

GUIA TÉCNICO N.º 3

VIGILÂNCIA DA SAÚDE DOS TRABALHADORES
EXPOSTOS A FATORES DE RISCO
PSICOSSOCIAL NO LOCAL DE TRABALHO



GUIA TÉCNICO N.º 3

VIGILÂNCIA DA SAÚDE DOS TRABALHADORES EXPOSTOS A FATORES DE RISCO PSICOSSOCIAL NO LOCAL DE TRABALHO

FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.

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: Direção-Geral da Saúde, 2021.

EDIÇÃO

Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa

Tel.: 218 430 500

Fax: 218 430 530

E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt

AUTORES

COORDENAÇÃO

Sandra Moreira - Direção-Geral da Saúde / PNSOC

Carolina Nunes - Direção-Geral da Saúde / PNSOC

José Rocha Nogueira - Direção-Geral da Saúde / PNSOC (*Presidente do Grupo de Trabalho Técnico-Científico*)

PERITOS

Carlos Dias - Autoridade para as Condições do Trabalho

Cristina Rodrigues - Autoridade para as Condições do Trabalho

Ema Sacadura Leite - Universidade Nova de Lisboa / Escola Nacional de Saúde Pública

Eugénia Alentejo - Ordem dos Enfermeiros

Inês Castro - Comissão Técnica de Acompanhamento do PNSOC

Jorge Barroso Dias - Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho

Maria Antónia Frasquilho - Alterstatus

Maria João Manzano - Comissão Técnica de Acompanhamento do PNSOC

Maria José Chambel - Universidade de Lisboa / Faculdade de Psicologia

Mário Freitas - Ordem dos Médicos / Colégio de Especialidade de Medicina do Trabalho

Paula Domingos - Direção-Geral da Saúde / Programa Nacional para a Saúde Mental

Samuel Antunes - Ordem dos Psicólogos

Teresa Galhardo - Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho

Lisboa, março 2021

VERSÃO PARA CONSULTA PÚBLICA

NOTAS PRÉVIAS:

- A versão do presente documento foi elaborada para efeitos de consulta pública.
- Para participar na consulta pública deverá preencher o formulário disponível on-line através do seguinte link: <https://forms.gle/eErPsRs2aX1sjReA9>
- Após a consulta pública será publicada uma versão simplificada do presente documento.
- Serão efetuadas sessões de esclarecimento, gratuitas e *on-line*, sobre este Guia Técnico, que serão anunciadas no microsite da Saúde Ocupacional da Direção-Geral da Saúde (www.dgs.pt/saude-ocupacional.aspx).



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



DGS
desde
1899
Direção-Geral da Saúde



Programa Nacional
de Saúde Ocupacional

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	3
2.	ENQUADRAMENTO	6
2.1.	SAÚDE E BEM-ESTAR NO TRABALHO.....	6
2.2.	PRINCIPAIS TENDÊNCIAS DO TRABALHO	10
2.3.	CONTEXTO LEGAL E NORMATIVO	13
2.4.	NOTA ESTATÍSTICA	14
3.	FATORES DE RISCO PROFISSIONAL DE NATUREZA PSICOSSOCIAL	16
4.	EFEITOS NA SAÚDE	22
4.1.	REAÇÕES DE STRESS	23
4.2.	CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS E SOCIAIS	24
4.2.1.	Ansiedade.....	25
4.2.2.	Depressão	25
4.2.3.	Reação de stress agudo.....	26
4.2.4.	Perturbação de stress pós-traumático.....	26
4.2.5.	<i>Burnout</i>	27
4.2.6.	Défice cognitivo.....	28
4.2.7.	Alterações comportamentais e sociais.....	29
4.2.7.1.	<i>Perturbações do sono-vigília</i>	29
4.2.7.2.	<i>Perturbações por consumo de substâncias psicoativas</i>	30
4.2.7.3.	<i>Perturbações devido a assédio e/ou violência</i>	30
4.3.	CONSEQUÊNCIAS FISIOLÓGICAS E FÍSICAS	31
4.3.1.	Lesões músculo-esqueléticas.....	32
4.3.2.	Efeitos cardiovasculares.....	32
4.3.3.	Efeitos sobre o sistema imunológico.....	33
4.3.4.	Efeitos sobre o aparelho digestivo.....	33
5.	INTERVENÇÃO DOS SERVIÇOS DE SST/SO NO ÂMBITO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS	34
6.	PLANO ORGANIZACIONAL E COLETIVO – <i>Ambiente de trabalho psicossocial</i>	38
6.1.	ANÁLISE DO RISCO PSICOSSOCIAL	38
6.1.1.	Avaliação dos fatores de risco psicossocial.....	38
6.1.2.	Avaliação de ocorrências críticas com risco psicossocial	39
6.1.3.	Avaliação da perceção dos efeitos na saúde.....	41
6.2.	AVALIAÇÃO DO RISCO PSICOSSOCIAL.....	41
6.3.	GESTÃO DO RISCO PSICOSSOCIAL.....	42
7.	PLANO INDIVIDUAL - <i>Vigilância da saúde dos trabalhadores</i>	43
7.1.	ANÁLISE DO RISCO	45
7.1.1.	Anamnese	45

7.1.2.	Exame objetivo.....	47
7.1.3.	Exames complementares de diagnóstico.....	47
7.1.4.	Instrumentos de avaliação específica	49
7.1.5.	Avaliação do posto de trabalho.....	50
7.1.6.	Diagnóstico clínico.....	50
7.2.	AVALIAÇÃO DO RISCO	53
7.2.1.	Decisão quanto à aptidão para o trabalho	53
7.3.	GESTÃO DO RISCO	55
7.3.1.	Encaminhamento/referenciação de trabalhador com diagnóstico clínico presuntivo de perturbação mental	55
7.3.2.	Internamento compulsivo devido a anomalia psíquica grave.....	56
7.3.3.	Reabilitação psicossocial e reintegração profissional	57
7.3.4.	Vigilância epidemiológica.....	58
7.3.5.	Informação de resultados e recomendações preventivas	58
8.	MEDIDAS DE PREVENÇÃO	59
8.1.	MEDIDAS DE PREVENÇÃO TRANSVERSAIS.....	60
8.2.	MEDIDAS DE PREVENÇÃO POR FATOR DE RISCO PSICOSSOCIAL.....	61
8.3.	MEDIDAS DE PREVENÇÃO POR OCORRÊNCIA CRÍTICA.....	66
9.	MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	68
10.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
	ANEXOS.....	78
	Anexo 1. Principais Diretivas, Convenções e Acordos internacionais no âmbito dos riscos profissionais de natureza psicossocial e respetiva transposição/aprovação para o direito nacional	78
	Anexo 2. Sinopse Estatística no âmbito dos fatores de risco psicossocial.....	86
	Anexo 3. Modelo de registo de “Informação Geral” da empresa/estabelecimento sobre organização e população trabalhadora para efeitos da prestação dos Serviços de SST/SO.....	88
	Anexo 4. Exemplos da aplicação de instrumentos para avaliação dos fatores de risco psicossocial.....	90
	Anexo 5. Exemplos de instrumentos para avaliação da perceção dos trabalhadores quanto aos efeitos adversos na saúde por exposição a fatores de risco psicossocial	91
	Anexo 6. Modelo de registo da avaliação do ambiente psicossocial.....	98
	Anexo 7. Exemplos de instrumentos para avaliação de hábitos e estilos de vida.....	100
	Anexo 8. Exemplos de instrumentos para avaliação específica de problemas de saúde mental.....	105
	Anexo 9. Avaliação e gestão de quadros clínicos prioritários	111
	Anexo 10. Avaliação e gestão de quadros clínicos de emergência	119
	Anexo 11. Critérios para a classificação da potencial perturbação mental	121
	Anexo 12. Escala de incapacidade de Sheehan (Sheehan Disability Scale).....	122
	Anexo 13. Escala de avaliação global do funcionamento (GAF)	123
	Anexo 14. Hospitais com consulta de psiquiatria por região administrativa e respetivas urgências.....	124

1. INTRODUÇÃO

As situações de stress, de depressão, de ansiedade ou de *burnout* (1) são cada vez mais relatadas por um significativo número de trabalhadores (2) face à enorme pressão para responder às exigências do ambiente de trabalho moderno e à atual situação pandémica (3). Tal ocasiona repercussões, não só na vida profissional como também na vida pessoal, familiar e social. O ónus da doença mental evidencia-se altamente relevante no contexto do trabalho (4), usualmente associado a “um forte estigma e discriminação” (5) e à perda de capital humano produtivo (6). Este ónus tem um impacto importante ao reduzir perspetivas de emprego e de salário, o rendimento das famílias, a produtividade das empresas, e ao causar altos custos, diretos e indiretos, na economia (4).

Num mercado económico livre, o ritmo do trabalho das empresas¹ é ditado por comunicações instantâneas, elevados níveis de concorrência e de competição global (4) exigências de produtividade e desenvolvimento tecnológico, que conduzem a ambientes de trabalho cada vez mais stressantes (4,7). Estes ambientes são agravados pela definição de objetivos pouco realistas, pela urgência em alcançar resultados, pelas longas horas de trabalho, por contratos precários e pela instabilidade e incerteza no emprego.

A enorme crise de saúde pública ocasionada pela pandemia da COVID 19 provocou uma disrupção, sem precedentes, na economia e na sociedade em geral (8) e desencadeou profundas e rápidas mudanças laborais que geraram, agravaram e realçaram os riscos psicossociais e que colocaram em evidência a relevância da saúde e do bem-estar dos trabalhadores (**Apontamento 1**), bem como a importância da gestão dos riscos psicossociais no contexto do trabalho.

Reconhece-se que as condições de trabalho e a forma como este é organizado e executado podem ter efeitos adversos na saúde mental (1) e bem-estar dos



APONTAMENTO 1:

A “**saúde dos trabalhadores**”, será potenciada no contexto de trabalho, se se garantir que os trabalhadores (7):

a) *Sentem bem-estar e segurança no local de trabalho, e estão aptos para a atividade profissional, para além de motivados e realizados pessoal e profissionalmente;*

b) *Desempenham a sua atividade em locais e ambientes de trabalho que sejam promotores de saúde e segurança, além de satisfatoriamente confortáveis;*

c) *Realizam a atividade profissional num trabalho digno, sem qualquer discriminação, com remuneração adequada, exercido em liberdade, em diálogo social, e existindo respeito pelos direitos fundamentais dos cidadãos e equidade;*

d) *Beneficiam de Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho/Saúde Ocupacional de qualidade, organizados e disponibilizados pela entidade empregadora, que procedam à vigilância e promoção da saúde de forma continuada.*

O “**Ambiente de trabalho saudável**” é aquele em que os trabalhadores e os gestores/empregadores colaboram conjuntamente no processo de melhoria contínua quanto à proteção e promoção da saúde e bem-estar dos trabalhadores e garantem a sua segurança, em prol da sustentabilidade do trabalho (7,8). Encontram-se integradas neste conceito as seguintes vertentes (7,8):

a) *Questões de saúde, bem-estar e segurança nas condições de trabalho em geral;*

b) *Questões de saúde e bem-estar no ambiente psicossocial de trabalho, incluindo a cultura organizacional de trabalho, modelo de gestão e valores da entidade empregadora;*

c) *Recursos que apoiem e incentivem a saúde individual no trabalho;*

d) *Envolvimento da empresa na comunidade visando melhorar a saúde dos trabalhadores, das suas famílias e de outros membros da comunidade.*

¹ Para efeitos do presente documento “empresas” e “organizações” são sinónimos e integram todos os ramos de atividade nos setores público, privado ou cooperativo e social.

trabalhadores, sempre que não se garanta uma boa gestão dos riscos psicossociais no local de trabalho.

Neste contexto complexo, é imperativo assumir que o trabalho é, simultaneamente, uma importante fonte/ origem de riscos psicossociais mas também o local ideal para os enfrentar, mediante adequadas intervenções (4,6). É por isso imprescindível garantir uma correta avaliação e gestão dos riscos profissionais (9), que assegure a existência de ambientes de trabalho saudáveis (10,11), a proteção e promoção da saúde dos trabalhadores (**Apontamento 1**) e a capacidade de trabalho de longo prazo (3) com elevados níveis de saúde e bem-estar mental dos trabalhadores.

Os riscos psicossociais estão associados ao aumento do absentismo e presentismo laboral, à reduzida produtividade, a baixos níveis de desempenho, à elevada rotatividade, à diminuta motivação dos trabalhadores (1,12), para além de estarem relacionados a um enorme fardo de doença e incapacidade que acarretam pesados encargos financeiros para os indivíduos, as empresas e a sociedade (12).

Os riscos psicossociais são hoje uma grande preocupação de Saúde Pública (13) e um desafio major (7,13,14) e emergente (7,15) para os Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho/Saúde Ocupacional (SST/SO) e para os sistemas tradicionais de vigilância (13) de saúde dos trabalhadores e de gestão de SST/SO (15). Este desafio é encarado ao nível da prevenção dos riscos profissionais de natureza psicossocial, assim como no âmbito do tratamento, acompanhamento, reabilitação e apoio àqueles que vivem com doença mental, para que “possam ter uma participação plena na sociedade, no mercado de trabalho e na sua vida familiar” (5).

O presente Guia Técnico tem por objetivo identificar boas práticas de prevenção dos riscos psicossociais e de vigilância da saúde dos trabalhadores, visando constituir um **referencial de orientação que auxilie a atuação dos Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho/Saúde Ocupacional (SST/SO)** e dos seus profissionais nesta matéria. Para efeitos da sua implementação consideram-se os conceitos indicados no **Apontamento 2**.

Embora se reconheça que o processo de análise, avaliação e gestão dos riscos psicossociais é complexo e que não existe uma metodologia única

APONTAMENTO 2:

- **Fator de risco** é um agente suscetível de provocar um efeito adverso na saúde do trabalhador, por vezes identificado como “o perigo” ou “a causa”.








- Os **fatores de risco de natureza psicossocial** (usualmente denominados por “fatores psicossociais”) são definidos pela Organização Internacional do Trabalho (1986) como as “interações entre o ambiente de trabalho, o conteúdo do trabalho, as condições organizacionais e as capacidades, necessidades, cultura e considerações pessoais extratrabalho dos trabalhadores que podem, através da perceção e da experiência, influenciar a saúde, o rendimento no trabalho e a satisfação profissional” (14).

- **Risco profissional** é a combinação da probabilidade de ocorrência de um efeito adverso na saúde do trabalhador (“a consequência de saúde”) e a gravidade do dano no trabalhador, assumindo-se que existe exposição profissional.

- O **risco profissional de natureza psicossocial** (por vezes abreviado por “risco psicossocial”) pode definir-se como a probabilidade de ocorrência de um efeito adverso na saúde mental, física e/ou social do trabalhador e a sua gravidade, decorrente da exposição a fator(es) de risco psicossocial(ais) (11) no local de trabalho.

- **Perturbação mental** é “uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa da cognição, da regulação da emoção, ou do comportamento do sujeito que reflete uma disfunção dos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. As perturbações mentais estão geralmente associadas com significativo mal-estar ou défice social, ocupacional, ou outras atividades importantes” (15).

que consiga englobar todas as situações de trabalho, o presente Referencial apresenta uma **metodologia geral de atuação dos Serviços de SST/SO** visando:

-  Estabelecer os principais fatores de risco psicossocial que as empresas devem contemplar para efeitos de avaliação de risco;
-  Identificar os principais instrumentos que estão disponíveis para proceder à avaliação dos fatores de risco psicossocial e das consequências adversas na saúde;
-  Melhorar a metodologia de análise, avaliação e gestão dos riscos psicossociais em contexto de trabalho;
-  Determinar um processo de identificação e encaminhamento (referenciação) dos trabalhadores com potenciais perturbações mentais graves e moderadas;
-  Realçar a importância da reabilitação psicossocial e da reintegração profissional de trabalhador com perturbação mental;
-  Identificar medidas de prevenção de âmbito geral e específico;
-  Promover a saúde mental e bem-estar no local de trabalho.





O presente Guia Técnico foi elaborado no âmbito da Ação 1.2 “*Elaboração de Referencial sobre riscos psicossociais no contexto de trabalho*” do Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC): Extensão 2018/2020 (16), da Direção-Geral da Saúde (DGS). Para a concretização da citada Ação, a DGS constituiu um Grupo de Trabalho Técnico-Científico, coordenado pelo Programa Nacional de Saúde Ocupacional, que integrou peritos de diversas áreas e de diferentes entidades.

2. ENQUADRAMENTO

2.1. SAÚDE E BEM-ESTAR NO TRABALHO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define **saúde mental** como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e pode contribuir para a comunidade em que se insere” (1,17,18).

Assim, a saúde mental “**não é meramente a ausência de doença ou enfermidade**” (18):

-  **A SAÚDE MENTAL é parte integrante do conceito de saúde** da OMS, ou seja o “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, considerando-se como pressuposto que “**sem saúde mental não há saúde**” (17,18) e que a saúde deve ser vista numa perspetiva holística (19) e como um “**estado positivo de bem-estar**” (18) que inclui, obrigatoriamente, a dimensão mental.
-  **A SAÚDE MENTAL é uma “componente fundamental do bem-estar dos indivíduos, interdependente da saúde física”** (5) que permite “o desenvolvimento equilibrado durante a vida e desempenha um papel importante nas relações interpessoais” e na “**integração social**” (20) do indivíduo.
-  **A SAÚDE MENTAL é “parte indissociável do bem-estar e funcionamento pleno dos indivíduos e das comunidades”** (5,18,20,21), dado que possibilita ao indivíduo a sua integração no trabalho e na sociedade, a sua realização intelectual e emocional, a estimulação da sua “**capacidade de trabalho e produtividade**” (17), do seu desenvolvimento pessoal e da “**capacidade de adaptar-se a mudanças, a enfrentar crises**” e a estabelecer relações satisfatórias (20).
-  **A SAÚDE MENTAL tem um **impacte considerável no desempenho profissional e na produtividade e competitividade das empresas**** (4,5), pelo que é crucial que o trabalhador goze de bem-estar, seja consciente das suas capacidades, possa enfrentar as exigências normais da vida e do trabalho de forma frutífera e produtiva, e seja capaz de contribuir para a sua comunidade (6).

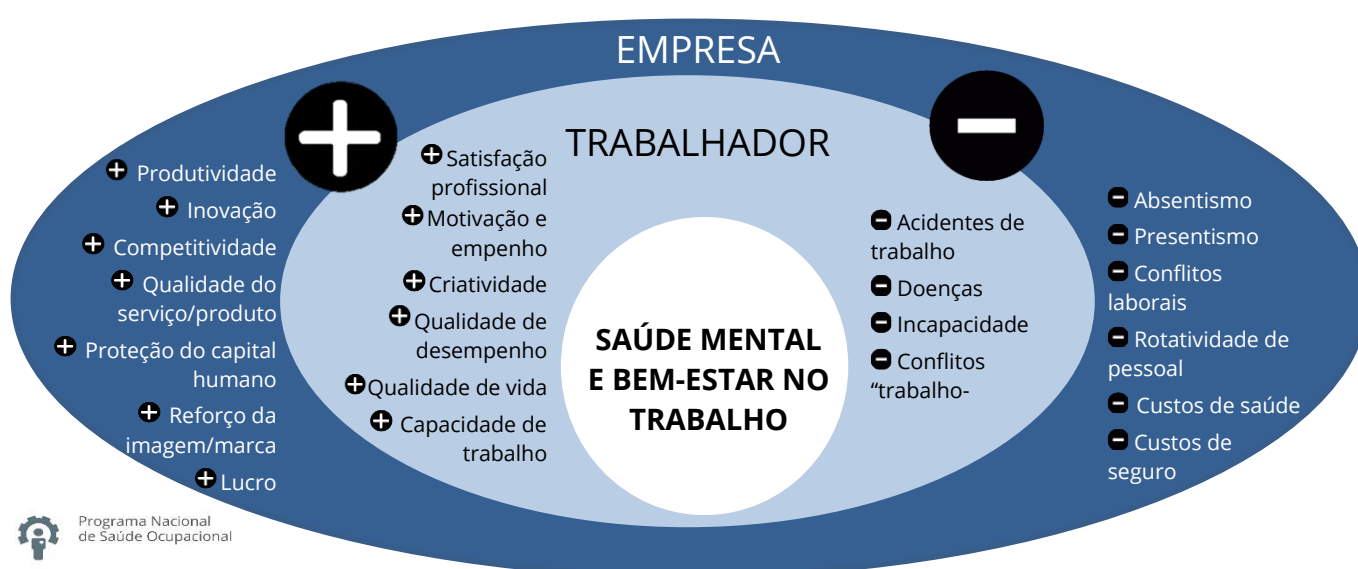
Embora se reconheça a importância da saúde mental, para os trabalhadores e para as empresas, constata-se que existe uma **elevada prevalência** (14) de perturbações mentais em contexto laboral que “**estão associadas a níveis de incapacidade mais altos do que a maioria das doenças físicas crónicas**” (20), de que são exemplo a depressão (7,14) e o *burnout*.

Apesar da **condição mental de cada indivíduo/trabalhador ser determinada por uma “multiplicidade de fatores”** (17) nomeadamente biológicos (ex. género e genética),

individuais (ex. experiências profissionais e pessoais), sociofamiliares, económicos e ambientais (ex. estatuto social e condições de vida), mostra-se importante que as empresas apostem na promoção da saúde mental (18) no contexto de trabalho, não só através de adequadas medidas de prevenção do risco profissional de natureza psicossocial, mas sobretudo pelo reconhecimento dos fatores protetores ou promotores que poderão robustecer a saúde mental dos trabalhadores (1).

