaço exterior com a atenção ao espaço interior. São ambos inexistentes, acanhados e descuidados. As IES são dominadas quase exclusivamente salas de aula, laboratórios, e espaços administrativos, não sendo como deveriam ser, um espaço interior e exterior, para viver e fruir onde se estuda e trabalha.

Ainda relacionado ao ambiente, notamos em ambas as universidades que o campus e o espaço urbano da cidade é um contínuo, isto é, não há muros ou barreiras visíveis, reais ou simbólicas, entre o campus universitário e a cidade. Resulta daqui um convite implícito à inclusão entre a comunidade universitária e a comunidade que a acolhe. Isto também é algo descuidado e, em alguns casos, grosseiramente contrariado nos campus das IES nacionais. Fica aqui o convite aos leitores para, num esforço de distanciamento, lançarem um olhar mais demorado aos campus das IES e, quiçá, dessa forma, darem um primeiro passo no sentido do envolvimento com as mesmas, como inspirado pelo aparente paradoxo envolvimento e distanciamento de Norbert Elias (Elias, 1997), como explicado abaixo.

No que concerne ao ambiente psicossocial, focamos a análise no corpo docente/investigador das IES, por ser aquele a que pertencemos e melhor conhecemos. Relembrando o dito acima acerca da exigência do trabalho e da autonomia dos colaboradores, das relações interpessoais e dos objetivos pessoais e de valorização profissional, abordaremos aqui o efeito da digitalização e da competitividade excessiva.

A digitalização da vida e dos procedimentos é um fenômeno transversal à sociedade, mas que impactou de forma particular as relações de trabalho das IES. A ideia de que as tecnologias de informação e comunicação e a digitalização dos procedimentos simplifica a vida das pessoas carece de melhor explicitação. É certo que, sem ambas, seria impossível dar resposta às exigências atuais de interação social e profissional em tempo oportuno. Com exemplo disto mesmo, veja-se o efeito barata-tonta sentido quando falha a internet, em que se instala o vazio e uma certa paralisia do trabalho. A digitalização trouxe vantagens inequívocas na produtividade do trabalho dos docentes/investigadores das IES, mas e o reverso da medalha? A aceleração da comunicação e da digitalização implica um aumento exponencial dos compromissos a que todos estamos obrigados e, com isso, perdeu-se a escala humana das coisas. Há uma desarticulação evidente na articulação espaço/tempo, outra consequência da modernidade nos termos de (Giddens, 2000), em que deixa de ser humanamente possível dar-se uma resposta capaz à infinidade de solicitações e que, mais perigoso ainda, se perde muito da percepção do efeito das nossas ações sobre os outros.

A digitalização e o recurso às tecnologias de informação e comunicação foram, para o bem e para o mal, aceleradas com o fenômeno da pandemia Covid-19. Os períodos de isolamento afetaram a interação social em geral e outrossim o ambiente das IES. Algumas dessas consequências estão já reconhecidas

outras ainda não o foram em plenitude, vejamos duas dessas consequências. A primeira resulta da suspensão das rotinas do local e tempos de trabalho, no sentido de uma maior continuidade. Qualquer hora passou a ser “conveniente” para fazer uso dos meios de comunicação à distância. A adaptação a este novo ritmo ou regime comunicacional, conjuga-se mal com os necessários tempos de descanso, de reflexão e de silêncio, quer as pessoas estejam ou não cientes dessa necessidade. A segunda advém da adaptação a esse ritmo e regime não ser a mesma conforme as gerações, nem durante os tempos da pandemia nem depois no regresso a dita normalidade. Enquanto as gerações mais velhas no regresso à dita “normalidade” vão tentando, de forma mais ou menos conseguida, acomodar o “antes” e o “depois”, as gerações mais novas (geração Z e parte dos Millennials), adotaram tão somente o “depois”. Isto é visível, por exemplo, nas salas de aulas IES, em que o uso do papel pelos alunos foi quase totalmente substituído pelo computador, a tablete ou mesmo o telemóvel. Para estas gerações mais novas não há retorno à situação pré pandémica, não há “antes”, a menos que, encontremos uma estratégia em que os próprios se apercebam do legado pré pandémico, mas disto falaremos mais adiante.

A competitividade do corpo docente/investigador das IES é intensa e nem sempre saudável. Vaidades exacerbadas e narcisismo são muito comuns no seio académico e ultrapassam em muito a competitividade sã. Um estudo de Carson et al. (2013) demonstra, inequivocamente, o efeito disruptivo da competitividade excessiva entre docentes e investigadores da academia e chama-lhe o “lado negro” da academia. Esta é uma questão complexa e sensível, pouco ou nada estudada, e sem grande repercussão na sociedade pois, como já se disse, as IES são castelos dourados. O mesmo estudo de Carson et al. (2013) confirma, com perplexidade, a existência de raros estudos sobre o efeito negativo da competitividade excessiva entre académicos.

A abordagem aqui ensaiada é um simples lamiré e, portanto, vale o que vale, todavia, a bem da relevância social das IES, esta questão merece uma análise mais cuidada e fundamentada. Mas, lá está, terão de ser os académicos a investigar e falar de si próprios, com todas as dificuldades práticas e epistemológicas que isso coloca. Vamos ao lamiré.

A produção científica está altamente mercantilizada. O acesso à publicação, em grande medida, é ditado pela disponibilidade financeira para pagar a publicação, desligando-se do mérito e do rigor científico. É preciso pagar para publicar e depois é preciso pagar para aceder ao conhecimento científico disponível, numa clara inversão dos propósitos da ciência. Este estado de coisas configura um retorno à penumbra da época medieval em que o conhecimento e

o acesso ao conhecimento eram privilégio de alguns. Por falar em época medieval e épocas anteriores, veja-se as novas galés de investigadores juniores e estagiários de investigação a remarem, ao toque do tambor, possibilitando a espantosa proliferação científica de investigadores que produzem dezenas e dezenas de artigos científicos por ano. A produção científica desenfreada está também ligada à atividade de orientação de alunos em relatórios, projetos e teses, sendo comum, por esta razão, encontrar-se docentes com dezenas de estagiários, mestrandos e doutorandos, frequentemente “desorientados” e/ou, nas palavras de Siqueira et al. (2018), para alguns orientadores um orientando não passa de uma ferramenta para produzir mais um artigo científico. Nas IES a produção científica e as orientações de trabalhos académicos são, lembre-se, dos itens principais para medir o mérito profissional ditando a progressão na carreira. O acesso a concurso a projetos de investigação financiados e a participação em júris de provas académicas são igualmente parte deste processo. A lógica dos números prevalece sobre a lógica da seriedade científica e pedagógica. O rei vai nu. O já referido estudo de Carson et al. (2013) ilustra a situação com um cartoon de Jorge Cham o criador de “PHD Comics”, algo mordaz e sarcástica, sobre como os investigadores vão perdendo a sua liberdade intelectual desde o início da sua vida académica até à cova, literalmente.

Finalmente, para completar a tríade de competitividade insalubre o acesso a lugares de chefia intermédios nas IES, quer sejam de eleição ou de nomeação, é frequentemente conseguido por recurso a expedientes pouco claros e meritórios. Em muitas IES há uma espécie de eugenismo em que uns quantos tudo fazem para fazer prevalecer as condições favoráveis à continuidade dos seus privilégios e conveniências. Ilustrando com uma ideia muitas vezes ouvida: “essa área científica é minha” em vez de “essa é a área científica em que eu trabalho”. Uma vez mais o rei vai nu.

Em síntese, para o que aqui interessa, esta excessiva competição degradou consideravelmente o clima organizacional de muitas IES. Pior, degradou também a vida de muitos docentes/investigadores incapazes de conjugar de forma harmoniosa a sua vida profissional e pessoal e contribuindo para a insalubridade do clima psicossocial das IES.

Como ultrapassar as disfuncionalidades do ambiente físico e psicossocial das IES? Em abstrato, sugerimos a ideia inspiradora tratada por Norbert Elias (1997) em *Envolvimento e Distanciamento*. Nesta obra, o filósofo, recorre ao conto de Edgar A. Poe “Os Pescadores no Turbilhão de Maelstrom”, em que um dos três irmãos pescadores naufragados, observando a dinâmica do turbilhão

que sugava a embarcação para o fundo do mar, libertando-se do medo que o afligia, observou que os objetos cilíndricos e mais pequenos se afundavam mais lentamente, decidiu, por isso, atar-se a um barril e salvou-se. Norbert Elias enfatiza a importância de nos distanciarmos durante os processos críticos, pensando, teorizando, por referência a figurações mais complexas. A lição é essa mesmo, a dose certa de envolvimento e distanciamento, com as coisas do trabalho e as outras coisas da vida das pessoas.