O trabalho pode ser **positivo e benéfico** para a saúde mental (Figura 1) ao proporcionar um “sentimento de inclusão, estatuto e identidade”, ao estruturar a “ocupação do tempo” (1) e ao constituir um relevante elemento de socialização. É através do trabalho que o indivíduo assegura as necessidades básicas de segurança financeira e de sustentabilidade pessoal e familiar, essenciais à vida. Quando o indivíduo gosta e sente bem-estar no seu trabalho este constitui uma fonte de motivação, de crescimento psicológico e de realização pessoal.

Figura 1. Benefícios dos bons níveis de saúde mental e bem-estar no trabalho



Desta forma, quando ao trabalho estão agregadas perceções de valorização e de reconhecimento (22) que conduzem a vivências de prazer, satisfação e segurança para o trabalhador, consideram-se que são fatores que, no trabalho, contribuem para a saúde mental. O apoio social, o sentimento de inclusão, de significado e de sentido do trabalho, assim como ter condições para tomar decisões no trabalho e para organizar e controlar o trabalho de acordo com o seu próprio ritmo (1), são alguns exemplos de **fatores protetores ou promotores** da saúde mental.

As melhorias na maneira como o trabalho é organizado e gerido poderão potenciar ambientes psicossociais adequados e contribuir para criar empresas saudáveis com condições de trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis que, paralelamente, fomentem a produtividade, a inovação e sejam competitivas e sustentáveis.

No entanto, o trabalho pode revestir-se de aspetos **negativos e prejudiciais** (Figura 1). É recorrente o “sofrimento psíquico” (23) no trabalho:

- a. Quando o trabalho é desprovido de significado, não é valorizado, não tem suporte (ou apoio) social e/ou constitui uma fonte de ameaça à integridade física e/ou psíquica do trabalhador;
- b. Em situações de intensificação do trabalho (tempo e ritmo de trabalho);
- c. Em situações de reestruturação da organização da empresa, de incorporação tecnológica ou na existência de processos de comunicação e de liderança fracos;
- d. Quando existe falta de trabalho (ou mesmo a ameaça de perda de emprego), pela ameaça à subsistência do trabalhador e da sua família.

Neste quadro, as **repercussões negativas** decorrentes de problemas de saúde mental manifestam-se, comumente, pelo aumento do absentismo, do presentismo e de acidentes de trabalho, pela existência de relações laborais conflituais, pela motivação reduzida dos trabalhadores, pela diminuição da satisfação e da criatividade, pelo aumento da rotatividade de pessoal e das transferências internas e pela reputação da empresa usualmente mais fraca (4). Quando existe o desgaste em relação ao trabalho, usualmente expresso na forma de desânimo e descontentamento pelos trabalhadores, surge o sofrimento que, num “primeiro momento, é o limite entre a saúde e a doença” (22).

O **Apontamento 3** coloca em evidência os **principais custos** associados aos riscos psicossociais, assim como o **importante retorno** que poderá ser alcançado com a boa gestão destes riscos, sobretudo quando impulsionada pela administração de topo da empresa e por gestores intermédios e chefias diretas.



APONTAMENTO 3:



Quais são as principais evidências quanto à saúde e doença mental no local de trabalho?

As perturbações mentais no local de trabalho representam hoje uma significativa parte dos problemas de saúde que afetam os trabalhadores: **“um em cada cinco trabalhadores sofre de um problema de saúde mental”** (2).

Cerca de 25% dos trabalhadores da Europa afirmam “sofrer stress no trabalho durante a maior parte ou a totalidade do seu horário de trabalho”, e uma percentagem similar “relata que o trabalho afeta negativamente a sua saúde”, tendo os fatores de risco psicossocial um contributo relevante quanto aos efeitos adversos do trabalho (24).

De acordo com o “EU Labour Force Survey”, no período de 1999 a 2007 (12), cerca de 28% dos inquiridos – o equivalente a quase 55,6 milhões de trabalhadores europeus – referiu que o seu bem-estar mental fora afetado pela exposição a fatores de risco psicossocial; a “falta de tempo e excesso de trabalho” foi o principal fator de risco mais selecionado; de entre os trabalhadores com problemas de saúde relacionados com o trabalho, o «stress, depressão ou ansiedade» foram referidos como os mais graves por 14% dos inquiridos” (12).

A EUROFOUND (25) salienta que: a) a taxa de sinistralidade entre os trabalhadores que afirmam «trabalhar sempre sob pressão» é cerca de cinco vezes mais elevada do que no caso dos trabalhadores que «nunca» têm de trabalhar sob pressão; b) 42 % dos trabalhadores de escritório que optam pela reforma antecipada fazem-no devido a perturbações psicossociais relacionadas com o trabalho.

Existem também evidências que o “stress no local de trabalho está relacionado com uma degradação da qualidade das relações com o cônjuge, os filhos e outros membros da família” (12), o que poderá ter sérias consequências em termos de saúde pública. Neste contexto, considera-se que o argumento

económico para a proteção da saúde mental da força de trabalho se tornará ainda mais robusto para a economia como um todo, mas também para os empregadores (2) e trabalhadores.



Qual é o impacto económico das perturbações mentais nos sistemas de saúde e de bem-estar social, emprego e produtividade?

Os riscos psicossociais e os efeitos na saúde que lhes estão associados acarretam pesados encargos financeiros para os indivíduos, as organizações/empresas e as sociedades (12). As empresas são sobretudo afetadas por custos associados com o absentismo e o presentismo laboral, reduzida produtividade e baixos níveis de desempenho, elevada rotatividade e pouca motivação dos trabalhadores (1,12). Os principais custos para os indivíduos relacionam-se com a deterioração da saúde, a incapacidade prolongada, a mortalidade e a redução da qualidade de vida (1,12), podendo ainda afetar o rendimento dos trabalhadores (12). Consideram-se também como outros custos relevantes os imputáveis à reforma antecipada ou invalidez, aos exames e cuidados de saúde, à contratação de trabalhadores substitutos e horas extraordinárias, à perda de capital intelectual, aos custos com ações judiciais, entre outros (12).

Um inquérito realizado pela EU-OSHA (26) concluiu que o custo total das doenças relacionadas com o trabalho para os países da UE-15 situava-se entre 185 e 289 mil milhões de euros por ano, estimando-se um valor de 20 mil milhões de euros para o custo do stress relacionado com o trabalho neste grupo de países.

O projeto realizado pela Matrix (2) estimou em 617 mil milhões de euros anuais (12) o custo na Europa quanto à depressão relacionada com o trabalho. O valor total incluía os custos para os empregadores resultantes do absentismo e do presentismo (272 mil milhões de euros), a perda de produtividade (242 mil milhões de euros), os custos dos cuidados de saúde (63 mil milhões de euros) e os custos da segurança social sob a forma de pagamentos de subsídios de invalidez (39 mil milhões de euros) (12). As projeções europeias mostram ainda que “estes custos continuarão a crescer num ritmo significativo” (2).

Os valores anteriormente apresentados “devem ser encarados como indicativos da enorme dimensão do problema” (2), mais do que um número real.



Qual é o retorno económico do investimento em programas que promovam a saúde mental?

Os programas de saúde mental nos locais de trabalho têm um grande potencial para gerar retorno económico e melhorar a saúde mental da força de trabalho (2), dado que conduzem a melhorias significativas ao nível do bem-estar dos trabalhadores, de redução do absentismo e do aumento da produtividade e do melhor desempenho dos trabalhadores (1,2). Pode igualmente melhorar a imagem e reputação da empresa (1).

Os resultados do projeto Matrix (2) sugerem que os benefícios económicos líquidos gerados por estes programas ao longo de 1 ano podem variar entre 0,81€ e 13,62€ para cada 1€ de despesa/investimento no programa. A seleção do tipo de programa que uma empresa deve investir deve basear-se nas necessidades e objetivos específicos da empresa e seus trabalhadores, bem como nos recursos disponíveis (2).



Como são vistos os riscos psicossociais pelos empregadores?

Os “riscos psicossociais constituem uma **preocupação para a maioria das empresas: quase 80% dos gestores**” de empresas/estabelecimentos da Europa manifesta “preocupação com o stress no trabalho, e praticamente um em cada cinco considera a violência e o assédio como um motivo de grande preocupação” (24).

Contudo, de acordo com o “European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks – ESENER” (95) “menos de 30% das organizações na Europa dispõem de procedimentos para fazer face ao stress no local de trabalho, ao assédio e à violência de terceiros” e “mais de 40 % dos quadros dirigentes europeus consideram que os riscos psicossociais são mais difíceis de gerir do que os «tradicionais» riscos de SST”, o que poderá revelar a dificuldade de abordagem desta temática pelas empresas.

De referir que entre os 32 países que participaram no Segundo Inquérito Europeu às Empresas sobre Riscos Novos e Emergentes (ESENER-2), Portugal ficou em 29º lugar quanto à **gestão nacional dos riscos psicossociais**, muito abaixo da média europeia (27).

São as **organizações de grande dimensão** que parecem ter mais “medidas e procedimentos” para fazer face aos riscos psicossociais do que as pequenas e médias empresas, dado que “dispõem de maiores orçamentos para a prevenção de riscos profissionais” e possuem “um nível superior de conhecimentos e consciencialização” nesta matéria (27). Um dos principais fatores determinantes para a gestão do risco psicossocial no local de trabalho é a vontade de reduzir o absentismo (12).

Independentemente da dimensão da empresa/estabelecimento o **envolvimento da administração** é o impulsionador mais forte na gestão dos riscos psicossociais, assim como o envolvimento formal e informal dos trabalhadores que se afigura igualmente um relevante impulsionador (27).

2.2. PRINCIPAIS TENDÊNCIAS DO TRABALHO

Nas últimas décadas, ocorreram no mundo do trabalho **mudanças socioeconómicas e tecnológicas de grande escala** (13) que tiveram repercussões significativas na natureza, organização e gestão (4,7,13) do trabalho, com efeitos na saúde e bem-estar (13) humano (**Apontamento 4**). Neste contexto é importante realçar o aumento das exigências do trabalho e dos recursos mentais despendidos face a tais exigências (carga mental de trabalho) (15,22), que têm resultado **numa variedade de circunstâncias que potenciam o stress** (15), entre outros efeitos na saúde.

A **pandemia da COVID-19 (Apontamento 4)** desencadeou mudanças laborais profundas e inimagináveis que, de forma súbita, inesperada e imprevisível, impuseram inúmeros, exigentes e complexos desafios sociais, económicos e de SST/SO, para além de colocar em evidência, de forma ímpar, a importância da gestão dos riscos psicossociais no contexto do trabalho para a saúde física e para a saúde mental e bem-estar dos indivíduos (8,21,28,29), sejam estes trabalhadores ou empregadores. Esta pandemia ultrapassou os meros contornos de crise de saúde pública, alastrando-se à economia e aos mercados de todo o mundo, afetando empresas, trabalhadores e as suas famílias.

Reconhece-se que existe uma enorme incerteza sobre o futuro do trabalho e os reflexos na SST/SO. Contudo considera-se que deverão assegurar os objetivos do desenvolvimento

sustentável e, desta forma, assegurar os requisitos do trabalho digno e de qualidade, sendo indispensável para este efeito garantir adequadas condições de trabalho, uma sã e justa cultura organizacional e modelos de gestão e de valores promotores da saúde e segurança dos trabalhadores.



APONTAMENTO 4:



Globalização e novas formas de organização e emprego

A **globalização** abriu portas ao desenvolvimento económico mas também aos processos competitivos globais (4). São evidentes as mudanças nos padrões de emprego através de uma maior flexibilidade nos processos de trabalho (4,13,15), do aumento do trabalho a tempo parcial (part-time) e temporário, do trabalho independente e do teletrabalho.

Se por um lado, estas mudanças laborais podem **melhorar significativamente a satisfação e o bem-estar da força de trabalho** (15), nomeadamente devido ao aumento da flexibilidade de horários e das oportunidades de aprendizagem e das condições que favorecem o bom equilíbrio entre a vida profissional e pessoal (15), por outro estas novas formas de organização e práticas de trabalho poderão estar associadas a maiores exigências e intensificação do trabalho, maior insegurança laboral, menor controlo das situações de trabalho - extensão, duração e processos de trabalho (13) - e maior probabilidade de despedimento de trabalhadores (4,27), com consequências negativas na saúde mental dos trabalhadores.



Alterações socioeconómicas e tecnológicas

Nas últimas décadas, observa-se uma **crescente diversificação da força de trabalho** devido a mudanças significativas nos padrões de emprego e à maior mobilidade dos trabalhadores.

As alterações demográficas da força de trabalho são notórias, designadamente pelo aumento do número de mulheres empregadas (13), do número de trabalhadores migrantes (13) e o incremento do grupo etário dos 55-64 anos, este último associado ao aumento da esperança de vida e à diminuição das taxas de fertilidade da população (30). As alterações demográficas da população trabalhadora, nomeadamente o envelhecimento da população, provocarão pressões significativas sobre a força de trabalho (2). A SST desempenha, nesta matéria, um papel crucial para o prolongamento efetivo da vida ativa (envelhecimento ativo), as questões de género no trabalho, e a integração cultural, ao promover medidas que possibilitem uma vida profissional segura e saudável, a manutenção da capacidade de trabalho, incluindo mental, e formas de trabalho compatíveis com a idade, género e aspetos socioculturais.

As **inovações tecnológicas** têm conduzido a diversas alterações nos processos de trabalho, diluindo os limites entre o trabalho e a vida pessoal (4) e dificultando a sua conciliação. O uso massivo da tecnologia de informação e comunicação (TIC) faz com que os trabalhadores permaneçam ligados ao trabalho durante mais tempo e, na prática, continuam a fazer o seu trabalho em casa e fora do horário de trabalho, considerando-se que uma rápida resposta *on-line* é um sinal de “bom desempenho” (4) profissional. Neste âmbito, surgem conflitos e incompatibilidade entre funções de trabalho e papéis familiares (4), o que tende a dificultar ou impossibilitar a procura e o assumir de “papéis familiares” ou “papéis de liderança” na empresa/estabelecimento.

Também as situações de “stress tecnológico” são comuns entre os trabalhadores, isto é, o “sentimento de ansiedade de um indivíduo em relação à sua capacidade de utilizar a tecnologia de forma eficaz, ou

o sentimento de frustração, no caso de a utilização fracassar” (27). De referir que a adoção massiva e inesperada do teletrabalho devido à COVID-19 e o enorme avanço dos processos de digitalização, aumentaram as situações de stress tecnológico entre os trabalhadores, com consequências adversas para a saúde mental. Salienta-se que a existência de novos processos e tecnologias tendem a **aumentar a exposição dos trabalhadores a fatores de risco psicossocial** (27).



Mudanças ocasionadas por situações de crise e de emergência

As **situações de crise (3) e de emergência (8)**, como a crise financeira de 2007/2008 e a pandemia da COVID-19, têm impactos negativos na saúde mental e bem-estar (21,28) dos trabalhadores. Em termos gerais, as crises ou desastres que resultam em enormes constrangimentos financeiros para os indivíduos estão associados a efeitos psicológicos/mentais graves e persistentes (8). Usualmente estas situações fomentam o desemprego e o trabalho precário, diminuem a estabilidade financeira, aumentam a pobreza, a exclusão social e as desigualdades, reduzem as oportunidades de progressão na carreira, e incrementam o sentimento de medo, de perda de emprego e de culpa em relação ao despedimento de colegas (4), aspetos que conduzem a consequências prejudiciais para a saúde mental e bem-estar dos trabalhadores.

Em 2007/2008, a **crise económica global e a recessão** obrigou muitas empresas diminuir a sua atividade económica, a fim de permanecerem competitivas, procedendo à reestruturação organizacional com recurso ao *downsizing* (redução do número de trabalhadores), à fusão, ao *outsourcing* (externalização de partes da sua atividade) e/ou à subcontratação e a despedimentos em massa (4,13,15). Embora estas medidas visassem criar empresas “mais competitivas” (15) e com “elevado desempenho” (15), tiveram reflexos negativos na qualidade de vida profissional (15) e uma **menor atenção à gestão de riscos no local de trabalho** devido à pressão para a redução de custos (4).

Em dezembro de 2019, a **pandemia da COVID-19** ocasionou uma crise sanitária com impacto negativo e disruptor na economia mundial e na sociedade (8). Esta situação, sem precedentes, tem motivado o encerramento ou a interrupção do normal funcionamento das empresas e dos negócios (8), exigindo o restabelecimento gradual da atividade empresarial, a par da evolução epidemiológica da COVID-19, que implicam profundas modificações higio-sanitárias, organizacionais e de conduta social, visando evitar a propagação da doença entre os trabalhadores e garantir a sustentabilidade empresarial e o emprego (8).

Diversos estudos relatam que os efeitos psicológicos/mentais negativos da pandemia da COVID-19 são amplos e podem ser duradouros (8,31). As consequências na saúde incluem perturbações emocionais, depressão, ansiedade, tristeza, irritabilidade, insónia (8,21,31), entre outros. São múltiplos (21) os fatores de risco (stressores) associados à pandemia da COVID-19, dos quais se destacam: a duração da quarentena/ isolamento/ confinamento; a perceção da (in)segurança, ameaça e risco de infeção; a imprevisibilidade da evolução e término da pandemia; as informações inadequadas *versus* desconhecido; a perda de rendimento e insegurança no emprego; o estigma e exclusão social (8,31).

Considera-se assim que a pandemia da COVID-19 gerou, agravou e realçou os riscos psicossociais, dado o nível de desconhecimento e incerteza associados ao SARS-COV-2, a perceção pública da emergência e as rápidas medidas de reestruturação organizacional e funcional das empresas, estas últimas com o recurso massivo e “instantâneo” ao teletrabalho (ou trabalho “em casa” ou “à distância”) sem planeamento, formação ou organização prévia, ou com “trabalho presencial” (ou trabalho nas instalações da empresa) com novas e desafiantes exigências preventivas, que inevitavelmente tiveram impacto ao nível da saúde mental dos trabalhadores.

De realçar ainda que novas realidades de trabalho decorrentes desta pandemia, como a massificação do teletrabalho, embora visassem uma melhor proteção da saúde e segurança dos trabalhadores relativamente ao SARS-COV-2, aumentou, em diversas situações, o stress tecnológico, o isolamento social, os conflitos trabalho-família e a falta de suporte social, com consequências negativas (8,29) na saúde mental.

Em suma, situações de crise e de emergência – que afetam a vivência das pessoas em comunidade – são stressantes (21) constituindo estas adversidades um fator de risco, de curto e longo prazo (21), para a saúde e bem-estar mental.


2.3. CONTEXTO LEGAL E NORMATIVO

No âmbito dos riscos profissionais de natureza psicossocial destacam-se como principais instrumentos e bases legais os seguintes:

- a) A **Constituição da República Portuguesa**, que determina que é um direito do trabalhador *“a organização do trabalho em condições socialmente dignificantes, de forma a facultar a realização pessoal e a permitir a conciliação da atividade profissional com a vida familiar”*. Estabelece ainda que o trabalhador tem direito à *“proteção da saúde”* nos mais altos padrões.
- b) O **Código do Trabalho** (Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, na sua atual redação) que preconiza que é dever do empregador *“proporcionar boas condições de trabalho, do ponto de vista físico e moral”* e legisla matérias relativas ao tempo de trabalho, igualdade, maternidade e parentalidade, entre outras - vide **Anexo 1**.
- c) A **Lei de Bases da Saúde** (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, na sua atual redação), que estabelece na:
 - o **Base 1 “Direito à proteção da saúde”** – *“o direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer”*;
 - o **Base 13 “Saúde mental”** – a) *“o Estado promove a melhoria da saúde mental das pessoas e da sociedade em geral, designadamente através da promoção do bem-estar mental, da prevenção e identificação atempada das doenças mentais e dos riscos a elas associados”*; b) *“os cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia, e ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada e prioritariamente a nível da comunidade”*; c) *“as pessoas afetadas por doenças mentais não podem ser estigmatizadas ou negativamente discriminadas ou desrespeitadas em contexto de saúde, em virtude desse estado”*.
 - o **Base 14 “Saúde Ocupacional”** – *“todos os trabalhadores têm o direito de beneficiar de medidas que lhes permitam proteger a saúde no âmbito da sua vida profissional”* devendo *“ser tidos em conta, em especial, os riscos psicossociais dos trabalhadores particularmente vulneráveis”*.
- d) A **Lei da Saúde Mental** (Lei n.º 36/98, de 24 de julho) que institui *“os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental”*.
- e) O **“Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho”** (RJPST), aprovado pela Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, na sua atual redação, que aborda os riscos psicossociais no local de trabalho em duas principais vertentes (artigos 15º e 48º do citado Regime):
 - o *“Obrigações gerais do empregador”* - considera-se que o *“empregador deve zelar, de forma continuada e permanente, pelo exercício da atividade em condições de segurança e de saúde para o trabalhador”* (ponto 2, artigo 15º do RJPST), tendo em conta os **princípios gerais de prevenção**, que dão enfoque aos fatores de risco psicossocial (**Figura 2**).

- o "Atividades proibidas ou condicionadas" - estabelece-se que "são proibidas ou condicionadas aos trabalhadores as atividades que envolvam a exposição aos agentes químicos, físicos e biológicos ou outros fatores de natureza psicossocial que possam causar efeitos genéticos hereditários, efeitos prejudiciais não hereditários na progenitura ou atentar contra as funções e capacidades reprodutoras masculinas ou femininas, suscetíveis de implicar riscos para o património genético, referidos na presente lei ou em legislação específica, conforme a indicação que constar dos mesmos" (artigo 48º do RJPST).
- f) O **Código Penal** (Decreto-Lei n.º 48/95, na sua atual redação), que determina, no artigo 160.º, pena de prisão a quem "oferecer, entregar, recrutar, aliciar, aceitar, transportar, alojar ou acolher pessoa para fins de exploração, incluindo [...] a exploração do trabalho [...]: a) Por meio de violência, raptó ou ameaça grave; b) Através de ardil ou manobra fraudulenta; c) Com abuso de autoridade resultante de uma relação de dependência hierárquica, económica, de trabalho [...]; d) Aproveitando-se de incapacidade psíquica ou de situação de especial vulnerabilidade da vítima; ou e) Mediante a obtenção do consentimento da pessoa que tem o controlo sobre a vítima".

Figura 2. Princípios gerais de prevenção que referem explicitamente os riscos psicossociais

<p>Princípios gerais de prevenção em destaque</p> <p></p>	<p>"Assegurar, nos locais de trabalho, que as exposições aos agentes químicos, físicos e biológicos e aos <u>fatores de risco psicossociais</u> não constituem risco para a segurança e saúde do trabalhador" (alínea f, ponto 2, artigo 15º do RJPST).</p>	<p>"Planificar a prevenção como um sistema coerente que integre a evolução técnica, a <u>organização do trabalho</u>, as condições de trabalho, as <u>relações sociais</u> e a influência dos <u>fatores ambientais</u>" (alínea b, ponto 2, artigo 15º do RJPST).</p>
	<p>"Adaptação ao estado de evolução da técnica, bem como a <u>novas formas de organização do trabalho</u>" (alínea h, ponto 2, artigo 15º do RJPST).</p>	<p>"Adaptação do trabalho ao homem, especialmente no que se refere à conceção dos postos de trabalho, à escolha de equipamentos de trabalho e aos métodos de trabalho e produção, com vista a, nomeadamente, atenuar o trabalho monótono e o trabalho repetitivo e reduzir os <u>riscos psicossociais</u>" (alínea g, ponto 2, artigo 15º do RJPST).</p>

De salientar, que existem ainda **diplomas legais específicos** que abordam os fatores de risco e/ou os riscos psicossociais em contexto de trabalho, designadamente os relativos aos equipamentos dotados de visor, movimentação manual de cargas e prevenção de feridas por objetos cortantes, alguns dos quais identificados no **Anexo 1**.

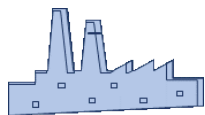
No **panorama europeu e internacional**, as principais Diretivas e Acordos europeus e as Convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que fazem alusão aos fatores de risco ou aos riscos psicossociais nos locais de trabalho também são indicados no **Anexo 1**. Destacam-se ainda os seguintes documentos europeus: a) Livro Verde "Melhorar a saúde mental da população" (6); b) "Mental health in workplace settings - Consensus Paper" (32); c) Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-estar (33); d) Linhas de Ação Estratégica para a Saúde mental e Bem-estar da União Europeia (34).

2.4. NOTA ESTATÍSTICA

Todos os empregadores/agentes económicos que têm pelo menos "um trabalhador por conta de outrem ao seu serviço" devem preencher, anualmente, o Relatório Único (RU), de acordo com o estabelecido no Código do Trabalho e regulamentado pela Portaria n.º 55/2010, de 21 de janeiro. O Anexo D "Relatório anual das atividades do serviço de segurança

e saúde no trabalho" do RU obriga os empregadores a identificarem os fatores de risco profissional a que todos os trabalhadores estão expostos na empresa/estabelecimento, nomeadamente de natureza psicossocial.

Tendo por base os dados preenchidos pelos empregadores de Portugal Continental que submeteram o Anexo D do RU no ano 2018 (35), apresenta-se no **Anexo 2** uma súmula da informação estatística neste âmbito que coloca em evidência que no referido ano:



Cerca de **13,4% dos estabelecimentos** que responderam ao Anexo D do RU identificaram, pelo menos, um fator de risco psicossocial.

- As atividades económicas com maior número de estabelecimentos que identificaram, pelo menos, um fator de risco psicossocial são: "Comércio p/grosso e a Retalho; Reparação de Veículos Automóveis e Motociclos" (12.944 estabelecimentos); "Alojamento, Restauração e Similares" (6.103 estabelecimentos); "Indústrias Transformadoras" (4.416 estabelecimentos).
- A maior percentagem de estabelecimentos que identificou, pelo menos, um fator de risco psicossocial relativamente ao número total de estabelecimentos da respetiva atividade económica corresponde a: "Captação, Tratamento e Distribuição de Água" (19,9%); "Administração Pública e Defesa; Segurança Social Obrigatória" (20,5%); "Atividades dos Organismos Internacionais e outras Instituições Extraterritoriais" (18,8%), respetivamente, dos estabelecimentos da respetiva atividade económica.



Cerca de **37,1% dos trabalhadores** de estabelecimentos que responderam ao Anexo D do RU foram considerados "expostos" a fatores de risco psicossocial.

- As atividades económicas com maior número de trabalhadores expostos a fator de risco psicossocial são: "Comércio p/grosso e a Retalho; Reparação de Veículos Automóveis e Motociclos" (217.589 trabalhadores); "Indústrias Transformadoras" (183.974 trabalhadores); "Atividades de Saúde Humana e Apoio Social" (163.247 trabalhadores).
- A maior percentagem de trabalhadores expostos a fator de risco psicossocial relativamente ao número total trabalhadores da respetiva atividade económica ocorre em: "Atividades de informação e comunicação" (84,6%); "Atividades Administrativas e dos Serviços de Apoio" (70%); "Transportes e Armazenagem" (56,1%) dos trabalhadores da respetiva atividade económica.



Os dados provenientes do Anexo D do RU indicam que foram **realizadas 102.979 avaliações** no âmbito dos fatores de risco psicossocial em 39.738 estabelecimentos, o que perfaz um rácio de cerca de 3 avaliações por estabelecimento.

- Os **fatores de risco psicossocial mais identificados** nos estabelecimentos foram: "Ritmos intensos de trabalho" (12.448 estabelecimentos); "Trabalho com exposição a potenciais ameaças e agressões verbais" (7.688 estabelecimentos); "Trabalho por turnos" (6.163 estabelecimentos).

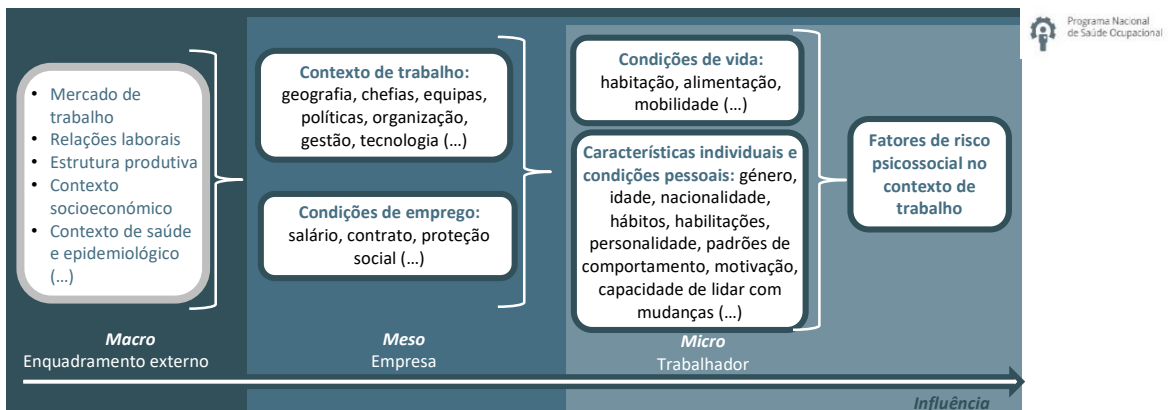
Não obstante os dados anteriormente apresentados, reconhece-se que a natureza e subjetividade das perturbações de índole psicológica/mental, a multifatorialidade que está associada aos riscos psicossociais, as implicações jurídico-legais e económicas para o empregador e, em várias situações, o diminuto conhecimento e experiência dos profissionais de Saúde Ocupacional (22) nesta matéria, entre outras, tem conduzido à invisibilidade das perturbações mentais associadas ao trabalho, dificultado o adequado dimensionamento e conhecimento da magnitude do problema, fundamentais à adoção de medidas de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores.

3. FATORES DE RISCO PROFISSIONAL DE NATUREZA PSICOSSOCIAL

Os fatores de risco profissional de natureza psicossocial (doravante designados por fatores de risco psicossocial) são influenciados (**Figura 3**):

- a nível global (macro) pelo enquadramento (económico, social, cultural, sanitário, entre outros) externo à empresa;
- a nível da empresa (meso) pelo contexto de trabalho (incluindo o ambiente social de trabalho (27) em particular a forma como o trabalho é concebido, organizado e gerido) e pelas condições de emprego;
- ao nível do trabalhador (micro) pelas condições de vida, as características individuais e as condições pessoais do trabalhador, entre outros.

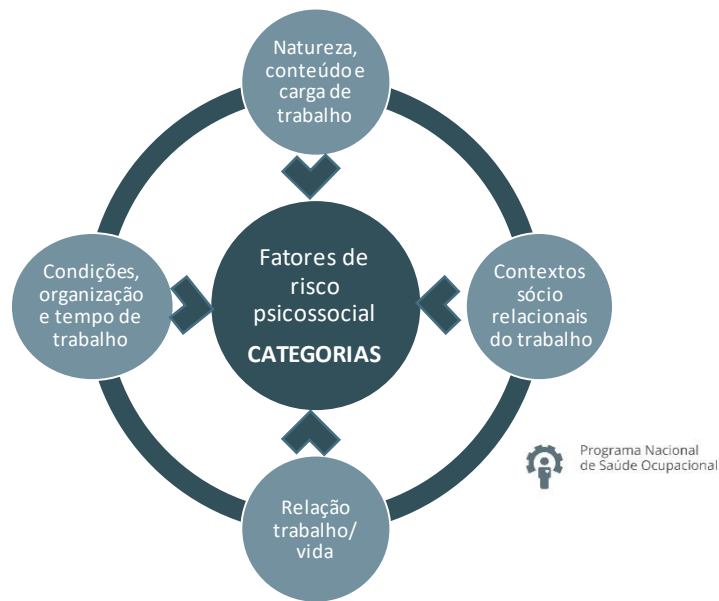
Figura 3. Aspetos macro, meso e micro que influenciam os fatores de risco psicossocial



Em termos gerais pode-se agrupar os fatores de risco psicossocial nas seguintes **categorias**:

- Natureza, conteúdo e carga de trabalho;
- Condições, organização e tempo de trabalho;
- Contextos sócio relacionais do trabalho;
- Relação trabalho/vida familiar, social e cultural (**Figura 4**).

Figura 4. Categorias dos fatores de risco psicossocial



Os fatores de risco de cada categoria são os indicados no **Quadro 1** no qual se sistematizam os respetivos conceitos e algumas considerações, para efeitos de aplicação do presente Guia.

Embora sejam apresentados os fatores de risco psicossocial de forma individualizada deve-se ter em consideração que estes interagem entre si e com outros fatores (ex. de natureza biológica, química e física). Salienta-se ainda que para que estes constituam **verdadeiros fatores de risco psicossocial do trabalho**, é necessário que:

1. Sejam considerados pelo trabalhador como importantes para o próprio;
2. Envolvam exigências que sejam percecionadas pelo trabalhador como excedendo os seus recursos (por exemplo, conhecimentos, competências ou possibilidades);
3. Sejam percebidos como estando fora do seu controlo, especialmente quando coexiste uma perceção de fraco suporte social que gera emoções negativas relativamente persistentes.

O apuramento destas situações exige uma **avaliação por parte dos Serviços de SST/SO**.

Quadro 1. Principais fatores de risco psicossocial

FATOR DE RISCO PSICOSSOCIAL - CONCEITO	CONSIDERAÇÕES: O fator de risco é um agente suscetível de provocar efeito adverso (dano) na saúde do trabalhador:
1. Natureza, conteúdo e carga de trabalho	
<p>1.1. Monotonia do trabalho – a atividade profissional não possui variedade de tarefas, é pobre em estímulos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a avaliação realizada estima que o trabalho é frequentemente desmotivante, aborrecido e/ou desinteressante devido à monotonia que o caracteriza: pouca variedade de tarefas e/ou de estímulos (ex. o trabalho exige que o trabalhador esteja na mesma posição durante longos períodos). • Integra o conceito de “trabalho monótono”.
<p>1.2. Repetitividade de tarefas - a atividade profissional desenvolve-se pela contínua repetição de tarefa(s), movimento(s) ou solicitação(ões) igual(ais) ou muito similar(es) em ciclos de trabalho muito curtos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a avaliação realizada estima que o trabalho gera desgaste e cansaço (físico e psicológico/mental) por este ter um padrão repetitivo (ex. situação de trabalho em que se reconhece a realização de movimentos idênticos realizados mais de duas a quatro vezes por minuto, acima de 50% do tempo de ciclo de trabalho, em ciclos de duração inferior a trinta segundos ou realizados durante mais de quatro horas, no total de um dia de trabalho). • Integra o conceito de “trabalho repetitivo”.
<p>1.3. Intensidade do ritmo trabalho - a atividade profissional desenvolve-se a um ritmo acelerado e exigente, por vezes sem pausas, visando a conclusão da tarefa(s) no tempo previsto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a avaliação realizada estima que o trabalho gera cansaço (físico e psicológico/mental) por este ter uma cadência e/ou encadeamento excessivamente rápido para a realização da(s) tarefa(s), que não é ajustado/gerido.
<p>1.4. Carga de trabalho – a atividade profissional envolve a realização de demasiadas tarefas para o tempo disponível ou não existem tarefas atribuídas ao trabalhador ou estas são bastante insuficientes perante o padrão normal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a avaliação realizada estima que existe: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Sobrecarga de trabalho</i>, dado o exagerado número de tarefas atribuído ao trabalhador, ou seja, o trabalho exigido/prescrito ultrapassa grandemente o planeado para um determinado período, fruto das solicitações e constrangimentos concretos e situacionais vividos durante a atuação profissional, o que leva frequentemente à acumulação de trabalho; ○ <i>Subcarga de trabalho</i>, dado que o trabalhador não tem tarefas atribuídas ou estas são bastante diminutas e não correspondem ao planeado para um determinado período.
<p>1.5. Exigência do trabalho² – a realização da atividade profissional impõe determinadas exigências e condições excessivas ao trabalhador a nível cognitivo, emocional e/ou físico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a avaliação realizada estima que existe um desequilíbrio entre as exigências/solicitações do trabalho e a capacidade do indivíduo para a realização das tarefas. A exigência pode ser: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Exigência cognitiva</i> – esforço mental elevado para processamento de informação; concentração elevada e/ou excesso de solicitações sensoriais, cognitivas e intelectuais que conduzem a fadiga mental. ○ <i>Exigência emocional</i> – a) constante lidar com o sofrimento, doença, dor ou morte; b) existência de dissonância emocional, dada a constante obrigação de demonstrar emoções diferentes (ex. simpatia) daquelas que realmente sente (ex. tédio); c) trabalho com isolamento físico e/ou social; d) trabalho em contextos sociais disruptivos (ex. trabalho com pessoas com comportamentos aditivos, vítimas de abusos, presos). ○ <i>Exigência física</i> - elevado esforço, ritmo e/ou carga estática ou dinâmica durante o trabalho que conduz a fadiga física. Pode estar relacionada com o incumprimento dos intervalos de recuperação (ex. pausas) necessários ao indivíduo.

² Integra os aspetos qualitativos da carga de trabalho

FATOR DE RISCO PSICOSSOCIAL - CONCEITO	CONSIDERAÇÕES: O fator de risco é um agente suscetível de provocar efeito adverso (dano) na saúde do trabalhador:
<p>1.6. Inadequação da autonomia ou controlo sobre o trabalho - a atividade profissional é desenvolvida com limitadas oportunidades de gerir a sua própria forma de trabalho, desenvolvendo-se com baixa liberdade para a tomada de decisões, resolução de problemas e/ou desenvolvimento de ideias e soluções inovadoras.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a avaliação realizada estima que existe: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Carência de autonomia/controlo</i>, ou seja, é inexistente ou existem poucas possibilidades de o trabalhador decidir e planejar o que fazer, quando fazer e como fazer (ex. decidir quanto à carga, ritmo e tempo de trabalho), resolver problemas da forma que considera mais adequada e/ou desenvolver ideias e soluções inovadoras. ○ <i>Excesso de autonomia/controlo</i>, ou seja, o trabalhador sente elevados níveis de insegurança, incapacidade e/ou desmotivação para planejar e executar as tarefas de trabalho.
<p>1.7. Inadequação de competências - as competências do trabalhador e as que são exigidas para o desempenho da atividade não correspondem entre si.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a avaliação realizada estima que o trabalhador para desempenhar a sua atividade profissional: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tem <i>excesso de competências</i> (ex. <i>sobre qualificação</i>), sentindo usualmente falta de interesse no trabalho por este não promover o desenvolvimento dos seus conhecimentos e/ou não valorizar a sua capacidade intelectual. ○ Tem <i>carência de competências</i> (ex. <i>infra qualificação</i>), sentindo usualmente falta de confiança e segurança no trabalho que realiza, dificuldade na sua concretização e/ou sentimento de “exploração” das suas capacidades.
<p>1.8. Objetivos irrealistas - os objetivos de trabalho são mal definidos, ambíguos, improváveis ou impossíveis de alcançar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a avaliação realizada estima que o trabalhador está desmotivado perante os objetivos de trabalho mal definidos, ambíguos, improváveis ou impossíveis de alcançar, critérios de avaliação estabelecidos para os objetivos e/ou processo(s) de gestão neste contexto.
2. Condições, organização e tempo de trabalho	
<p>2.1. Condições inadequadas do ambiente de trabalho - atividade profissional é realizada em instalações precárias, inseguras, insalubres e/ou com insuficiente(s) condição(ões) ambiental(ais) (ex: físicas, químicas, biológica, biomecânicas, etc.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a avaliação realizada estima que o trabalhador percebe que as condições do ambiente de trabalho (ex. ruído, temperatura, vibração, iluminação, ventilação, espaço de trabalho, produtos químicos), incluindo no contexto de teletrabalho, não estão em conformidade e são (ou podem ser) prejudiciais à sua segurança e/ou saúde. • Integra o conceito de “trabalho em condições adversas”.
<p>2.2. Falta de requisitos do equipamento de trabalho - atividade profissional implica a utilização de equipamento obsoleto, ineficaz ou para o qual o trabalhador não tem formação adequada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a avaliação realizada estima que o trabalhador percebe que pelo menos um requisito do equipamento de trabalho não está em conformidade ou não tem o conhecimento necessário para o utilizar, e afeta (ou pode afetar) negativamente o seu trabalho, segurança e/ou saúde.
<p>2.3. Constrangimentos no tempo de trabalho (duração, pausas e organização) - a atividade profissional realiza-se num horário de trabalho relativamente ao qual, com frequência, não existe cumprimento da hora de início e/ou de termo, tendo em conta o período normal de trabalho diário do trabalhador e/ou apresenta sérios constrangimento(s) quanto à sua organização e planeamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a avaliação realizada estima que: <ul style="list-style-type: none"> ○ Frequentemente são ultrapassados os limites de duração do período normal de trabalho. ○ O horário de trabalho não tem em consideração as exigências de segurança e saúde do trabalhador (ex. intervalo de descanso, descanso diário, semanal e compensatório, etc.). ○ O horário de trabalho não facilita ao trabalhador a conciliação da atividade profissional com a vida familiar e/ou a frequência de curso escolar, formação técnica ou profissional. ○ O tempo de trabalho estabelecido (ex. prazo de entrega) é insuficiente para a(s) tarefa(s) requerida(s) e/ou compromete a qualidade do(s) resultado(s) da(s) tarefa(s). ○ As pausas de trabalho não são respeitadas.
<p>2.4. Turnos - qualquer organização do trabalho em equipa em que os trabalhadores ocupam sucessivamente os mesmos postos de trabalho, a um determinado ritmo, incluindo o rotativo,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a avaliação realizada estima/verifica que: <ul style="list-style-type: none"> ○ A duração de trabalho de cada turno ultrapassa os limites máximos dos períodos normais de trabalho.