Um olhar atento pela literatura científica oferece contributos notáveis, infelizmente muitas vezes esquecidos, para alcançar uma pedagogia que eduque para a multiculturalidade e da singularidade dos indivíduos e que sirva as necessidades e desejos de uma sociedade, justa, inclusiva e sustentável. Destacamos aqui a perspectiva libertadora da educação de Freire (1987), a papel da interação social com os pares e outros atores do conhecimento para o desenvolvimento cognitivo e das competências sociais indivíduos de Vygotsky (1926) e a ecologia do desenvolvimento humano, inclusiva e integradora de Bronfenbrenner (1979). Cada uma à sua maneira, mas diríamos até de forma muito complementar, os ensinamentos maiores destas perspectivas teóricas são fundadores da ideia de cocriação enquanto abordagem pedagógica, de que falaremos a seguir.

A cocriação na ação pedagógica.

Para o cumprimento cabal da nobre missão de formar mulheres e homens de pensamento livre e dotados de conhecimento e competências que promovam uma sociedade evoluída, livre, democrática, de plena cidadania e competente na abordagem aos desafios emergentes, é imperativo que as IES conheçam a atual natureza do variado leque dos seus mais diretos *stakeholders*, nomeadamente os alunos que atualmente ingressam e frequentam o ensino superior. Para além de serem o principal foco de atenção das suas ações pedagógicas e científicas, o impacto na sociedade e o sucesso da missão das IES na formação destes alunos depende, em larga medida, da capacidade que estas instituições tenham em interpretar a realidade e de se moldarem-se rapidamente de forma a darem resposta às elevadas expectativas que uma sociedade exigente e em constante mudança deposita nelas.

Muitas foram as gerações que tiveram a sorte e a oportunidade de passar pelo Ensino Superior. No entanto, talvez nunca como agora as IES tenham sentido a necessidade de se tornarem mais atrativas para acolher mais e melhores estudantes, fazendo com que as IES recorram de forma extensiva aos conceitos de marketing, educacional no caso, para melhorar a sua eficácia na

captação de estudantes (veja-se Kotler & Fox (1994). De facto, verifica-se hoje, como nunca, um crescente e diversificado número de iniciativas de comunicação por parte das IES, por sinal muitas delas bastante criativas, havendo inclusivamente em todas as IES nacionais gabinetes especializados em Comunicação e Imagem e que são os responsáveis pela criação e implementação das estratégias de marketing da sua instituição.

Muito embora a concorrência entre IES possa explicar a génese recente destes movimentos, com o passar do tempo e com o advento da era digital, a necessidade de as instituições aportarem ao mercado formações diferenciadas e diferenciadoras veio acentuar mais a importância de uma comunicação eficaz para o exterior.

A acrescentar a isto consideramos também como preponderantes essencialmente dois fatores: O primeiro concerne o facto da atual geração de alunos a entrar e a frequentar o ensino superior, a denominada Geração Z - a primeira geração de nativos digitais, ser inequivocamente uma geração com a maior exigência em matéria de aposta no futuro e, consequentemente, de criteriosa escolha da sua formação. O segundo fator tem a ver com a responsabilidade, diríamos social até, das IES em matéria de formação para a realidade do emprego, quer a atual quer a que se vislumbra venha a ser a realidade nos próximos anos (World Economic Forum, 2020).

Estes fatores, entre outros, criam pressão no sistema de ensino superior e forcem as IES a renovarem a sua oferta formativa, ou pelo menos a repensar e redesenhar a sua oferta formativa atual, de modo a torná-la mais atrativa e eficaz no que toca à preparação dos jovens formados para vencerem os seus desafios profissionais.

Neste contexto tem sido recente a aposta da IES nacionais em programas de ensino/aprendizagem baseadas em modelos diversos do paradigma clássico, em particular no modelo de cocriação. Um dos exemplos paradigmáticos desta aposta por parte das Instituições de Ensino Superior Politécnico em Portugal é o projeto de capacitação de professores do Ensino Superior Politécnico e Profissional para a cocriação de inovação⁴⁷, a decorrer até meados de 2023, com co-financiamento nacional, através do POCH e Portugal 2020 e europeu, através do Fundo Social Europeu.