FATOR DE RISCO PSICOSSOCIAL - CONCEITO	CONSIDERAÇÕES: O fator de risco é um agente suscetível de provocar efeito adverso (dano) na saúde do trabalhador:
<p>contínuo ou descontínuo, podendo executar o trabalho a horas diferentes num dado período de dias ou semanas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ O trabalhador não beneficia de um nível de proteção em matéria de segurança e saúde adequado à natureza do trabalho que exerce trabalho (art.º 222.º Código Trabalho). ○ Os meios de proteção e prevenção em matéria de segurança e saúde dos trabalhadores por turnos não são equivalentes aos aplicáveis aos restantes trabalhadores e/ou não se encontrem disponíveis a qualquer momento (art.º 222.º Código Trabalho). ○ Existe um desajuste do trabalhador aos turnos, evidenciando-se efeitos adversos na saúde e bem-estar³. <p>• Integra o conceito de “trabalho por turnos”.</p>
<p>2.5. Horário noturno – é o compreendido entre as 22 horas de um dia e as 7 horas do dia seguinte. Este horário poderá ser diferente quando determinado em instrumento de regulamentação coletiva de trabalho. De referir, que o trabalho noturno é o prestado num período que tenha a duração mínima de sete horas e máxima de onze horas, compreendendo o intervalo entre as 0 e as 5 horas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a avaliação realizada estima/verifica que: <ul style="list-style-type: none"> ○ O trabalho noturno realizado pelo trabalhador ultrapassa mais de oito horas de trabalho num período de vinte e quatro horas, em qualquer atividade, que implique riscos especiais ou tensão física ou mental significativa⁴. ○ A trabalhadora grávida puérpera ou lactante não tem dispensa de prestação de trabalho no período noturno (entre as 20 horas de um dia e as 7 horas do dia seguinte): <ul style="list-style-type: none"> a) Durante um período de 112 dias antes e depois do parto, dos quais pelo menos metade antes da data previsível do mesmo; b) Durante o restante período de gravidez, se for necessário para a sua saúde ou para a do nascituro; c) Durante todo o tempo que durar a amamentação, se for necessário para a sua saúde ou para a da criança (art.º 60.º Código Trabalho). ○ Existe um desajuste do trabalhador ao trabalho noturno, evidenciando-se efeitos adversos na saúde e bem-estar⁵. <p>• Integra o conceito de “trabalho noturno”.</p>
3. Contextos sócio relacionais do trabalho	
<p>3.1. Falta de suporte (ou apoio) social - a atividade profissional é realizada de forma isolada (trabalho isolado) e/ou com baixos níveis de auxílio e apoio emocional, material, de apreciação e/ou informativo, por parte de pessoas do seu ambiente de trabalho, sobretudo do empregador, chefias e colegas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a avaliação realizada estima que o trabalhador sente que existe uma carência de assistência, partilha, ajuda e estímulo para resolução de problemas, desenvolvimento pessoal e/ou satisfação de outras necessidades. A carência sentida pelo trabalhador relativamente ao empregador, chefias e/ou colegas, é no âmbito do: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Apoio emocional</i>, relativo às emoções e à provisão de empatia, cuidado, confiança, afeto, escuta e estima;

³ Por exemplo: a) perturbações dos ritmos circadianos normais das funções psicofisiológicas, nomeadamente o ciclo sono/vigília; b) interferências no desempenho e eficiência do trabalho ao longo do período de 24 horas, com possibilidade de ocorrência de erros e acidentes; c) dificuldade em manter as relações habituais, tanto a nível familiar como social, com consequentes influências negativas nas relações conjugais, no cuidado das crianças; d) alterações do sono e dos hábitos alimentares; e) perturbações mais graves e de longo prazo, que afetam predominantemente o aparelho gastrointestinal (colite, gastroduodenite e úlcera péptica), as funções neuro-psíquicas (fadiga crónica, ansiedade, depressão), o aparelho cardiovascular (hipertensão, doença isquémica cardíaca) (161) e o sistema metabólico (diabetes tipo 2, síndrome metabólica) (162).

⁴ São consideradas atividades que implicam riscos especiais ou tensão física ou mental significativa as seguintes: a) monótonas, repetitivas, cadenciadas ou isoladas; b) em obra de construção, demolição, escavação, movimentação de terras, ou intervenção em túnel, ferrovia ou rodovia sem interrupção de tráfego, ou com risco de queda de altura ou de soterramento; c) da indústria extrativa; d) de fabrico, transporte ou utilização de explosivos e pirotecnia; e) que envolvam contacto com corrente elétrica de média ou alta tensão; f) de produção ou transporte de gases comprimidos, liquefeitos ou dissolvidos ou com utilização significativa dos mesmos; g) que, em função da avaliação dos riscos a ser efetuada pelo empregador, assumam particular penosidade, perigosidade, insalubridade ou toxicidade (art.º 224.º Código Trabalho).

⁵ Vide exemplos da nota de rodapé n.º 3. Acresce ainda que a International Agency for Research on Cancer (IARC) classificou, em 2019, o trabalho por turnos com horário noturno como um provável carcinogénico para o ser humano (grupo 2A).

FATOR DE RISCO PSICOSSOCIAL - CONCEITO	CONSIDERAÇÕES: O fator de risco é um agente suscetível de provocar efeito adverso (dano) na saúde do trabalhador:
	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Apoio de apreciação</i>, relativo ao provimento de informações específicas relativas à avaliação do valor profissional do trabalhador e da qualidade do seu trabalho. ○ <i>Apoio informativo</i>, relativo a informações diversas que contribuam para a boa prossecução do trabalho e resolução de problemas.
<p>3.2. Conflitos laborais - durante a atividade profissional o trabalhador está sujeito a pressões ou expectativas muito elevadas ou inconsistentes, existem discórdias ou desentendimentos de trabalho e/ou há um choque de personalidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a avaliação realizada estima que o trabalhador sente que existe conflito no trabalho, em pelo menos uma das seguintes categorias: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Conflitos Pessoais</i>: ocorrem entre o trabalhador e uma outra pessoa, seja esta chefia, colega ou outro membro da empresa, e envolve discórdias de pensamentos, emoções, valores e/ou princípios. ○ <i>Conflitos Interpessoais ou intergrupais</i>: é semelhante ao anterior, mas envolve o desentendimento entre várias pessoas ou equipas da empresa. ○ <i>Conflitos com outros trabalhos</i>: surge quando existem outros trabalhos ou tarefas, dentro ou fora da empresa, que impossibilitam que o trabalho seja devidamente concretizado. ○ <i>Conflitos entre necessidades e valores</i>: surge quando aquilo que o trabalhador necessita para cumprir o objetivo do seu trabalho entra em conflito com a sua personalidade, conhecimento técnico, princípios e os valores que mais preza.
<p>3.3. Relações de poder e liderança disruptivas - durante a atividade profissional o trabalhador depende da autoridade, vontade ou decisão de outro, em que a dependência, controlo e/ou conduta interfere negativamente com a saúde e bem-estar do trabalhador, assim como com a satisfação e motivação profissional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a avaliação realizada revela que as condutas e atitudes no local de trabalho, de superiores, subordinados ou colegas, são inadequadas e/ou inapropriadas e que afetam negativamente a saúde e bem-estar do trabalhador. Incluem-se situações de assédio, de violência e de <i>mobbing</i>. Incluem-se também as lideranças autoritárias, desmotivantes, sem transparência e adequada comunicação e outros aspetos de liderança que perturbem seriamente o trabalhador e a sua atividade.
4. Relação trabalho / vida	
<p>4.1. Conflito "trabalho-família" - a realização da atividade profissional interfere negativamente com a vida familiar, social e individual do trabalhador, incluindo as situações em que o trabalhador é contactado (ex. telefonemas, e-mails) fora do horário de trabalho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a avaliação realizada estima que o tempo despendido pelo trabalhador ou o stress que resulta do desempenho da atividade profissional, prejudicam o desempenho de outros papéis (cônjuge, parental, comunitário).
<p>4.2. Insegurança no emprego - o trabalhador tem a perceção ou a experiência pessoal das consequências negativas das condições de emprego que possui. Pode estar relacionado / é relacionável com a precaridade laboral (36).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a avaliação realizada estima que o trabalhador sente insegurança a nível: a) quantitativo, ou seja medo de perder o emprego, sem ser seu desejo; b) qualitativo, ou seja medo de perder regalias ou certas características do trabalho que valoriza, aprecia e/ou tem direito (ex. ausência de subsídios). Usualmente estas situações não estão associadas ao "trabalho tradicional" (19,36) que assegura (ao trabalhador) um trabalho a tempo inteiro, com duração indeterminada, proteção social (ex. reforma, subsídio de desemprego, férias, etc.) e salário.

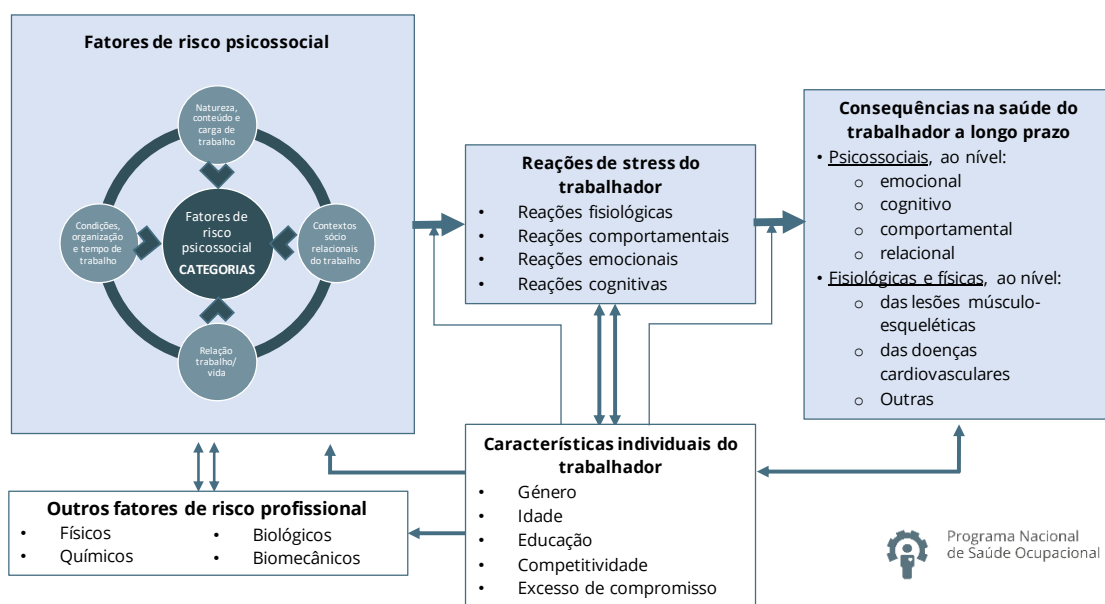
4. EFEITOS NA SAÚDE

Um inadequado ambiente de trabalho psicossocial e o stress relacionado com o trabalho podem ter um impacto negativo, quer direto, quer indireto, na saúde física e bem-estar dos trabalhadores.

A **Figura 5** pretende sistematizar os principais **efeitos na saúde** resultantes da exposição a fatores de risco psicossocial (**Quadro 1**), salientando-se que:

- a) Os fatores de risco psicossocial **interagem entre si** e com outros fatores de natureza (ex. biológica, química, física, biomecânicos);
- b) O stress no trabalho, e outros efeitos na saúde, são complexos e resultam de processos dinâmicos (19) e raramente provêm de uma só fonte, de um só fator de risco, constituindo, usualmente, o produto da interação que se estabelece entre a **tarefa, o trabalhador e a empresa**.
- c) Os fatores de risco psicossocial são múltiplos e a forma como são percecionados pelo trabalhador é determinante no impacto sobre a sua saúde e bem-estar. **A mesma situação pode ser percecionada como um desafio ou como uma ameaça ou perda. Esta perceção terá impactes completamente distintos no indivíduo.**
- d) Uma exposição simultânea a vários fatores de risco psicossocial pode **potenciar mais consequências adversas na saúde** em detrimento da exposição individualizada (ex. a existência simultânea de elevadas exigências, intensidade do ritmo de trabalho, falta de autonomia ou controlo e baixo suporte (apoio) social apresenta maior probabilidade de ocasionar efeitos negativos na saúde, desde doenças cardiovasculares, distúrbios do sistema imunológico, ansiedade e depressão).
- e) As **características, experiências e vivências**, assim como a **personalidade do trabalhador**, ao interagirem com o ambiente são fatores determinantes da sua saúde. Assim, as expectativas, a motivação, a resiliência, as estratégias de *coping* , entre outros aspetos (19), podem ser fundamentais no desenvolvimento, ou não, de uma perturbação mental.
- f) As pessoas que sofrem com problemas de saúde mental confrontam-se frequentemente com **estigma e discriminação** (5), sendo frequente a relutância em procurar ajuda. O encaminhamento destas pessoas para tratamento adequado (6) mostra-se imperativo visando a proteção e promoção da saúde mental dos trabalhadores e evitando situações mais graves de doença mental.

Figura 5. Principais efeitos na saúde resultantes da exposição a fatores de risco psicossocial



Fonte: Adaptado de WHO, 2010 (11)

4.1. REAÇÕES DE STRESS

A palavra “**stress**” define-se como a resposta inespecífica do organismo a qualquer solicitação de mudança (37), ou seja, num conjunto complexo de fenómenos dinâmicos (13) (pessoa – ambiente de trabalho), refere-se às respostas fisiológicas causadas por qualquer evento indutor de stress (*stressor*).

Essas respostas são desencadeadas pelo sistema nervoso autónomo (simpático e parassimpático), influenciando órgãos internos que regulam, nomeadamente, a frequência cardíaca, a frequência respiratória, a circulação sanguínea, a resposta galvânica da pele, entre muitos outros efeitos. Quando ocorre um evento sentido como indutor de stress (ou stressante), o sistema nervoso simpático promove uma maior libertação de hormonas de stress pelas glândulas suprarrenais (por exemplo, adrenalina e cortisol). Essas hormonas conduzem a alterações fisiológicas, também conhecidas como resposta “*fight* ou *flight*” (luta ou fuga). Por outro lado, a atividade do sistema nervoso parassimpático aumenta durante um evento repousante (38).

O stress positivo, ou **eustress** (39), distingue-se do **distress** em termos da adaptação na resposta ao stress, constituindo o eustress “o conjunto de resultados saudáveis, positivos e construtivos a eventos stressantes em resposta ao stress”. No âmbito da Lei de Yerkes-Dodson, o eustress sugere que o stress é benéfico para o desempenho até ser alcançado um nível ótimo, após o qual o desempenho diminuirá, seguindo um diagrama em forma de U invertido (Figura 6). O **distress** ocorre quando o “corpo e a mente” são ativados continuamente, não existindo o necessário **descanso** para que o processo de recuperação se desencadeie.

Figura 6. Curva de desempenho humano e stress



Fonte: Adaptado de Welford (40)

Define-se **stress no trabalho** como “um problema de natureza perceptiva, resultante da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho, tendo como consequências problemas na saúde física, mental e na satisfação no trabalho, afetando o indivíduo e as organizações” (41). A forma como o stress é sentido pode alterar a maneira como o trabalhador sente, pensa e se comporta, podendo ainda ser produzidas alterações nas funções fisiológicas (42–45). Muitas dessas alterações apenas correspondem a uma disfunção ligeira e a um certo desconforto associado, sendo facilmente reversíveis; no entanto, contêm em si potencial de deteriorar a qualidade de vida dos trabalhadores, podendo causar baixo desempenho profissional ou ainda problemas psicológicos/mentais, sociais e de saúde física (46).

Deve-se salientar que o stress é inevitável e não afeta todas as pessoas da mesma forma (19). Prevenir o stress no contexto de trabalho passa, sobretudo, por evitar situações de stress prolongado, recorrente ou intenso (19). Nas situações percecionadas como stressantes, em especial as prolongadas no tempo, pode surgir a experiência de stress relacionado com o trabalho, que habitualmente se associa a diversos **sintomas fisiológicos, comportamentais, emocionais e cognitivos**. Apesar de cada indivíduo ter estratégias preferenciais de **coping** (conceito que se aplica às diferentes “formas de lidar com o stress”), essas estratégias são variáveis entre indivíduos e também no próprio indivíduo dependendo do contexto (47) e das suas vivências.

4.2. CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS E SOCIAIS

As condições psicossociais do trabalho podem ter um impacto negativo nas áreas afetiva e cognitiva, tendo como consequência episódios de ansiedade, depressão, angústia, exaustão, alterações nos processos de tomada de decisão, na capacidade de concentração (48), entre outros. Os efeitos sobre as áreas afetiva e cognitiva podem incluir processos de stress ligado ao trabalho, *burnout*, (que por vezes poderão sobrepor-se com estados depressivos e ansiosos) ou ainda influenciar a evolução de patologias pré-existentes.

4.2.1. Ansiedade

O sentimento de ansiedade é comum no quotidiano de qualquer indivíduo. Traduz-se por um estado de medo ou sentimento de apreensão que ocorre, sobretudo, diante de situações novas. Sensação desagradável, inquietação interna, preocupação excessiva com o futuro associada a “aperto no peito”, taquicardia, palpitações, sensação de vazio no estômago, suores, calafrios, câibras e cólicas abdominais são alguns exemplos que podem caracterizar a ansiedade.

É aceitável que um trabalhador tenha emoções de ansiedade quando vivencia momentos de transição (ex. troca de emprego, assumir uma nova função), numa situação desconhecida ou inesperada (ex. passar a uma situação de teletrabalho, nomeação de um novo chefe), em situações de rutura (ex. aquisição da empresa por outra, descontinuidade de uma área da fábrica). Estas situações, embora não correspondam a uma doença, geram sofrimento (19).

Considera-se que a ansiedade é preocupante quando “surge sem estímulo aparente” ou a intensidade, duração ou frequência “não é proporcional aos sentimentos que desperta” (19). Assim, quando a ansiedade atinge uma intensidade, frequência e/ou duração excessiva (ou seja, na maior parte dos dias, durante pelo menos 6 meses) afetando a funcionalidade do indivíduo (se existe prejuízo no desempenho social, familiar ou profissional), deve ser considerada um sinal de alerta (19) para situação de saúde mental potencialmente grave.

De referir que os sintomas ansiosos podem corresponder a uma doença física (ex. hipertireoidismo, angina de peito, dores musculares localizadas ou generalizadas) ou a crises de pânico (ex. medo de ter um ataque cardíaco, de morrer e/ou de enlouquecer).

4.2.2. Depressão

De acordo com a OMS a depressão é uma das principais causas de incapacidade (49). Em termos gerais, deceções sucessivas em situações de trabalho frustrantes, exigências excessivas de desempenho, excesso de competição, ameaça permanente de perda do lugar que o trabalhador ocupa na hierarquia da empresa, perda efetiva ou ameaça da perda do posto de trabalho ou demissão, podem causar sintomatologia depressiva ou estados depressivos mais ou menos graves (23).

Vários estudos colocam em evidência que:

- Existe uma associação entre stress profissional e episódios depressivos *major* (50). O aumento do stress profissional corresponde a um aumento da presença de sintomas depressivos em trabalhadores; inversamente, a redução do stress suprime o desenvolvimento de sintomatologia depressiva (49).
- Níveis elevados de exigências psicológicas, baixos níveis de capacidade de decisão e baixos níveis de suporte (ou apoio) social no trabalho são preditores significativos de sintomatologia depressiva em trabalhadores de ambos os géneros (51–53).
- Trabalhadores com elevado nível de solicitações e baixo controlo no local de trabalho apresentam maior probabilidade de ocorrência de depressão *major* e de qualquer outra forma de depressão ou de ansiedade (54,55).

Embora seja notória a existência de uma insuficiente identificação de casos de depressão atribuíveis ao trabalho (56), o padrão social da depressão atribuível à tensão no trabalho apresenta um paralelismo com o padrão social da doença mental, sugerindo que a tensão no trabalho é um importante fator que contribui para as desigualdades em saúde mental (13).

A 11.ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) (57) considera que as perturbações depressivas “são caracterizadas por humor depressivo (por exemplo, tristeza, irritabilidade, vazio) ou perda de prazer acompanhada por outros sintomas cognitivos, comportamentais ou neurovegetativos que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo”. De referir, que o humor depressivo e o *burnout* podem partilhar uma etiologia comum (58), embora o *burnout* seja um problema específico do contexto de trabalho e a depressão tende a atravessar todos os domínios da vida de uma pessoa (59).

4.2.3. Reação de stress agudo

De acordo com a CID-11 (57), a reação aguda ao stress refere-se ao desenvolvimento de sintomas emocionais, somáticos, cognitivos ou comportamentais transitórios como resultado da exposição a um evento ou situação (de curta ou longa duração) de natureza extremamente ameaçadora e negativa (ex. desastre natural ou humano, acidentes graves, violência sexual e agressão).

Os sintomas podem incluir sinais “autónomos” (inconscientes/involuntários) de ansiedade (ex. taquicardia, sudorese, rubor/ *flushing*), sensação de distanciamento, entorpecimento ou ausência de resposta emocional (por ex., felicidade, satisfação), confusão entre realidade e fantasia, tristeza, ansiedade, raiva, desespero, hiperatividade, inatividade, perturbação do sono, retraimento social ou imobilidade, diminuição na capacidade de compreender o ambiente próximo e amnésia dissociativa (incapacidade para recordar um aspeto importante do trauma). A resposta ao *stressor* é considerada como uma reação a um trauma grave (e não como uma perturbação mental) e, geralmente, começa a diminuir ao fim de alguns dias após o evento ou após a remoção da situação ameaçadora.

4.2.4. Perturbação de stress pós-traumático

A incidência de perturbação de stress pós-traumático é maior “entre militares veteranos e outros profissionais cujo trabalho aumenta o risco de exposição a acontecimentos traumáticos” (60)), nomeadamente trabalhos que envolvem responsabilidade com a vida humana (ex. polícias, bombeiros, profissionais de emergência médica), mas também em trabalhadores dos transportes (ex. ferroviário, metro, aviação) que vivenciem grandes acidentes (23).

A CID-11 (57) considera a perturbação de stress pós-traumático como um distúrbio que se pode desenvolver após a exposição a um evento, ou série de eventos, extremamente ameaçador ou negativo. Esta **perturbação é caracterizada** por:

- a. (Re)experenciarm o evento ou eventos traumáticos no presente na forma de memórias vividas e intrusivas, *flashbacks* ou pesadelos. Estes são tipicamente acompanhados por emoções fortes ou avassaladoras, particularmente medo ou horror, e fortes sensações físicas;
- b. Necessidade de evitar pensamentos e memórias do evento ou eventos, ou de evitar atividades, situações ou pessoas reminiscentes do evento ou eventos; e
- c. Perceções persistentes e exageradas de ameaça (ex. hipervigilância ou uma reação de sobresalto aprimorada a estímulos como ruídos inesperados).

4.2.5. Burnout

De acordo com a CID-11, o *burnout* é considerado uma síndrome **resultante de stress crónico no local de trabalho** que não foi eficazmente gerido (57). Nesta síndrome existe um estado de esgotamento progressivo físico, emocional e psíquico provocado por fatores de risco psicossocial do trabalho que conduz a uma redução progressiva da satisfação profissional e da capacidade de suportar essa carga de trabalho, acompanhado de atitudes de despersonalização ou distanciamento emocional face aos outros (colegas de trabalho, clientes) ou ao próprio trabalho.

De acordo com a CID-11, o *burnout* é considerado uma síndrome **resultante de stress crónico no local de trabalho** que não foi eficazmente gerido (57). Nesta síndrome existe um estado de exaustão progressivo (físico, emocional e psíquico) provocado por fatores de risco psicossocial do trabalho que conduz a uma redução progressiva da satisfação profissional e da capacidade de suportar essa carga de trabalho, acompanhado de atitudes de despersonalização ou distanciamento emocional face aos seus semelhantes.

Inicialmente o *burnout* surgiu relacionado com “profissões ligadas à prestação de cuidados e assistência a pessoas”, embora atualmente seja registado nas mais variadas profissões, particularmente quando envolvem um elevado investimento afetivo e pessoal para resolver problemas que estão fora do alcance do trabalhador (23).

O *burnout* é caracterizado por **três dimensões** (23,57): 1) “sentimento de depleção de energia ou exaustão” (57) (sensação de desgaste físico, cognitivo ou emocional) (23); 2) “aumento do distanciamento mental do trabalho” ou “sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados com o trabalho” (57) ou seja, “despersonalização” (23); 3) “redução da eficácia profissional” (57) e do envolvimento pessoal no trabalho (diminuição da capacidade de realizar o trabalho e de obter sucesso) (23).

O *burnout* refere-se especificamente a acontecimentos no contexto profissional e não deve ser aplicado para descrever experiências noutras áreas da vida (57). Embora o *burnout* apresente componentes individuais que coincidem com o stress ligado ao trabalho, o **distanciamento emocional/ cinismo** é a dimensão que permite destrinçar o stress ligado ao trabalho de longa duração do *burnout*.

4.2.6. Déficit cognitivo

De acordo com o DSM-5 (45) as perturbações neurocognitivas (PNC) “incluem o conjunto das perturbações nas quais o déficit clínico primário é na função cognitiva, sendo esse déficit adquirido e não congénito (ex. PNC devida a doença de Alzheimer; PNC devida a doença por Parkinson; PNC devida a lesão cerebral traumática; PNC induzida por substância/medicamento). A evidência revela que duas principais perturbações são comuns em contexto laboral:

- A **Demência** é um déficit (ou deterioração) cognitivo adquirido (57), classificado como PNC *major* (45), capaz de interferir nas atividades profissionais e sociais da vida diária do trabalhador, dado que afeta funções como (23): memória, raciocínio, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprender e de resolver problemas, comunicação e avaliação. As situações de demência em contexto laboral encontram-se sobretudo relacionadas com “drogas e toxinas (incluindo a demência devido a alcoolismo crónico)” e com traumatismos crânio-encefálicos (23). Quadros de demência estão ainda associados à exposição profissional a substâncias químicas neurotóxicas (23) como, por exemplo monóxido de carbono, sulfeto de hidrogénio, sulfeto de carbono, metais pesados e derivados organometálicos.
- O **Delirium** é caracterizado por “alterações da atenção (isto é, diminuição da capacidade para dirigir, focar, manter ou desviar a atenção) e na consciência (diminuição da clareza de perceção do ambiente)” que se desenvolve “num curto período de tempo (em geral horas e dias), representa uma alteração em relação a um nível anterior de atenção e consciência, e a sua gravidade tende a flutuar durante o dia” (57). Tendo em conta que existe “alteração da cognição (ex. déficit de memória, desorientação, linguagem, capacidade visuospacial ou perceção)” é considerada uma PNC. As situações de *Delirium* no local de trabalho são frequentes por intoxicação com substâncias (ex. álcool, drogas, medicamentos), por abstinência de substâncias, induzidas por medicamento ou por outra doença (por exemplo doenças infecciosas e diabetes).

De salientar que a **idade** avançada está associada ao aumento progressivo da ocorrência de um compromisso funcional e cognitivo, resultante de mecanismos relacionados com o envelhecimento e a multimorbilidade. As exposições ambientais (incluindo o trabalho) podem afetar a evolução daquelas alterações, quer promovendo a sua mais rápida instalação, quer retardando o seu início e progressão.

Relativamente à **exigência e intensificação** do trabalho, os resultados de vários estudos observacionais e experimentais permitiram identificar que condições psicossociais adversas do trabalho ao longo da vida profissional – incluindo o stress psicossocial ligado ao trabalho e as situações de falta de autonomia ou controlo com elevadas solicitações no trabalho – estavam associadas ao aumento do risco de demência, entre as quais a de Alzheimer após a idade da reforma, independentemente de outros fatores de risco conhecidos (53,61–64). Outros estudos documentaram que pessoas com trabalhos mentalmente exigentes apresentam menor risco de desenvolver PNC (65,66), sugerindo que atividades profissionais mentalmente estimulantes na vida adulta podem representar um fator de proteção contra o declínio cognitivo; no entanto, tal está dependente do nível de autonomia e controlo sobre o trabalho ou da capacidade de tomada de decisão dos trabalhadores (67).

Deve ainda ser realçado o papel do **suporte (ou apoio) social** no trabalho, o qual é particularmente importante em ambientes de trabalho com um elevado grau de exigência,

dada a sua capacidade de atenuar esse impacto e de reduzir o seu efeito no desenvolvimento de disfunções cognitivas (68).

4.2.7. Alterações comportamentais e sociais

As alterações comportamentais e sociais tendem a ser os primeiros sinais de distress e os mais evidentes (13). A exposição a riscos psicossociais tem sido associada a uma ampla variedade de comportamentos prejudiciais (69,70), tais como (48):

- inatividade física;
- consumo excessivo de álcool e tabaco;
- consumo de drogas (13);
- maus hábitos alimentares;
- alterações do sono;
- violência (13).

Há fortes evidências de que as condições psicossociais ligadas ao trabalho estão relacionadas com o aumento de comportamentos nocivos para a saúde, com potencial impacto, direto ou indireto, no desenvolvimento ou agravamento da saúde, não só a nível físico (por exemplo, risco aumentado de doença isquémica cardíaca) como a nível psicológico/mental (por exemplo, depressão), assim como com a ocorrência de acidentes de trabalho e atos de violência em contexto laboral.

É frequente encontrar relações entre stress ligado ao trabalho com consumo de alimentos ricos em açúcares e gorduras saturadas, realização menos frequente de exercício físico e tabagismo (70).

4.2.7.1. Perturbações do sono-vigília

O DSM-5 (45) estabelece que as perturbações do sono-vigília englobam 10 perturbações ou grupos de perturbações. No contexto de trabalho são particularmente importantes as perturbações do ritmo circadiano do sono-vigília, que de acordo com a CID-11 são “perturbações do ciclo sono-vigília (normalmente manifestadas através de insónia, sonolência excessiva ou ambos), devido a alterações no sistema circadiano de controlo do tempo e nos mecanismos de sincronismo, ou ao desalinhamento entre o ritmo circadiano endógeno e o ambiente externo” (57).

A “má adaptação à organização do horário de trabalho” (ex. trabalho noturno ou trabalho por turnos) e “outras circunstâncias relativas às condições de trabalho” são as principais causas desta perturbação no contexto de trabalho (23). A dificuldade em adormecer, as interrupções frequentes do sono, a sonolência excessiva durante a vigília e a perceção de sono de má qualidade são algumas das queixas comuns dos trabalhadores, que devem ser valorizadas tendo em conta a organização e o contexto de trabalho.

4.2.7.2. Perturbações por consumo de substâncias psicoativas

As substâncias psicoativas (naturais ou sintéticas), quando ingeridas, injetadas ou inaladas, podem afetar o sistema nervoso central do indivíduo, deprimindo-o, estimulando-o ou criando ruturas psicóticas.

O consumo de substâncias psicoativas pode ter várias consequências no contexto de trabalho: a) interferir com o exercício da atividade profissional; b) colocar em risco a integridade física dos trabalhadores e do equipamento; c) prejudicar a segurança e a saúde do trabalho e a aptidão para o desempenho; d) gerar um fardo administrativo e ocasionar problemas financeiros; e) criar uma imagem negativa, desacreditar e desprestigiar a empresa. Acresce ainda que algumas condições de trabalho (ex. horários prolongados, turnos, ritmos excessivos, frustração, falta de estímulo, insegurança no emprego, exposição a altas temperaturas) são suscetíveis de afetar negativamente a saúde dos trabalhadores, potenciando os problemas ligados ao consumo de substâncias psicoativas (ex. álcool e outras drogas). Também a cultura da organização pode propiciar o consumo de substâncias psicoativas.

Usualmente distinguem-se três padrões de consumo problemáticos (71): a) consumo de risco, que corresponde a um tipo ou padrão de consumo ocasional ou continuado; b) consumo nocivo, que corresponde a um tipo de padrão de consumo que provoca danos à saúde, tanto física como mental, mas que não preenche os critérios de dependência; c) dependência, que se caracteriza por uma perda de controlo do consumo, permanente ou temporária, apesar das consequências negativas e acompanha-se de distorções cognitivas, com particular ênfase para a negação. A intervenção dos Serviços de Saúde do Trabalho na prevenção do consumo de substâncias ativas em meio laboral encontra-se sistematizada na Informação Técnica n.º 05/2013, da DGS (71).

4.2.7.3. Perturbações devido a assédio e/ou violência

O Código do Trabalho (artigo 29.º) define “assédio” como o “comportamento indesejado, nomeadamente o baseado em fator de discriminação, praticado aquando do acesso ao emprego ou no próprio emprego, trabalho ou formação profissional, com o objetivo ou o efeito de perturbar ou constranger a pessoa, afetar a sua dignidade, ou de lhe criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou desestabilizador”. Este conceito integra a violência e outros atos negativos (ex. agressividade, desprezo, humilhação, discriminação, ameaça) realizados por uma ou várias pessoas (ex. chefe, colegas, clientes), relativamente aos quais o trabalhador sente dificuldade de se defender, afetando a sua paz, dignidade e/ou liberdade.

Assédio e violência referem-se a “um conjunto de comportamentos e práticas inaceitáveis, ou de ameaças de tais comportamentos e práticas, quer se manifestem de forma pontual ou recorrente, que tenham por objeto, que causem ou sejam suscetíveis de causar um dano físico, psicológico/mental, sexual ou económico” (72).

Considera-se assim que o «assédio e violência» “constituem uma forma de violação dos direitos humanos” e “são inaceitáveis e incompatíveis com o trabalho digno” e com a “promoção de empresas sustentáveis” (72), podendo afetar: a “saúde mental, física e sexual

das pessoas, a sua dignidade e o seu ambiente familiar e social”; a “qualidade dos serviços” das empresas, “impedindo que as pessoas, em particular as mulheres, acedam ao mercado de trabalho, nele permaneçam ou progridam na carreira profissional”; a organização do trabalho, as relações de trabalho, o empenho dos trabalhadores, a reputação das empresas e a produtividade” (72).

As situações de risco de violência mais comuns estão relacionadas com (73): a) manuseamento de mercadorias, dinheiro e valores; b) trabalho isolado; c) desempenho de funções de inspeção, controlo e de autoridade em geral; c) contacto com clientes/utentes, sobretudo em situações mais problemáticas (ex. dívidas, pagamentos, reclamações, urgências); d) lidar com pessoas sob influência de álcool ou de drogas).

Relativamente ao assédio (74), este pode assumir uma das seguintes formas: a) ataques à vítima através de medidas organizacionais (ex. não atribuir tarefas de trabalho; atribuir um excesso de tarefas de trabalho para o tempo disponível de execução); b) ataque à vítima através de discriminação por pertença a uma categoria (ex. ser mulher, etnia diferente); c) ataques às relações sociais da vítima, como isolamento social; d) ataques à vida privada da vítima; e) violência física; f) ataques às atitudes e particularidades da vítima com humilhações; g) agressões verbais; e f) rumores sobre a reputação da pessoa. Existem vários tipos de relação de assédio, como a de um superior contra o subordinado (a mais comum), entre colegas de trabalho e de um subordinado contra um superior (74), assim como de prestadores de serviços, fornecedores e clientes.

4.3. CONSEQUÊNCIAS FISIOLÓGICAS E FÍSICAS

A adrenalina e o cortisol são reconhecidos como hormonas do stress, uma vez que os níveis de ambas aumentam consistentemente em resposta ao stress em investigações laboratoriais. O aumento crónico e sustentado da produção destas hormonas tem consequências a longo prazo para a saúde, principalmente para a saúde cardiovascular, devido aos efeitos sobre a pressão arterial e nos níveis de colesterol (75). Por esse motivo, muitos dos efeitos físicos mais comuns associados ao stress ligado ao trabalho e a riscos psicossociais são relativos a quatro sistemas:

- Cardiovascular (hipertensão e doenças cardíacas, agravadas pela obesidade associada aos maus hábitos alimentares);
- Imunológico (deficiente cicatrização de lesões, alterações na resposta imunitária);
- Locomotor (lesões músculo-esqueléticas);
- Digestivo (alterações gastrointestinais) (48).

De salientar ainda que aspetos como o *layout* físico dos locais de trabalho (por exemplo, *layout* aberto versus escritório fechado) pode ter efeitos sobre a saúde. Trabalhar em locais de trabalho abertos (*open space*) reduz a privacidade e a satisfação no trabalho, pode intensificar a carga de trabalho cognitiva e agravar as relações interpessoais; além disso, a distância próxima entre as estações de trabalho diminui a privacidade, embora possa melhorar a comunicação (13).

4.3.1. Lesões músculo-esqueléticas

As lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho (LMELT) são o problema de saúde relacionado com o trabalho mais prevalente e oneroso na população trabalhadora (76), sendo responsáveis por 40% dos custos de saúde relacionados com o trabalho em todo o mundo (77). Alguns estudos colocam em evidência que fatores de risco psicossocial podem estar envolvidos na ocorrência e na intensidade da dor das LMELT em determinadas atividades profissionais (78–80).

A justificação para uma associação entre fatores psicossociais e as LMELT assenta no seguinte: a via biomecânica opera através de uma relação entre determinadas características físicas do trabalho e a carga mecânica, sendo que os fatores psicossociais estão relacionados com a organização e gestão do trabalho (81). Enquanto o tipo de intervenção sobre os riscos biomecânicos no desenvolvimento e manutenção das LMELT se encontra bem estabelecido (82), as evidências indicam que, se essas intervenções se centrarem exclusivamente nos aspetos físicos do trabalho, não há demonstração de serem completamente bem-sucedidas na redução de sintomatologia associada às LMELT (83,84). Atualmente reconhece-se que os fatores psicossociais e os fatores de natureza biomecânica têm efeitos independentes ou interativos no desenvolvimento de LMELT (82).

4.3.2. Efeitos cardiovasculares

As maiores frações etiológicas do risco de doença cardiovascular no trabalho encontram-se associadas ao trabalho monótono realizado a um ritmo elevado (6% e 14%, respetivamente no sexo masculino e feminino) e ao trabalho por turnos (7% em ambos os sexos).

As situações de stress podem promover isquemia miocárdica, a qual está associada à ativação de áreas do córtex cerebral envolvidas na regulação autónoma do sistema cardiovascular. O aumento da reatividade cerebral induzida pelo stress pode representar um mecanismo pelo qual o stress está associado ao aumento do risco de doença coronária isquémica (85).

A evidência científica revela ainda que existe: a) um aumento ligeiro do risco de doença isquémica em trabalhadores por turnos com trabalho noturno, em especial em trabalhadores do género feminino (86,87); b) uma associação entre trabalhadores por turnos com trabalho noturno e a hipertensão arterial (88); c) um efeito de interação entre trabalho por turnos e a inatividade física no risco de enfarte do miocárdio em trabalhadores por turnos do sexo masculino (89); d) uma associação moderada entre stress psicossocial no trabalho e os efeitos cardiovasculares adversos, predominantemente entre trabalhadores do género masculino, não tendo sido possível identificar uma relação dose-resposta (90).

4.3.3. Efeitos sobre o sistema imunológico

O stress é reconhecido como um importante precursor de doenças e da diminuição da qualidade de vida, nomeadamente pela ação que produz sobre o sistema imunológico. O stress crónico está associado à supressão da reação imunológica; em contrapartida, os episódios de stress agudo parecem aumentar temporariamente as respostas imunológicas. Estes efeitos do stress sobre a imunidade parecem ser mediados por fatores endócrinos, uma vez que hormonas, neurotransmissores e neuropeptídeos podem interagir com componentes celulares do sistema imunológico (91). O stress também está relacionado com o número e a proporção de leucócitos circulantes, bem como com os níveis de imunoglobulinas (92).

Entre as vias biológicas que condicionam a resposta ao stress incluem-se o eixo hipotálamo-hipofisário e o sistema nervoso simpático. Algumas das principais reações à estimulação destas vias são as alterações da atividade inflamatória, responsáveis pela fisiopatologia de doenças que são adversamente afetadas pelo stress crónico (nomeadamente as doenças cardiovasculares) (93). Há estudos que demonstram que episódios agudos de stress (com duração de alguns minutos) estão associados com uma reação adaptativa da imunidade humoral e à supressão da imunidade celular, enquanto o stress crónico induz supressão da resposta imunológica celular e humoral (94).

4.3.4. Efeitos sobre o aparelho digestivo

O stress tem efeitos de curta e de longa duração nas funções do aparelho digestivo. A exposição a situações de stress leva ao desenvolvimento de uma ampla gama de distúrbios gastrointestinais, desde um aumento da atividade peristáltica do cólon e a uma diminuição do esvaziamento gástrico até situações de doença, tais como doença inflamatória intestinal, síndrome do cólon irritável e outras doenças funcionais gastrointestinais, respostas adversas a antigénios alimentares, úlcera péptica e doença do refluxo gastroesofágico. Os principais efeitos do stress na fisiologia intestinal incluem: 1) alterações na motilidade gastrointestinal; 2) aumento da percepção visceral; 3) alterações na secreção gastrointestinal; 4) aumento da permeabilidade intestinal; 5) efeitos adversos na capacidade regenerativa da mucosa gastrointestinal e no fluxo sanguíneo da mucosa; e 6) efeitos adversos no microbiota intestinal (95,96).

No caso específico da doença inflamatória intestinal (DII) – colite ulcerosa e doença de Crohn – há muito que se postula que o stress influencia a progressão desta doença. Através dos efeitos sobre o sistema imunológico, o sistema neuroendócrino e o epitélio intestinal, o stress promove a libertação de citocinas Th1 pró-inflamatórias e de neuropeptídeos, podendo induzir alterações sobre o epitélio intestinal e, desta forma, contribuir para recidivas de DII (97). Ainda uma referência para a chamada “úlceras de stress” ou “lesão da mucosa relacionada com o stress”, expressão usada para descrever o espectro da patologia atribuída ao dano agudo, erosivo e inflamatório do trato gastrointestinal superior associado a doença crítica. Os mecanismos subjacentes a esta situação incluem redução do fluxo sanguíneo gástrico, isquemia da mucosa e lesão de reperfusão, os quais ocorrem frequentemente em pessoas em estado crítico (98).