Neste projeto nacional, que envolve os 14 Institutos Politécnicos da Rede Nacional do Ensino Superior Politécnico, em conjunto com Escolas

47 Projeto: "Qualidade dos sistemas de ensino e formação de nível não-superior - Formação de docentes e outros agentes de educação e formação" financiado pelo POCH, PORTUGAL2020 e FSE.

Profissionais nacionais, o objetivo principal é o de capacitar os docentes do Ensino Superior Politécnico, e das Escolas Profissionais, para a prática pedagógica de cocriação com vista à inovação em contextos de abordagem a problemas reais, oriundos das realidades inerentes às atividades empresariais, de todo o tipo, e de instituições da sociedade civil.

Assim, o projeto assume-se claramente como uma proposta ambiciosa de aproximação da academia ao tecido empresarial e económico nas regiões de influência dos vários institutos politécnicos ao nível nacional. É, neste sentido, uma oportunidade única, dadas a dimensão e alcance do projeto, de diminuir o fosso ainda existente entre as realidades laboral, económica e empresarial e a atividade académica de ensino e investigação.

Em termos concretos, os projetos de cocriação em causa pressupõem a constituição de equipas multidisciplinares que, conjuntamente com representantes de empresas ou entidades parceiras, abordam problemas reais oriundos do contexto da área de atuação das entidades, com vista à inovação, durante um processo de dez a doze semanas, correspondente a um semestre letivo. O processo de cocriação é apoiado por um docente que assume o papel de facilitador do processo, promovendo e coordenando todas as tarefas inerente a todas as fases do mesmo.

Ao nível da capacitação pedagógica dos docentes para os processos de cocriação, a diferença fundamental que este projeto de formação aporta é a de introduzir, ou enfatizar, o modelo de docente-facilitador no processo pedagógico de cocriação.

Ainda que o conceito de facilitador não seja propriamente uma inovação, mesmo quando aplicado à ação pedagógica da docência (veja-se, por exemplo, Margalef & Pareja Roblin (2016)), a verdade é que atualmente a prática pedagógica comum nas IES ainda é a do modelo clássico, onde a fonte do conhecimento reside em um único agente, o professor, que o transmite para os alunos, maioritariamente em momentos de contacto presencial, em ambiente de sala de aula de variada tipologia, e esperando que estes procedam, geralmente por iniciativa própria, às diligências necessárias para aprofundar os conceitos transmitidos. Neste contexto, o aluno tem um papel essencialmente passivo nos momentos em que o conhecimento lhe é transmitido, cabendo-lhe a tarefa de o descodificar e assimilar. No final, os conhecimentos adquiridos pelos alunos são tipicamente avaliados por testes intermédios ou exames finais. Proliferou bastante nos últimos 20 a 30 anos a prática pedagógica de exigir a realização de trabalhos práticos, individuais ou de grupo, com ou sem relatórios

e apresentação oral finais. Esta prática, já habitual em disciplinas de natureza laboratorial, transcendeu para disciplinas tipicamente mais teóricas e é tida normalmente como um meio de fomentar a pesquisa individual e o trabalho em equipa.

Por oposição a esta prática, o docente-facilitador surge como um agente promotor de uma aprendizagem ativa por parte dos alunos. O conhecimento deixa de ser transmitido de forma unilateral, unidirecional e passiva e passa a ser um processo de descoberta, orientado pelo docente-facilitador que acompanha o aluno em todas as fases de descoberta desse conhecimento.

Vários estudos apontam o impacto benéfico das metodologias de aprendizagem ativa, mesmo em disciplinas tradicionalmente abstratas como são a Matemática e a Física (veja-se, por exemplo, Aji & Khan (2019; Freeman et al. (2014)).

Pois bem, é precisamente nestes processos de cocriação para a inovação que encontramos um expoente máximo de aprendizagem, diríamos transformadora, através de uma metodologia ativa onde os alunos trabalham em contexto de equipa multidisciplinar, multicultural e transdisciplinar, conjuntamente com o representante de uma empresa ou entidade parceiras, na abordagem de um problema real, complexo, com a perspetiva de evolução futura de fenómenos associados ao mesmo.