5. INTERVENÇÃO DOS SERVIÇOS DE SST/SO NO ÂMBITO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS

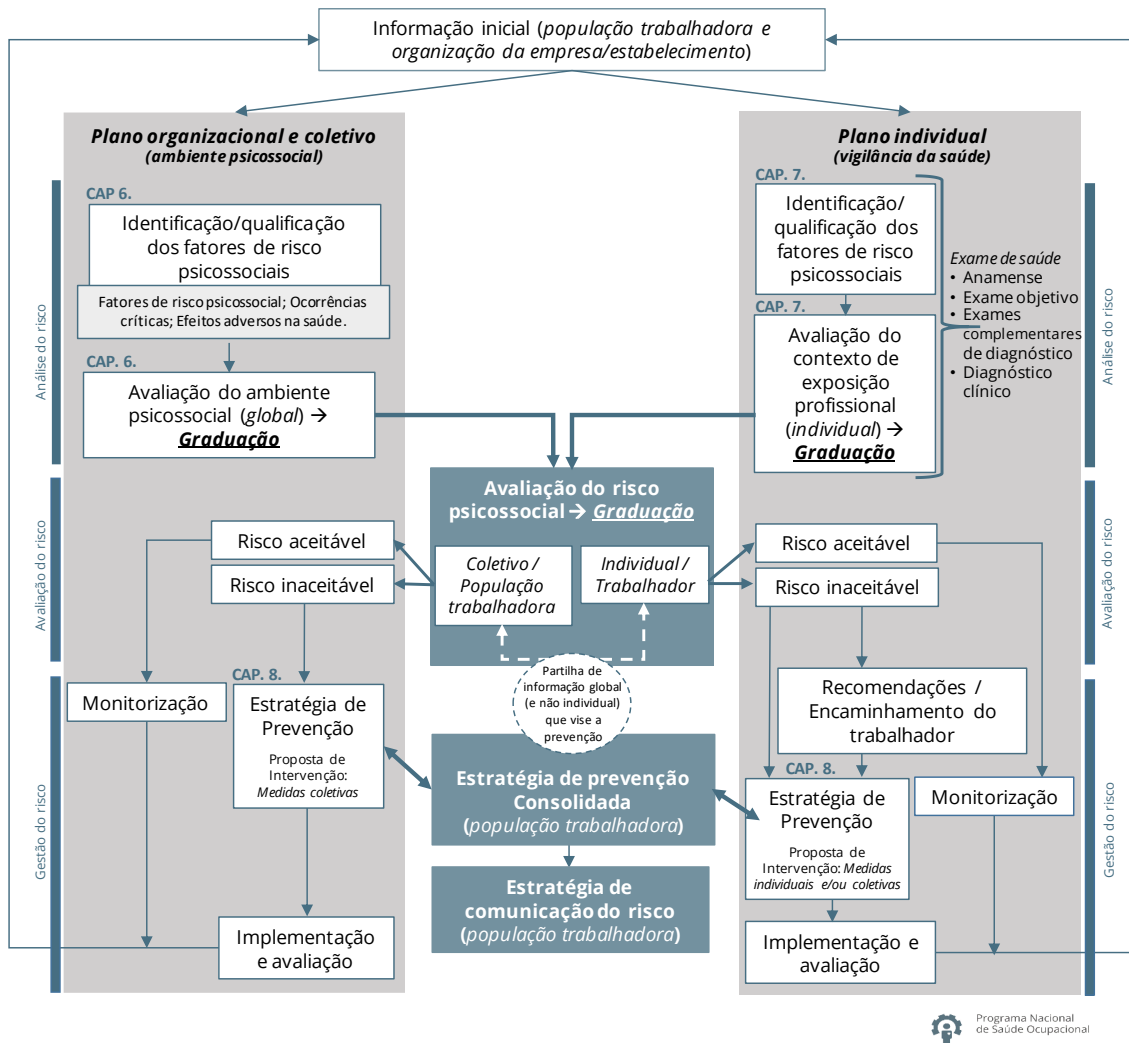
O empregador, através dos Serviços de SST/SO, deve assegurar que, nos locais de trabalho, as exposições a fatores de risco psicossocial “não constituem risco para a segurança e saúde do trabalhador” (alínea d, ponto 2, artigo 15º do RJSST). Para o efeito, é essencial uma “correta e permanente avaliação de riscos” (ponto 3, artigo 5º do RJSST) que suporte a vigilância da saúde do trabalhador em matéria de saúde mental e bem-estar e que permita estabelecer as necessárias medidas de prevenção dos riscos profissionais de natureza psicossocial.

Reconhece-se que o processo de gestão do risco psicossocial é **complexo** e que **não existe uma metodologia única** que consiga englobar todas as situações de trabalho. Contudo, a **Figura 7** apresenta um “Modelo geral de atuação dos Serviços de SST/SO no âmbito dos riscos psicossociais”, que tem por finalidade:

- a) Melhorar o processo de análise, avaliação e gestão do risco profissional de natureza psicossocial, assim como o estabelecimento, fundamentação e priorização de medidas de prevenção e de proteção dos trabalhadores expostos;
- b) Estabelecer e fomentar processos de articulação e o trabalho integrado entre os diversos profissionais que integram os Serviços de SST/SO, nomeadamente médico do trabalho, enfermeiro do trabalho, técnico/técnico superior de segurança do trabalho e psicólogo do trabalho;
- c) Clarificar e melhorar os procedimentos de vigilância de saúde específica e dirigida em matéria de riscos psicossociais.

O processo apresentado na **Figura 7** tem por base a metodologia de análise, avaliação e gestão do risco profissional e deve ser entendido como um **processo dinâmico** que **visa a ação pela adoção de medidas** preventivas e de proteção que eliminem ou minimizem o risco psicossocial.

Figura 7. Modelo conceptual da atuação dos Serviços de SST/SO no âmbito dos riscos psicossociais



Considera-se que, no **processo de gestão do risco psicossocial**, a intervenção dos **Serviços de SST/SO** deverá proceder-se em dois “planos” distintos, mas complementares:

- “**Plano organizacional e coletivo**” (**CAPÍTULO 6**) com foco na população trabalhadora da empresa/estabelecimento;
- “**Plano individual**” (**CAPÍTULO 7**) com foco em cada trabalhador em particular.

Uma sistematização do processo de gestão do risco psicossocial é seguidamente apresentada:

→ FASE 1: **Informação inicial**

Para efeitos da prestação de Serviços de SST/SO, deverá ser solicitado ao empregador (ou a outro responsável por este indicado) para além da informação habitual sobre os trabalhadores (ex. dados administrativos dos trabalhadores, posto de trabalho, função, etc.), essenciais à prestação de cuidados de saúde do trabalho, a disponibilização, ou atualização,

de informações gerais sobre a **população trabalhadora** e a **organização da empresa/estabelecimento**, designadamente os indicados no **Quadro 2**. Um modelo “tipo” de registo da referida informação é apresentado no **Anexo 3**.

Quadro 2. Principal informação a solicitar ao empregador pelo Serviço de SST/SO

Organização da empresa/estabelecimento	População trabalhadora
<ul style="list-style-type: none"> • Setor económico da empresa/ estabelecimento (ex. CAE principal e secundário(s)); • Localização da sede da empresa e dos restantes estabelecimentos e “delegações” (a nível nacional e internacional); • Organigrama da empresa/ estabelecimento; • Mobilidade funcional e geográfica dos trabalhadores; • Cadeia hierárquica/organização de equipas e coordenação; • Políticas, objetivos e estratégia de ação da empresa/estabelecimento; • Ciclo de produção (reconhecimento dos períodos mais críticos de trabalho); • Outros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número total de trabalhadores (à data e nos últimos 10 anos, para verificar se houve <i>downsizing</i>, <i>outsourcing</i>, despedimentos em massa, etc.); • Número total de trabalhadores por género e grupos etários (de forma a ter uma perceção da composição da população trabalhadora); • Modalidades de horários de trabalho (ex. horários em tempo parcial, rotatividade de horários entre os trabalhadores, etc.); • Tipo de turnos, sempre que existam (ex. contínuo ou descontínuo e período de dias, semanas ou horas); • Indicação de trabalho noturno; • Tipos de contratos de trabalho/modalidade dos contratos de trabalho existentes; • Outros.

→ FASE 2: **Análise do risco psicossocial**

A atuação dos Serviços de SST/SO deve iniciar-se pela recolha e análise de informação de base (“**Informação Inicial**” - **Anexo 3**) sobre a população trabalhadora e a organização da empresa/estabelecimento. Esta informação deve permitir um enquadramento sumário do contexto laboral, orientador da ação dos profissionais dos Serviços de SST/SO, que permitirá, por exemplo, ter a perceção da existência de horários por turnos ou de trabalho noturno na empresa, identificar a cadeia hierárquica da empresa e o serviço prestado/produto produzido pela empresa, entre outros aspetos.

No “**Plano organizacional e coletivo**” procede-se à avaliação do ambiente psicossocial da empresa/estabelecimento, tendo por base a avaliação global da população trabalhadora relativamente a cada fator de risco de natureza psicossocial (identificados no **Quadro 1**), a situações de risco psicossocial particulares e quanto à perceção da população em relação aos efeitos adversos do trabalho na saúde.

No “**Plano individual**” procede-se à avaliação da exposição profissional do trabalhador aos fatores de risco de natureza psicossocial (e sua relação com fatores de risco de outra natureza), aquando da realização do exame de saúde para efeitos da vigilância da saúde do trabalhador.

→ FASE 3: **Avaliação do risco psicossocial**

Pretende-se que as avaliações anteriores permitam **estimar a magnitude do risco psicossocial** no “Plano organizacional e coletivo” e no “Plano individual” e **proceder à respetiva valoração** (“aceitável” ou “não aceitável”).

A avaliação no contexto do “Plano organizacional e coletivo” permitirá identificar quais os principais fatores de risco psicossocial a que, **globalmente**, a população trabalhadora está exposta, assim como quantificar a proporção da população exposta. A avaliação ao nível do “Plano individual” possibilita identificar os fatores de risco psicossocial a que o **trabalhador** está particularmente exposto e para os quais poderá necessitar de medidas de prevenção e de proteção especial.

→ FASE 4: **Gestão do risco psicossocial**

Nas situações em que a avaliação de risco revelar que o risco profissional é “**aceitável**”, recomenda-se a monitorização e/ou verificação periódica de medidas corretivas/preventivas implementadas. Sempre que o resultado da avaliação do risco revelar que o risco profissional “**não é aceitável**” devem ser estabelecidas medidas preventivas/corretivas mais adequadas a cada situação de trabalho, que visem eliminar (ou reduzir) a exposição existente.

A avaliação do “Plano organizacional e coletivo” vai permitir delinear, essencialmente, uma estratégia de prevenção com **medidas coletivas**. A avaliação do “Plano individual” vai permitir estabelecer uma estratégia de prevenção específica e dirigida a cada trabalhador, mediante **recomendações de carácter individual**, mas que muitas vezes necessita de ser trabalhado/operacionalizado ao nível do grupo ou de toda a população trabalhadora. São ainda estabelecidas determinadas situações que exigirão o **encaminhamento** do trabalhador para uma especialidade médica (ex. psiquiatria, medicina geral e familiar, etc.) ou para outro serviço ou profissional de saúde (ex. serviço de urgência, profissional de saúde mental, etc.).

De realçar que embora o processo de gestão (**Figura 7**) estabeleça dois planos distintos (o “Plano organizacional e coletivo” e o “Plano individual”), considera-se que para definir prioridades de ação e delinear as melhores medidas de prevenção é essencial que os profissionais dos Serviços de SO/SST partilhem e discutam as informações globais recolhidas, não obstante os deveres éticos e de sigilo profissional. Somente com a congregação da informação, do conhecimento e das competências dos vários profissionais dos Serviços SO/SST se conseguirá obter uma **estratégia de prevenção consolidada, robusta e efetiva**, que assegure a saúde e o bem-estar dos trabalhadores. Neste contexto, são identificadas algumas **medidas de prevenção**, de âmbito global e por fator de risco psicossocial (**CAPÍTULO 8**) que, embora de carácter exemplificativo e indicativo, pretendem ser orientadoras da ação preventiva dos riscos psicossociais a implementar nas empresas/estabelecimentos.

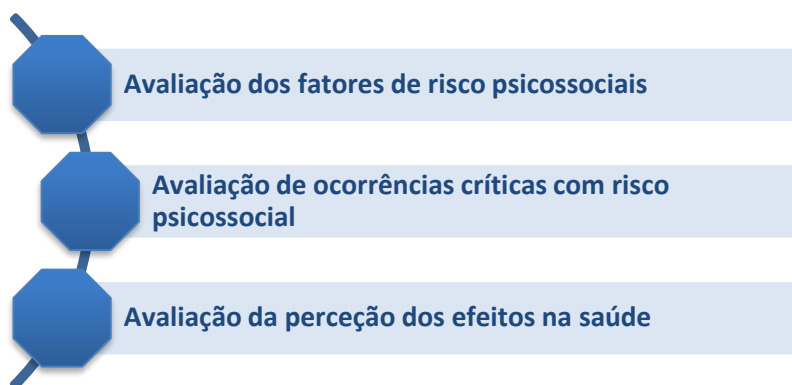
É fundamental que seja equacionado pelos Serviços de SO/SST uma **estratégia de comunicação do risco**, num fluxo interativo que potencie uma informação clara, acessível e compreensível ao empregador, trabalhadores e seus representantes, visando a capacitação e cultura preventiva em matéria de riscos psicossociais. Por último, deve-se salientar que a etapa de gestão do risco profissional deverá identificar a necessidade de novas avaliações de risco profissional, recomeçando o ciclo de gestão do risco profissional.

6. PLANO ORGANIZACIONAL E COLETIVO – *Ambiente de trabalho psicossocial*

6.1. ANÁLISE DO RISCO PSICOSSOCIAL

Uma completa análise do risco psicossocial no plano organizacional e coletivo integra três principais vertentes: avaliação dos fatores de risco, de ocorrências críticas e da perceção dos trabalhadores quanto aos efeitos de saúde adversos (**Figura 8**).

Figura 8. Vertentes para análise do risco psicossocial no plano organizacional e coletivo



6.1.1. Avaliação dos fatores de risco psicossocial

Existem diversas metodologias que poderão ser utilizadas para se proceder à identificação e avaliação dos fatores de risco psicossocial numa perspetiva coletiva e global (ex. população trabalhadora ou grupo de trabalhadores). A metodologia mais comum recorre à utilização de **questionários** dirigidos aos trabalhadores de forma anónima, com a finalidade de avaliar a sua perceção quanto aos fatores de risco psicossocial a que estão expostos e aos efeitos adversos que os mesmos ocasionam na sua saúde.

Estes questionários, embora forneçam “medidas subjetivas” sobre a perceção do trabalhador relativamente ao contexto de trabalho, são amplamente utilizados, pois são económicos e simples de analisar (13). O **complemento destes questionários com abordagens observacionais** (ex. das condições de trabalho e das tarefas), análise de registos (ex. acidentes de trabalho, ausência ao trabalho, “informação inicial” preenchida pela empresa - **Anexo 3**, etc.) e outras avaliações mostra-se **indispensável para uma completa análise**.

São seguidamente indicados alguns exemplos de **instrumentos** que poderão ser utilizados pelos Serviços de SST/SO (vide **Anexo 4**) para avaliar os fatores de risco psicossocial indicados no **Quadro 1**, os quais já foram validados para a população portuguesa e estão disponíveis de forma gratuita, a saber:

- a) **Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II)** - versão original de Kristensen T *et al.* (99) e versão portuguesa de Silva, C.F. (100);
- b) **Escala de Conflito Intragrupal** – versão original de Dimas & Lourenço (101);
- c) **Job Content Questionnaire** - versão original de Karasek (102) e versão portuguesa de Villas-Boas & Cerqueira (103);
- d) **Work Design Questionnaire** - versão original de Morgeson FP & Humphrey SE (104) e versão portuguesa de Proença (105);
- e) **Outros instrumentos relativos a temas específicos como por exemplo:**
 - **Ausência de Reciprocidade** - versão original de Schaufeli (106);
 - **Conflito trabalho-família** - versão original de Carlson, Kacmar, & Williams (107) e versão portuguesa de Vieira, Lopez & Mena-Matos (108);
 - **Dissonância Emocional** - Versão original de Zapf *et al.* (109);
 - **Scale of Perceived Overqualification (SPOQ)** - versão original de Khan & Morrow (110) e versão portuguesa de Gonçalves Neto *et al.* (111);
 - **Standard Shiftwork Index (SSI)** - versão original de Barton (112) e versão portuguesa de Silva, *et al.* (113) com a designação de Estudo Padronizado do Trabalho por Turnos (EPTT);
 - **Utrecht Work Engagement Scale (UWES)** – Escala de Schaufeli *et al.* (114), que inclui adaptação para Portugal (versão reduzida), denominada “Escala de Comprometimento face ao Trabalho” (ECT).

6.1.2. Avaliação de ocorrências críticas com risco psicossocial

Para além da avaliação dos fatores de risco psicossocial, anteriormente identificados, existem **ocorrências críticas** (**Quadro 3**) que devem ser identificadas pois, **na sua existência** na empresa/estabelecimento, **exigem uma intervenção rápida e robusta**.

O **Quadro 3** identifica as **principais ocorrências críticas que devem ser avaliadas** no contexto da atuação dos Serviços de SST/SO: assédio, violência e acontecimentos de emergência ou catástrofe.

De realçar o instrumento de avaliação **“Assédio Moral da Chefia”** (versão original de Tolfo (115)) poderá ser útil na avaliação do assédio no local de trabalho.

Quadro 3. Ocorrências críticas no contexto dos riscos psicossociais

Ocorrência crítica	Caracterização
<p>Assédio</p> <p>É todo o comportamento indesejado, insistente e inconveniente, nomeadamente o baseado em fator de discriminação, praticado durante o trabalho, com o objetivo ou o efeito de perturbar ou constranger a pessoa, afetar a sua dignidade, ou de lhe criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou desestabilizador.</p> <p>Este comportamento ou prática é manifestada de forma recorrente, isto é, resulta de um processo e não de ato único ou pontual.</p> <p>Considera-se Assédio sexual quando o comportamento indesejado é de caráter sexual, sob forma verbal, não verbal ou física, com o objetivo ou efeito indicado anteriormente.</p>	<p>É uma situação crítica quando a avaliação evidencia que existe uma prática intolerável dado que o trabalhador é alvo de atos negativos (ex. agressividade, desprezo, humilhação, discriminação, ameaça) de uma ou várias pessoas (ex. chefe, colegas, clientes) no contexto laboral, sentindo dificuldade de se defender contra essas ações e afetando a sua paz, dignidade e/ou liberdade. No caso de assédio sexual, é considerado como tal nas situações em que a avaliação coloca em evidência que o trabalhador sente que a chefia, colega ou cliente tem o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual.</p> <p>Três principais critérios devem ser considerados na análise do assédio (74):</p> <ol style="list-style-type: none"> A prática de assédio “deve ser persistente”, ou seja, é um processo e não um fenómeno ou facto isolado, o que pressupõe um conjunto, mais ou menos encadeado, de atos e condutas impróprias e inaceitáveis que ocorrem de forma reiterada. A prática de assédio “deve provocar um efeito negativo na vítima”, isto é, atinge a dignidade da vítima, provoca a deterioração da sua integridade moral e/ou física, entre outros. A prática de assédio é verificada “em termos da consequência para o assediado, e não pela intenção de assediar”.
<p>Violência (interpessoal)</p> <p>É um ato ou fenómeno de “agressão física, psicológica ou sexual, de discriminação e/ou constrangimento social” (116) que ocorre em contexto laboral, de forma isolada ou enquadrada no processo de assédio, de elevada gravidade.</p>	<p>É uma situação crítica quando a avaliação evidencia que houve uma transgressão aos sistemas de normas e valores, mediante (adaptado de DGS 2014 (116)):</p> <ul style="list-style-type: none"> o Violência física: engloba atos como empurrar, pontapear, esbofetear, lançar objetos, torcer, queimar, cuspir, puxar cabelos, beliscar, esfaquear, espancar, estrangular, entre outros, podendo existir, inclusive, tentativa ou, mesmo, homicídio da vítima. o Violência psicológica: inclui insultos, ameaças, críticas, humilhações, desvalorizações, intimidações, isolamento social, privação de contacto com colegas, revista a objetos pessoais (ex. agenda, telemóvel, computador), privação de documentação pessoal, negação do acesso a dinheiro ou a cuidados de saúde, entre outros. o Violência sexual: passa por obrigar, coagir, ameaçar ou forçar a vítima a práticas sexuais contra a sua vontade. o Privação e negligência: envolve qualquer ato de privação ou omissão no que respeita ao provimento de necessidades básicas de um indivíduo, a nível emocional, de saúde, educação, nutrição, segurança, habitação e condições de vida, entre outras.
<p>Acontecimentos de emergência ou catástrofe</p> <p>São ocorrências inesperadas e súbitas que têm como consequência o aparecimento de situações de perigo grave para os trabalhadores no contexto de trabalho.</p>	<p>É uma situação crítica quando a avaliação evidencia que a ocorrência é de tal magnitude que os padrões normais do quotidiano de trabalho são repentinamente interrompidos e os trabalhadores vêem-se afetados pela destruição do seu ambiente físico e/ou social de trabalho, o que tem um impacto na saúde, bem-estar e/ou sobrevivência dos trabalhadores (72).</p> <p>Incluem-se os surtos infecciosos (ex. COVID-19), os acidentes ou incidentes graves (ex. incêndios, explosões, derrames químicos) acidentes radiológicos e desastres naturais (ex. sismos e cheias), quando estes últimos afetam a empresa e os trabalhadores.</p>

6.1.3. Avaliação da percepção dos efeitos na saúde

Diversas metodologias poderão ser utilizadas para se proceder à análise da percepção global dos trabalhadores (mesmo que genérica) quanto aos efeitos adversos na saúde.