O processo de cocriação em consideração baseia-se, grosso modo, num processo iterativo de pensamento convergente e divergente, ao estilo de uma metodologia baseada em Design Thinking (veja-se Brown (2008)). Ao longo de todo o processo, e com a coordenação de um docente-facilitador, os alunos são estimulados a desenvolver as suas capacidades de criatividade, pensamento crítico, trabalho colaborativo, comunicação de resultados a audiências não especializadas, comunicação de ideias em formato de protótipos, entre outras. Cada estudante é ainda incentivado no aprofundamento dos seus conhecimentos técnicos, quer na sua área quer em áreas afins e, muito importante, a utilização estratégica do erro, ou falha, como um fator importante no processo de aprendizagem. Acresce ainda o facto que os alunos, como equipa, têm a responsabilidade da tomada de decisões no que respeita à evolução do processo de aquisição de conhecimento e as suas múltiplas possibilidades.

Uma palavra sobre o docente-facilitador. Desengane-se quem pense que nestes processos de cocriação, o docente que agora assume o papel de facilitador, não passa de um mero espectador, maioritariamente passivo, cuja

ação só é desencadeada a partir da iniciativa da equipa de alunos. Nada mais distante da realidade pois a verdade é que é precisamente a ação do docente-facilitador que, em larga escala, vai determinar o sucesso do processo de ensino/aprendizagem! (veja-se, por exemplo, Bostrom et al. (1996)).

A ação do docente-facilitador num processo de cocriação é de extrema complexidade, em várias dimensões. Cabe-lhe em primeiro lugar, a gestão das tarefas ao longo das diferentes etapas do processo que, sendo um processo de construção de conhecimento, deverá obrigatoriamente resultar no final um acumulado de novos conhecimentos e competências por parte dos alunos.

Uma segunda dimensão relaciona-se com a visão do exterior, da sociedade, para com a IES. Na verdade, a participação de entidades externas à IES no processo de cocriação, premissa indispensável e indissociável do conceito de cocriação, traz ao docente-facilitador a complexa e difícil, por vezes ingrata, responsabilidade da gestão das expectativas para com o representante externo sobre o sucesso do processo. Recorde-se que a base inicial de trabalho é precisamente um problema real, complexo e de âmbito mais ou menos geral, oriundo da atividade da entidade parceira externa. O representante da entidade externa é pois alguém cuja expectativa é à priori muito elevada e será a partir da ação do docente-facilitador ao longo do processo de cocriação que se construirá uma relação de confiança, espera-se sólida e permanente, entre a instituição de ensino superior e a entidade externa. Aos olhos do representante da entidade externa será na ação do docente-facilitador que recairá a imagem, de competência ou falta dela, da instituição de ensino superior. Não será demais reforçar a responsabilidade preponderante do docente-facilitador na construção de uma relação de confiança sólida entre a IES e as entidades externas, principalmente as locais.

Finalmente, uma terceira dimensão tem a ver com os pressupostos que conduzem ao sucesso de um processo de cocriação com vista à inovação. Para que o resultado do processo seja consequência de um processo de cocriação plena, em equipa, e haja realmente um acumulado de conhecimento por parte dos alunos, e da entidade parceira, o docente-facilitador é o responsável por fomentar, ao longo de todo o processo, o espírito de equipa, que deve ser sempre positivo, gerir a expectativa e motivação individual de cada aluno e promover o envolvimento da entidade parceira.

Escusado será referir a extrema complexidade inerente a estas tarefas. Mais ainda, é natural que haja manifesta falta de preparação, em termos pedagógicos, da maioria dos docentes das IES em Portugal para gerir estes

processos de cocriação. Foi precisamente esse o *leitmotiv* para elaboração do vigente projeto de capacitação de professores do Ensino Superior Politécnico e Profissional para a cocriação de inovação.

Espera-se que um projeto tão ambicioso como este resulte numa lufada de ar fresco no sistema de Ensino Superior em Portugal, impactante e promotor de ambientes de trabalho saudáveis no seio das IES, particularmente no Sistema Nacional de Ensino Superior Politécnico, e que traga uma nova realidade na relação entre as IES e a sociedade, mais concretamente nas zonas de influência das IES. Em suma, acreditamos que este projeto será um fator impulsionador da mui nobre missão das IES perante a sociedade.

Espera-se outrossim que processos colaborativos e inclusivos como são os projetos de cocriação contribuam para promover ambientes de trabalho mais saudáveis no seio das instituições de ensino superior, mitigando as situações de “dark side” e de disfuncionalidade do ambiente entre académicos.