Neste contexto, são seguidamente indicados alguns exemplos de **instrumentos** que poderão ser utilizados pelos Serviços de SST/SO (vide **Anexo 5**), os quais já foram validados para a população portuguesa e estão disponíveis de forma gratuita, a saber:

- a) **Bem-Estar Psicológico Geral** - Escala de Dupuy (117), validada para a população portuguesa por Espírito-Santo (118);
- b) **Felicidade subjetiva** - Escala de Lyubomirsky & Lepper (119), validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro (120);
- c) **Mental Health Inventory (MHI)** - Veit & Ware (121), validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro (122);
- d) **Percepção Geral de Saúde (SF-36)** - Escala de Ware (123), validada para a população portuguesa por Portugal por Ferreira (124);
- e) **Qualidade de Vida da OMS (EUROHIS-QOL-8)** - Power (125), validada para a população portuguesa por Pereira, *et al.* (126);
- f) **Satisfação Geral com a Vida** - Escala de Diener *et al.* (127), validada para a população portuguesa por Simões (128).

6.2. AVALIAÇÃO DO RISCO PSICOSSOCIAL

Qualquer metodologia utilizada deverá permitir alcançar uma **gradação (estimativa)** da probabilidade de efeito adverso na saúde e segurança da população trabalhadora da empresa/estabelecimento (visão essencialmente macro e geral) relativamente a cada fator de risco psicossocial indicado no **Quadro 1**, em particular, e numa perspetiva geral.

Um **modelo de registo** é apresentado no **Anexo 6**, que estabelece a seguinte classificação para a **estimativa de risco**: baixo, médio, alto e muito alto. De referir que o modelo indicado poderá ser utilizado para efeitos de registo anual do ambiente psicossocial ou sempre que se proceda à avaliação de um ou mais fatores de risco psicossocial.

Considera-se assim que uma **completa avaliação do ambiente psicossocial engloba a avaliação dos fatores de risco psicossocial (Quadro 1), das ocorrências críticas (Quadro 3) e da percepção dos efeitos na saúde pela população trabalhadora**, embora a análise específica de um fator de risco psicossocial, em particular, ou a avaliação de parte/grupo da população trabalhadora sejam práticas necessárias e recorrentes, visando orientar e melhor suportar ações preventivas direcionadas e especializadas.

6.3. GESTÃO DO RISCO PSICOSSOCIAL

Nesta etapa procede-se à análise da aceitabilidade do risco (“risco aceitável” ou “risco não aceitável”) visando estabelecer as prioridades de ação e as necessárias medidas preventivas. O **Quadro 4** sistematiza a ação preventiva requerida em função do nível de risco.

As medidas preventivas devem ser registadas pelos Serviços de SST/SO, designadamente no modelo de registo indicado no **Anexo 6**. Exemplos de medidas de prevenção do risco psicossocial, de carácter geral e específico, podem ser consultados no **CAPÍTULO 8** deste Guia.

Quadro 4. Intervenção preventiva em função do nível do risco

Nível Risco (população trabalhadora)	Aceitabilidade do risco	Ação
Baixo	Risco aceitável	Não requer ação específica.
Médio		É necessário recorrer a avaliações periódicas de modo a assegurar que se mantém a eficácia das medidas de prevenção/controlo. Poderá exigir a melhoria da ação preventiva existente.
Alto	Risco não aceitável	Deve ser estabelecido um plano com medidas para reduzir o risco, o qual deverá determinar as alterações necessárias e o período de tempo para estas medidas serem implementadas.
Muito Alto		O trabalho não deve ser iniciado nem continuado até que o risco profissional seja reduzido. Pode ser necessário recursos consideráveis para o controlo do risco. Se não for possível reduzir o risco profissional, deve-se impedir a realização desse trabalho.

De realçar que o processo de gestão do risco é um processo contínuo que **não termina na adoção de medidas preventivas** (19). É necessário estabelecer procedimentos e indicadores que permitam avaliar se as medidas preventivas estão a alcançar os efeitos desejáveis ou necessitam de alterações, assim como verificar se é necessário avaliar outros fatores de risco ou proceder a novas avaliações, recomeçando o ciclo de gestão.

7. PLANO INDIVIDUAL - *Vigilância da saúde dos trabalhadores*

A vigilância da saúde do trabalhador, da responsabilidade técnica do médico do trabalho (artigo 107.º do RJPST), deve ser concretizada em função dos riscos a que o trabalhador “estiver potencialmente exposto no local de trabalho” (ponto 8, artigo 15.º do RJPST), incluindo os riscos psicossociais.

No âmbito da vigilância da saúde a realização de exames de saúde tem como objetivo “comprovar e **avaliar a aptidão física e psíquica do trabalhador para o exercício da atividade, bem como a repercussão desta e das condições em que é prestada na saúde do mesmo**” (ponto 1, artigo 108.º do RJPST). Assim os exames de saúde permitem **avaliar** e **decidir** quanto à aptidão para o trabalho e estabelecer as medidas preventivas e de aconselhamento aos trabalhadores que evitem ou minimizem os riscos profissionais.

Para o efeito deve ser selecionado o exame de saúde mais adequado à situação profissional do trabalhador, a saber (ponto 3, artigo 108.º do RJPST): exame de admissão, exame periódico ou exame ocasional (**Quadro 5**).

Quadro 5. Tipo de exame de saúde realizado para efeitos de aptidão para o trabalho

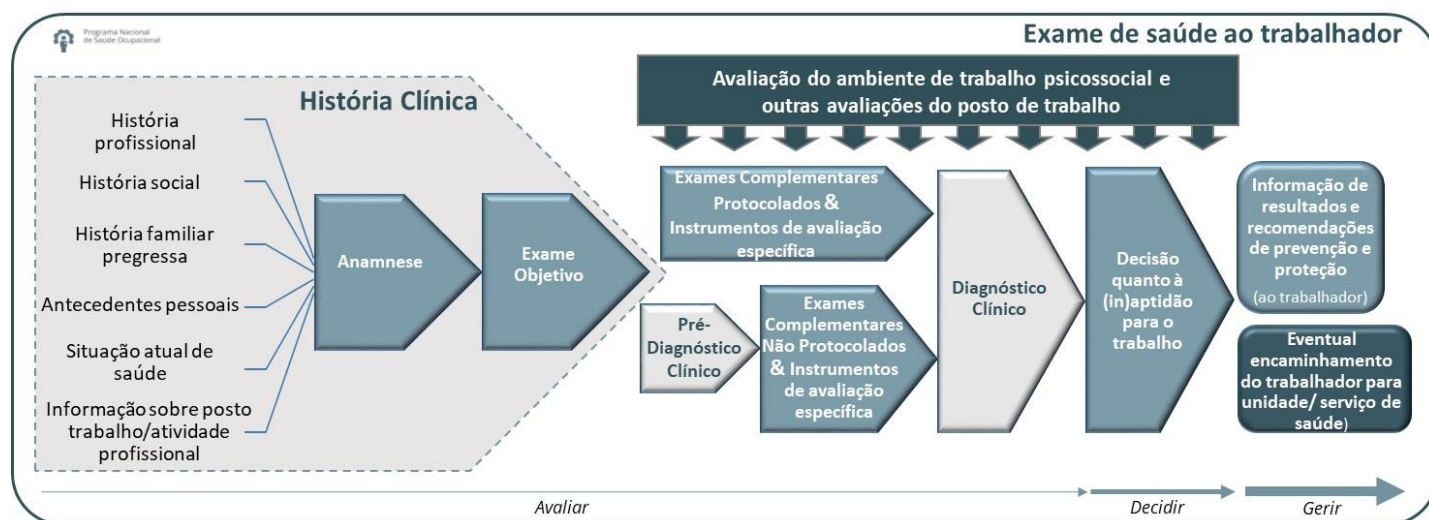
Tipo de exames	Momento de realização	Notas adicionais
Exames de admissão	Realizados “antes do início da prestação de trabalho ou, se a urgência da admissão o justificar, nos 15 dias seguintes” (n.º 3, artigo 108.º RJPST).	Este exame pode ser dispensado nos seguintes casos: a) “Haja transferência da titularidade da relação laboral, desde que o trabalhador se mantenha no mesmo posto de trabalho e não haja alterações substanciais nas componentes materiais de trabalho que possam ter repercussão nociva na saúde do trabalhador” (n.º 6, artigo 108.º RJPST); b) “O trabalhador seja contratado, por um período não superior a 45 dias, para um trabalho idêntico, esteja exposto aos mesmos riscos e não seja conhecida qualquer inaptidão desde o último exame médico efetuado nos dois anos anteriores, devendo a ficha clínica desse mesmo exame ser do conhecimento do médico do trabalho” (n.º 6, artigo 108.º RJPST).
Exames periódicos	Realizados anualmente “para os menores e para os trabalhadores com idade superior a 50 anos”; Realizados “de 2 em 2 anos para os restantes trabalhadores”. (n.º 3, artigo 108.º RJPST)	Este exame é anual para os trabalhadores noturnos: “o empregador deve assegurar exames de saúde gratuitos e sigilosos ao trabalhador noturno destinados a avaliar o seu estado de saúde, antes da sua colocação e posteriormente a intervalos regulares e no mínimo anualmente” (n.º 1, artigo 225.º Código do Trabalho).

Tipo de exames	Momento de realização	Notas adicionais
Exames ocasionais	Realizados “sempre que haja alterações substanciais nos componentes materiais de trabalho que possam ter repercussão nociva na saúde do trabalhador, bem como no caso de regresso ao trabalho depois de uma ausência superior a 30 dias por motivo de doença ou acidente” (n.º 3, artigo 108.º RJPSS e Portaria n.º 71/2015).	Este exame é realizado ainda nas seguintes situações: <ul style="list-style-type: none"> • Por mudança de função (Portaria n.º 71/2015); • A pedido do trabalhador (Portaria n.º 71/2015); • A pedido do Serviço (Portaria n.º 71/2015).

De salvaguardar que o “médico do trabalho, face ao estado de saúde do trabalhador e aos resultados da prevenção dos riscos profissionais” pode “aumentar ou reduzir a periodicidade dos exames” indicados anteriormente (n.º 4, artigo 108.º do RJPSS).

Os exames de saúde de **admissão** e **periódicos** (que são programados) deverão integrar as fases e componentes indicados na **Figura 9**.

Figura 9. Componentes do exame de saúde



Fonte: adaptado do Guia Técnico n.º 2 de Saúde Ocupacional da DGS (129)

Os exames **ocasionais** deverão ser orientados em função do motivo da sua realização, pelo que nem sempre incluem todos os componentes indicados no processo da **Figura 9**. No entanto, importa realçar que, no âmbito da saúde mental, os exames ocasionais são de extrema importância, em especial para:

- **Deteção precoce de problemas de saúde mental**, dado que os exames ocasionais podem ser realizados a “pedido do trabalhador” e a “pedido do Serviço” possibilitando a avaliação de queixas relacionadas com a exposição profissional a fatores de risco psicossocial. Estas situações exigem habitualmente um exame e

uma avaliação particularmente dirigida ao problema reportado através de uma robusta entrevista clínica que caracterize a situação.

- **Gestão do regresso ao trabalho**, após episódios de doença mental, para os quais é necessário aferir a necessidade de serem estabelecidos programas de reabilitação e reintegração profissional, bem como eventuais alterações do posto e organização do trabalho. Salienta-se que, de acordo com os princípios gerais de política de saúde mental, “a prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade”, como o meio/contexto de trabalho, “por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e facilitar a sua reabilitação e inserção social” (art.º 3.º da Lei n.º 36/98, de 24 de julho, na sua atual redação).

7.1. ANÁLISE DO RISCO

Nem sempre é claro perceber se o trabalhador sofre de alguma perturbação mental ou em que medida esta perturbação influencia negativamente o trabalho. Acresce ainda que existe um enorme estigma social sobre as doenças mentais que inibe (130) muitas pessoas de reconhecer que sofrem de alguma perturbação mental. Trata-se assim de um processo complexo e multifatorial, com sinais usualmente inespecíficos (ex. cansaço, desinteresse, irritabilidade, alterações do sono, etc.) e pouco reconhecidos (pelo próprio e/ou por terceiros).

Estas dificuldades obrigam a que a avaliação do trabalhador deva ser realizada de forma cuidadosa e rigorosa, visando uma deteção precoce de sinais e sintomas que permitam prevenir, atempadamente, a eclosão de perturbação mental.

7.1.1 Anamnese

A anamnese é **ponto inicial do diagnóstico** em que o profissional de saúde recolhe/confirma informações e ajuda o trabalhador a lembrar, usualmente sob a forma de entrevista/consulta, os aspetos mais importantes relativos à história profissional, história social (incluindo hábitos e atividades de lazer), história familiar pregressa, antecedentes pessoais, situação atual de saúde (incluindo sintomas/queixas do trabalhador e sua relação com trabalho) e informação sobre o posto de trabalho/a atividade profissional.

O **Quadro 5** destaca os principais aspetos a contemplar no âmbito dos riscos psicossociais. Ressalva-se a importância da recolha/confirmação pormenorizada, de informação sobre os determinantes sociais (do presente e do passado (130), sempre que possível), que “englobam cinco domínios-chave: demográfico, económico, habitacional, ambiental e social/cultural” (5) - **Apontamento 5**.

Quadro 5. Principais componentes da anamnese com especial relevância no contexto dos riscos psicossociais

História profissional	História social	História familiar progressa
<p>O trabalhador deverá ser inquirido quanto ao seu percurso profissional, de forma a permitir recolher os seguintes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de anos de trabalho (ou data em que começou a trabalhar); • Principais postos de trabalho (anteriores e atual) e ocorrência de situações graves que comprometeram a saúde mental (ex. ataque de pânico, depressão, stress grave, bullying); • Funções exercidas e dificuldades verificadas no seu desempenho; • Acidentes de trabalho ou doenças profissionais, designadamente aquelas que tenham originado sequelas ou limitações com influência na saúde mental; • Tipo de vínculo contratual/contrato de trabalho; • Desenvolvimento e estado da carreira profissional; • Atividades profissionais que são concomitantes. 	<p>O trabalhador deverá ser inquirido sobre os seguintes aspetos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Composição do agregado familiar (incluindo filhos, pais, sogros, tios, entre outros parentescos) e responsabilidades/ carga familiar/ doméstica; • Número de filhos/crianças ao cuidado do trabalhador e respetiva idade (ter em atenção sobretudo crianças com idade inferior a 3 anos); • Existência de atividade de cuidador informal, respetivo motivo (ex: familiar com demência, com deficiência, etc.) e duração; • Condição socioeconómica e habitacional do trabalhador (incluindo a distância casa-trabalho e meio de deslocação); • Vivências traumáticas (20,116) (ex. experiências de rejeição, abandono, negligência, violência, incluindo durante a infância)(*). 	<p>O trabalhador deverá ser inquirido sobre os antecedentes familiares relativos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perturbações mentais – doenças mentais (quadros de neurose ou de psicose), situações de demência, esgotamento. • Outras patologias de transmissão hereditária (ex. cardiovascular, respiratória, alérgica, oncológica) dada a possibilidade de influenciarem negativamente a saúde e o bem-estar mental do trabalhador.
Antecedentes pessoais e situação atual de saúde		
<p>O trabalhador deverá ser inquirido sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patologia crónica (ex. doenças mentais crónicas, diabetes, doenças osteomusculares, etc.); • Perturbações mentais, comportamentais e do neuro desenvolvimento, assim como respetiva evolução; • Medicação habitual e antecedentes medicamentosos, nomeadamente psicofármacos (antidepressivos, estabilizadores de humor ou anti psicóticos para perturbações bipolares, ansiolíticos para perturbações de ansiedade, antagonistas ou agonistas para perturbações de dependência de álcool e outras substâncias, e qualquer tipo de psicofármaco para perturbações de controlo de impulsos); • Acompanhamento em consultas de outras especialidades, designadamente de Psiquiatria, Psicologia e outras; • História ginecológica/obstétrica incluindo informação relativa à gestação (tempo de gestação e data e tipo de parto, abortamentos, se aplicável) e amamentação; • Disfunções sexuais; • Situações de assédio, violência e tentativas de suicídio; • Internamentos, tratamentos anteriores e antecedentes cirúrgicos; • Sequelas de acidentes (ex. viação, desportivos, de lazer ou domésticos) relevantes; • Sintomatologia atual relevante (queixa(s) de saúde) referida pelo trabalhador e sua relação com a atividade profissional. • Hábitos e estilos de vida (*): a) Hábitos tabágicos, alcoólicos e relativos a outras substâncias psicoativas; b) Hábitos alimentares; c) Condutas de adição (ex. perturbação de acumulação, perturbação de videogames, dependência de tecnologias – “hiperconectados”); d) Padrões de sono; e) Atividades de lazer e de atividade física; f) Atividades domésticas (incluindo nível de “esforço/investimento de tempo pessoal”). 		
Informação sobre posto de trabalho/atividade profissional		
<p>Inquirir o trabalhador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarefas: a) Principais tarefas; b) Condições de trabalho em que as tarefas são desempenhadas. • Horário de trabalho: a) Tipo de horário; b) Número de horas de trabalho semanal (horas/semana); c) Número e duração das pausas de trabalho; d) Realização de trabalho suplementar da empresa (horas/mês) mesmo quando realizado fora do local de trabalho. • Turnos (se aplicável): a) Tipo de turnos; b) Sequência dos turnos; c) Número de turnos noturnos/mês; d) Adaptação aos turnos de trabalho. • Dias de ausência ao trabalho. • Perceção do trabalhador relativamente ao seu trabalho. 		

Legenda: (*) Instrumentos de avaliação no [Anexo 7](#).



APONTAMENTO 5:

A perceção dos determinantes sociais no contexto da vigilância da saúde do trabalhador é crucial tendo em conta que a evidência científica revela que, por exemplo (5):

- **Nível de rendimento/pobreza:** existe “uma maior prevalência de problemas de saúde mental nas pessoas mais pobres”; “um baixo estatuto económico está associado de forma independente a problemas de saúde mental, que incluem psicose e suicídio”; “os problemas de saúde mental são mais comuns nos grupos socioeconomicamente mais vulneráveis”.
- **Habilidades literárias:** existe “uma maior prevalência de problemas de saúde mental nas pessoas com menor nível de educação”; “a educação desenvolve reserva cognitiva e protege contra perturbações mentais e demência”.
- **Género:** “as mulheres encontram-se em maior risco de problemas de saúde mental como depressão e ansiedade, enquanto que os homens têm um risco maior de abuso de substâncias e de suicídio”.
- **Cultura/Raça:** “indivíduos pertencentes a minorias étnicas, particularmente em contextos de discriminação racial, são mais vulneráveis a problemas como psicose, depressão e ansiedade”; “a cultura pode ser um fator protetor da saúde mental por meio da identidade partilhada, estando a perda da identidade cultural (por exemplo no contexto de migração forçada” “associada a pior saúde mental”.
- **Habitação:** “habitar bairros desordenados, sobrelotados e com poucas condições de higiene e segurança coloca desafios para a saúde mental”.

7.1.2. Exame objetivo

No exame objetivo procede-se à avaliação do trabalhador para deteção de sinais ou sintomas de doença, realizando-se registos clínicos relativos às biometrias e à avaliação psico-cognitiva, neurológica (sumária), da visão, da audição, cardiopulmonar, músculo-esquelética, da pele e mucosas, entre outras consideradas necessárias.

De realçar que as pessoas com perturbações mentais têm um risco 2 a 3 vezes mais elevado de morrer prematuramente por doenças evitáveis, como infeções e distúrbios cardiovasculares, pelo que devem ser submetidas a uma **avaliação física rigorosa numa perspetiva de avaliação integral** (130). No entanto, o exame físico realizado ao trabalhador pode não revelar determinantes incapacitantes para o trabalho pelo que, por vezes, a **ausência ao trabalho (23) surge como “primeiro sintoma”** da perturbação mental.

Deve-se ter presente que **mesmo na ausência de sinais físicos aparentes, as perturbações mentais podem comprometer a capacidade de trabalhar**. É desta forma particularmente importante valorizar o estado geral do trabalhador (ex. forma de andar e de vestir, discurso e expressão facial - tristeza, angústia, alegria, ou eventual dissociação entre a expressão e o discurso), mediante uma análise cuidada. Deve-se ainda realçar que um trabalhador pode ter uma doença mental e não ter disfuncionalidade laboral, sendo o próprio trabalho um meio e uma ferramenta de reabilitação.

7.1.3. Exames complementares de diagnóstico

Em termos gerais, os exames complementares de diagnóstico destinam-se a auxiliar e a fundamentar o diagnóstico inicial do estado de saúde/doença do trabalhador (exame de admissão), a aferir a evolução do estado de saúde/doença do trabalhador e/ou a

esclarecer a hipótese diagnóstica de doença profissional ou de doença ligada ao trabalho (exame periódico ou exame ocasional). O médico do trabalho pode solicitar a outro especialista (ex. psiquiatra) ou ao médico assistente do trabalhador (n.º 5, artigo 108.º do RJSST) pareceres ou avaliações relativas a algumas manifestações ou patologias, enquanto complemento técnico para decidir quanto à sua (in)aptidão para o trabalho, visando a proteção da saúde do trabalhador.

Os exames complementares de diagnóstico podem estar previamente estabelecidos (exames complementares protocolados) ou só serem estabelecidos após um pré-diagnóstico clínico efetuado pelo médico do trabalho (exames complementares não protocolados) – **Figura 9**.