Referências

- Aji, C. A., & Khan, M. J. (2019). The Impact of Active Learning on Students' Academic Performance. *Open Journal of Social Sciences*, 07(03), 204–211. <https://doi.org/10.4236/jss.2019.73017>
- Bauman, Z. (2001). *Modernidade Líquida*. Ed. Zahar.
- Beck, U., Giddens, A., & Lash, Scott. (2000). (2000). *Modernização Reflexiva: Política, Tradição e Estética no Mundo Moderno*. 1ª Edição. Celta. Oeiras. (1ª). Celta Editora.
- Bostrom, R. P., Clawson, V. K., & Watson, R. T. (1996). The Importance of Facilitator Role Behaviors. *Journal of Teaching in International Business*, 7(4), 7–30. https://doi.org/10.1300/J066v07n04_02
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development. Experiments by nature and design. In Harvard University Press (Ed.), *European Review* (Vol. 13). [http://books.google.ch/books?hl=fr&lr=&id=8cf0FYm0jW0C&oi=fnd&pg=PR17&dq=The+Ecology+of+Human+Development&ots=1MJR4DQzhK&sig=ISozy9Cdsos1-n3onKZSdzT3vtA&redir_esc=y#v=onepage&q=The Ecology of Human Development&f=false](http://books.google.ch/books?hl=fr&lr=&id=8cf0FYm0jW0C&oi=fnd&pg=PR17&dq=The+Ecology+of+Human+Development&ots=1MJR4DQzhK&sig=ISozy9Cdsos1-n3onKZSdzT3vtA&redir_esc=y#v=onepage&q=The+Ecology+of+Human+Development&f=false)
- Brown, T. (2008). Design Thinking. *Harvard Business Review*, 1–10.
- Carson, L., Bartneck, C., & Vokes, K. (2013). Over-Competitiveness in Academia: A Literature Review. *Disruptive Science and Technology*, 1(4), 183–190. <https://doi.org/10.1089/dst.2013.0013>

- Elias, N. (1997). *Envolvimento e Distanciamento. Estudos Sobre a Sociologia do Conhecimento*. Publicações Dom Quixote.
- Freeman, S., Eddy, S. L., McDonough, M., Smith, M. K., Okoroafor, N., Jordt, H., & Wenderoth, M. P. (2014). Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(23), 8410–8415. <https://doi.org/10.1073/pnas.1319030111>
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do Oprimido* (17ª). Paz e Terra.
- Gaspar, T., Correia, M., Machado, M. do C., Xavier, M., Guedes, F. B., Ribeiro, J. P., & de Matos, M. G. (2022). Ecossistemas dos Ambientes de Trabalho Saudáveis (EATS): Instrumento de Avaliação dos Healthy Workplaces. *Psicologia, Saúde & Doença*, 23(01), 253–269. <https://doi.org/10.15309/22psd230124>
- Giddens, A. (2000). *As Consequências da Modernidade* (4ª). Celta Editora.
- Jyoti Deka, M., & Kumar Jain, P. (2022). A Review of Literature regarding Organization Climate and Higher Educational Institutions. *International Journal of Interdisciplinary and Multidisciplinary Studies*, 9(1), 79–85. <http://www.ijims.com>
- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285. <https://doi.org/10.2307/2392498>
- Kotler, P., & Fox, K. (1994). *Marketing estratégico para instituições educacionais*. Atlas.
- Malher, C. R. (2015). *TERRITÓRIOS UNIVERSITÁRIOS: tempos, espaços, formas*. Universidade de Brasília.
- Margalef, L., & Pareja Roblin, N. (2016). Unpacking the roles of the facilitator in higher education professional learning communities. *Educational Research and Evaluation*, 22(3–4), 155–172. <https://doi.org/10.1080/13803611.2016.1247722>
- Martins, F. B. (2021). *A Relação entre a Satisfação no Trabalho e o Stress Profissional dos Portugueses e a sua Influência nos Significados Atribuídos ao Trabalho*. Universidade do Porto.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self and Society*. The University of Chicago Press.
- OMS. (2010). *Ambientes de trabalho saudáveis: Um modelo para ação*. <http://www.sesi.org.br>
- Siqueira, M. V. S., Medeiros, B. N., & Bueno Mendonça, J. M. (2018). O Espaço para o Scholé no Mundo Acadêmico. *Revista Subjetividades*, 17(3), 143. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v17i3.6385>
- Vygotsky, L. S. (1926). *Educational Psychology* By L.S. Vygotsky.

World Economic Forum. (2020). *The Future of Jobs Report 2020*.