De realçar que, no âmbito da perturbação mental, os exames complementares solicitados pelo médico do trabalho são muitas vezes **utilizados para confirmar a ausência de outras patologias** de etiologia orgânica **e sintomas associados** (ex. hipotireoidismo apresenta sintomas comuns com a depressão) **e, desta forma, confirmar ou excluir a suspeita de perturbação mental**.

Assim, consideram-se que existem indicadores “inespecíficos” e “específicos” para a matéria em apreço:

A. Indicadores inespecíficos

Entre outros testes, a realização de hemograma, da glicemia, do perfil lipídico, avaliação da função hepática e da função renal, determinação da hormona tiroestimulante (TSH), marcadores inespecíficos da inflamação (ex. Proteína C reativa ou velocidade de sedimentação) e eletrocardiograma podem ser úteis na avaliação global da saúde do trabalhador. Sublinha-se que estes testes não têm qualquer especificidade relativamente aos riscos de natureza psicossocial (131), mas permitem confirmar a ausência de outras patologias.

B. Indicadores específicos

Melatonina:

Pode ser considerada como uma neurohormona muito relacionada com os ritmos circadianos pois apresenta uma forte variabilidade ao longo das 24h relacionadas com a luz, pelo que a utilização deste indicador poderá ser útil sobretudo na avaliação das perturbações do ritmo circadiano relativas ao **sono-vigília**. Existem fatores ambientais e endógenos (ex. idade) que modulam a sua secreção, pelo que a sua interpretação individual tem um significado incerto. Este indicador pode ser medido, por exemplo, no sangue ou através do seu metabolito urinário 6-sulfatoximelatonina, em profissionais que trabalham por turnos com horário noturno (132).

Hormonas produzidas pelas supra-renais:

A determinação de cortisol, de hormona adrenocorticotrópica (ACTH) ou de dehidroepiandrosterona sulfato (DHEA-S) no sangue, pode ser útil na vigilância da saúde de trabalhadores submetidos a **altos níveis de stress profissional** ou com elevada suspeição de **burnout**. Por outro lado, a quantificação de cortisol na saliva, pela facilidade de aplicação em situações de rastreio nos locais de trabalho, pode contribuir para identificar trabalhadores em maior risco e, desta forma, permitir o seu encaminhamento para programas adequados de gestão e redução do stress profissional.

A interpretação individual dos níveis de hormonas em líquidos orgânicos (sangue, saliva, ou outros) eventualmente associadas a reações de stress é muito difícil fora de contextos clínicos muito específicos, tanto mais que numa situação de stress, múltiplas vias poderão ser ativadas diferenciadamente (ou em simultâneo), pelo que o padrão neuroendócrino associado pode diferir, significativamente, de indivíduo para indivíduo e ainda no mesmo indivíduo em tempos diferentes (133).

De referir ainda, que outras hormonas poderão também sofrer alterações na sua concentração ou na sua variação ao longo do dia podendo modelar outro tipo de respostas, designadamente a nível imunitário (47).

7.1.4. Instrumentos de avaliação específica

Sempre que necessário, poderão ser aplicados instrumentos de avaliação específicos para proceder à avaliação de sinais e sintomas ou para aferir a perceção do trabalhador quanto a determinados efeitos na saúde. Salienta-se que estes instrumentos deverão ser definidos caso a caso, com o objetivo de contribuir e reforçar o diagnóstico clínico.

Indicam-se seguidamente alguns exemplos de instrumentos validados para a população portuguesa e disponíveis de forma gratuita, a saber (**Anexo 7** e **Anexo 8**):

a) Depressão, ansiedade e stress:

- HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale de Zigmund & Snaith (134), versão portuguesa de Silva *et al.* (135).
- Inventário da Depressão de Beck (136), com versão portuguesa de Gomes-Oliveira *et al.* (137).
- EADS - Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 *itens* de Lovibond & Lovibond (138), com versão portuguesa de Pais Ribeiro (139).

b) Burnout

- Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) – Escala de Demerouti e Nachreiner (140), validada para a população portuguesa por Sinval *et al.* (141).

b) Situações traumáticas

- Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist (PCL-5) – Escala de Weathers *et al.* (142), validada para a população portuguesa por Carvalho, da Motta e Pinto-Gouveia (143).

c) Álcool:

- AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test (144), versão portuguesa da Direção-Geral da Saúde (145).

d) Tabaco:

- The Fagerström Test for Nicotine Dependence (146), versão portuguesa da Direção-Geral da Saúde (147).
- Richmond Test (148), versão portuguesa da Direção-Geral da Saúde (147).

e) Sono:

- STOP-Bang Questionnaire (149), versão portuguesa de Reis *et al.* (150).
- PSQI - Pittsburgh sleep quality index (151), versão portuguesa de Del Rio João *et al.* (152).
- ESS - Epworth Sleepiness Scale (153), versão portuguesa de Bertolazi *et al.* (154).

f) Obesidade:

- IMC - Índice de Massa Corporal, proposto por Adolphe Quetelet entre 1830 e 1850 e desenvolvido por Keys *et al.*, (155) no ano de 1972.

7.1.5. Avaliação do posto de trabalho

É indispensável que o Serviço de Saúde do Trabalho tenha acesso às avaliações do posto de trabalho e da atividade desenvolvida, bem como às desenvolvidas no âmbito da avaliação do ambiente de trabalho psicossocial, visando reunir informação que possibilite avaliar os principais fatores de risco profissional.

De realçar que, geralmente, os trabalhadores estão expostos a um conjunto de fatores e situações de risco que atuam concomitantemente (e não de forma isolada). Estes fatores e situações podem influenciar-se dado o seu sinergismo. Indica-se a título exemplificativo algumas situações potenciais que se poderão relacionar com fatores de risco psicossocial (22): a) os fatores de risco físicos, como o ruído e a temperatura, podem influenciar a saúde mental do trabalhador; b) quadros de depressão estão, por vezes, associados a queixas músculo-esqueléticas e dor crónica; c) a exposição a alguns agentes químicos (ex. metais pesados como chumbo, manganês e mercúrio; monóxido de carbono; tolueno) pode desencadear distúrbios neuropsiquiátricos, dada a ação destes agentes no sistema nervoso central.

Justifica-se assim que na vertente psicossocial do exame de saúde ao trabalhador se tenha em consideração não só os resultados e informações das avaliações do ambiente de trabalho psicossocial, assim como de outras avaliações de risco (de natureza química, biológica, biomecânica, entre outras) realizadas.

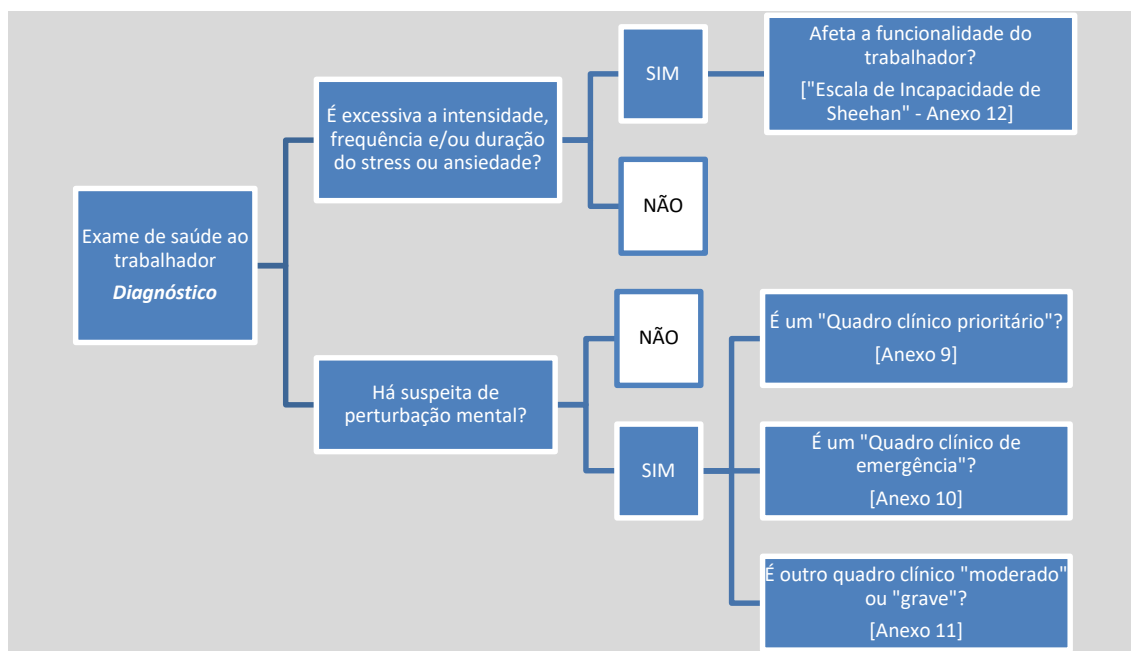
7.1.6. Diagnóstico clínico

O diagnóstico clínico exige uma avaliação de **contexto e a conjugação (23) de diversa informação**, designadamente decorrente da anamnese, do exame objetivo, das queixas do trabalhador, dos exames complementares, da análise da situação de trabalho e da cultura organizacional da empresa/estabelecimento, entre outros aspetos. O diagnóstico realizado pelo médico do trabalho deve ser registado na Ficha Clínica do Trabalhador.

Tendo em conta a dificuldade dos profissionais dos Serviços de Saúde do Trabalho em proceder ao diagnóstico das perturbações mentais e, paralelamente, a necessidade urgente de intervenção estruturada neste âmbito que permita o tratamento atempado, com base nas orientações da Organização Mundial de Saúde (130) para unidades de saúde “não especializadas em saúde mental”, estabelece-se que o diagnóstico clínico deverá ter como objetivo a deteção e avaliação (**Figura 10**):

- De **situações de stress ou ansiedade excessiva**;
- De **suspeitas de perturbação mental**.

Figura 10. Questões de partida do diagnóstico



Para efeitos da aplicação do presente Guia, considera-se:


- **Quadro clínico prioritário (Anexo 9):** situações agudas, em que o trabalhador não está em risco de vida iminente, mas existe o risco de evolução para complicações mais gravosas ou fatais, pelo que são necessários cuidados especializados.
→ *Incluem-se nesta categoria:* Burnout; Demência; Depressão moderada a grave; Epilepsia; Esquizofrenia; Perturbação do ritmo circadiano do sono-vigília; Perturbação por stress pós-traumático; Perturbações por consumo de álcool; Perturbações por consumo de drogas; Psicose; Stress crónico; Perturbação bipolar; Perturbação da personalidade.
- **Quadro clínico de emergência (Anexo 10):** ocorrência imprevista de uma situação de saúde grave (com ou sem risco de vida), em que o trabalhador tem necessidade de assistência médica imediata para manter as funções vitais e/ou evitar incapacidade ou complicações graves.
→ *Incluem-se nesta categoria:* Autoagressão/ Tentativa de suicídio; Episódio de epilepsia/ Convulsão; Consumo abusivo de álcool / drogas; Violência no local de trabalho.
- **Outro quadro clínico moderado ou grave (Anexo 11):** perturbação mental que não está incluída nas categorias anteriores e, tendo por base os critérios estabelecidos pela SAMHSA (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1993*) para avaliar a gravidade das perturbações mentais, aplicando os instrumentos **Sheehan Disability Scale (Anexo 12)** e a **Global Assessment of Functioning (Anexo 13)**, a perturbação mental (20) é classificada de grave ou moderada.

Para avaliar como a **situação de stress ou ansiedade afeta a funcionalidade do trabalhador** recomenda-se a utilização da Escala de Incapacidade de Sheehan (**Anexo 12**).

Na fase de diagnóstico é ainda importante aferir se a situação de stress, ansiedade ou a perturbação mental **tem relação com o trabalho (nexo causal)**, de forma a identificar outros trabalhadores expostos aos mesmos fatores de risco e estabelecer as necessárias

medidas corretivas/preventivas. O **Quadro 6** agrupa os quadros clínicos prioritários e de emergência tendo em conta a classificação de Schilling (156) e identifica as que devem ser consideradas como **eventos sentinela** (23) dada a sua relação com o trabalho.

Quadro 6. Principais quadros clínicos prioritários e de emergência a considerar pelos Serviços de Saúde do Trabalho

	QUADRO CLÍNICO PRIORITÁRIO			QUADRO CLÍNICO DE EMERGÊNCIA
Perturbação Mental	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Burnout</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Depressão moderada a grave • Stress crónico • Perturbação por stress pós-traumático • Perturbação do ritmo circadiano do sono-vigília • Perturbações por consumo de álcool • Perturbações por consumo de drogas • Psicose* • Demência* 	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbação bipolar • Perturbação da personalidade • Epilepsia • Esquizofrenia 	<ul style="list-style-type: none"> • Episódio de epilepsia/Convulsão • Autoagressão/ Tentativa de suicídio • Consumo abusivo de álcool / drogas • Violência no local de trabalho
Relação trabalho/doença	<p>Obrigatoriamente relacionado com o trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> • O trabalho é o agente causador. • É um fator necessário em todos os casos semelhantes. 	<p>Pode estar relacionado com o trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> • O trabalho é um fator que: <ul style="list-style-type: none"> - pode contribuir, mas nem sempre é considerado causa necessária. - pode agravar uma patologia existente. 	<p>Não está relacionado com o trabalho, mas pode manifestar-se no trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> • É uma doença “orgânica” existente. • Podem existir repercussões para o próprio e para terceiros no local de trabalho. 	<p>Ao ocorrer no local de trabalho pode carecer de “primeiros socorros”</p>
Evento sentinela? 	É um evento sentinela .	Quando existe relação com o trabalho deve ser considerado evento sentinela .	Salvo raras exceções, não é um evento sentinela .	Com exceção da “epilepsia/convulsão” todos devem ser considerados como evento sentinela .
Referenciação e encaminhamento	Referenciação para o médico de família do trabalhador, sobretudo quando este não está a ser seguido por especialista da área.			Eventual encaminhamento para o Serviço de Urgência e/ou, referenciação para o médico de família do trabalhador ou para especialista da área.

* Situações de exposição profissional a substâncias neurotóxicas.

De sublinhar que sempre que as perturbações mentais são consideradas como **“eventos sentinela”**, deve-se verificar se outros trabalhadores não se encontram com exposição profissional semelhante e estabelecer as necessárias medidas preventivas.

7.2. AVALIAÇÃO DO RISCO

A avaliação do risco profissional visa **averiguar se o risco é aceitável ou não**, tendo em conta o conhecimento científico à data. Nesta etapa deve proceder-se à **valoração integrada** das várias vertentes (ambiental, biológica e de saúde).

Para se obter o “**nível de risco profissional**” (**Quadro 7**) é necessário considerar a “gravidade do dano” (efeito adverso na saúde do trabalhador que inclui situações de stress, ansiedade, perturbações mentais, entre outras) e a “probabilidade de ocorrência” em contexto de trabalho, isto é ter em conta o prejuízo no desempenho profissional e social (**funcionalidade do indivíduo/trabalhador**) ocasionado pelo dano. O **fator de correção individual** é aplicado pelo médico do trabalho sempre que sejam identificados fatores protetores ou agravantes (ex. contexto familiar, vulnerabilidade social).

A graduação final do nível de risco profissional determina uma ação preventiva (**Quadro 8**). O Serviço de Saúde do Trabalho e, em particular, o médico do trabalho, deve determinar as necessárias recomendações preventivas de carácter individual e/ou coletivo/organizacional visando a prevenção dos riscos psicossociais.

Quadro 7. Graduação do nível de risco profissional

		Gravidade do dano na saúde				
		Muito Ligeira	Ligeira	Grave	Muito grave	
Frequência (prejuízo no desempenho profissional e social)	Baixa	Risco Baixo	Risco Baixo	Risco Médio	Risco Médio	Fator de correção individual (decisão do médico do trabalho) Graduação final do nível de risco profissional: _____
	Média	Risco Baixo	Risco Médio	Risco Alto	Risco Alto	
	Alta	Risco Médio	Risco Alto	Risco Alto	Risco Muito Alto	
	Muito Alta	Risco Médio	Risco Alto	Risco Muito Alto	Risco Muito Alto	

Quadro 8. Intervenção preventiva em função do nível do risco

Nível Risco Profissional (trabalhador)	Aceitabilidade do risco	Ação
Baixo	Risco aceitável	Não requer ação específica.
Médio		É necessário recorrer a avaliações periódicas de modo a assegurar que se mantém a eficácia das medidas de prevenção/controlo. Poderá exigir a melhoria da ação preventiva existente.
Alto	Risco não aceitável	Deve ser estabelecido um plano com medidas para reduzir o risco, o qual deverá determinar as alterações necessárias e o período de tempo para estas medidas serem implementadas.
Muito Alto		O trabalho não deve ser iniciado nem continuado até que o risco profissional seja reduzido. Pode ser necessário recursos consideráveis para o controlo do risco. Se não for possível reduzir o risco profissional, deve-se proibir esse trabalho.

7.2.1. Decisão quanto à aptidão para o trabalho

A deliberação do médico do trabalho quanto à (in)aptidão para o trabalho do trabalhador exposto (neste caso a fatores de risco psicossocial) tem por base os dados recolhidos nas fases anteriores.

Para efeitos de avaliação da aptidão para o trabalho devem ser analisadas **quatro áreas principais** (23):

- **Limitações das atividades da vida diária e no contexto de trabalho:** como autocuidado, higiene pessoal, comunicação, locomoção, viajar, repouso e sono e prática de atividades sociais e de lazer. A avaliação não deve realizar-se somente quanto ao número de atividades que estão restritas ou prejudicadas, mas quanto ao conjunto de restrições ou limitações que, eventualmente, afetam o indivíduo/trabalhador como um todo.
- **Exercício de funções sociais:** refere-se à capacidade do indivíduo de interagir apropriadamente e comunicar eficientemente com outras pessoas. Inclui a capacidade de conviver com outros, tais como familiares, colegas de trabalho e supervisores ou chefias, sem alterações, agressões ou sem o isolamento do indivíduo em relação ao mundo que o cerca.
- **Concentração, persistência e ritmo:** avaliam-se parâmetros que revelam a capacidade de completar ou de levar a cabo tarefas. Estes parâmetros referem-se à capacidade de manter a atenção focalizada o tempo suficiente para permitir a realização cabal, em tempo adequado, de tarefas comuns da atividade de trabalho. Estas capacidades podem ser avaliadas através do desempenho atual e/ou histórico do indivíduo.
- **Deterioração ou descompensação no trabalho:** refere-se a falhas repetidas na adaptação a circunstâncias stressantes. Quando exposto a situações ou circunstâncias mais stressantes ou cargas de trabalho mais elevadas, o trabalhador ausenta-se, desaparece ou manifesta exacerbações de sinais e sintomas da sua perturbação mental ou comportamental. Esta área permite averiguar situações em que o trabalhador está descompensado e tem dificuldade em manter as atividades habituais de trabalho, o exercício de funções sociais e a capacidade de completar ou levar a cabo tarefas (ex. proceder ao atendimento de clientes, tomar decisões, programar tarefas, interagir com supervisores, chefias e colegas).

Alguns **critérios de restrição e inaptidão** para o trabalho podem estar relacionados com:

- Situações específicas de saúde, designadamente de saúde mental à data do exame de saúde, em que o trabalhador no exercício da sua atividade profissional constitua um risco significativo para a saúde de terceiros (ex. patologia psiquiátrica não controlada medicamente, designadamente quadros psicóticos não medicados e não aderentes à medicação; situações de agitação, delírios, alucinações, agressividade com dificuldade em controlar os impulsos);
- Situações específicas de saúde, designadamente de saúde mental à data do exame de saúde, em que a atividade profissional constitua um risco significativo para a saúde do próprio (ex. depressão grave ou situações de stress pós-traumático, principalmente se o trabalho constitui uma fonte de agravamento da situação clínica).

Sempre que possível e apropriado, a avaliação da aptidão deverá equacionar não só as possibilidades de aptidão do trabalhador para a mesma função como também para outra função, atividade ou local de trabalho.

7.3. GESTÃO DO RISCO

A gestão do risco psicossocial de um trabalhador poderá exigir, entre outras medidas, as indicadas na **Figura 11**.

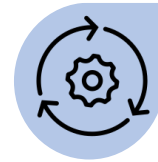
Figura 11. Possibilidades de atuação no âmbito da gestão do risco



**Encaminhamento/
Acompanhamento**

Avaliação da **necessidade de:**

- **Acompanhamento** da evolução da situação de saúde, de forma a verificar se existe algum agravamento da situação clínica ou recaída.
- **Encaminhamento/referenciação** para o médico que acompanha a saúde do trabalhador (ex. médico de família ou médico assistente).
- **Afastamento** (temporário ou permanente) do trabalhador da situação de exposição, do setor de trabalho ou do trabalho como um todo (23).
- **Internamento compulsivo** devido a anomalia psíquica grave.
- **Reabilitação e/ou reintegração profissional.**



**Atuação
preventiva /
corretiva**

- **Recomendações ao trabalhador** sobre as medidas de prevenção a adotar e/ou reforçar.
- **Recomendações ao empregador** sobre as medidas de prevenção e controlo necessárias adotar e/ou reforçar.
- **Recomendações a outros trabalhadores (vigilância epidemiológica de trabalhadores da mesma empresa ou ambiente de trabalho (23))** com exposição similar, sobretudo se estiver em causa uma perturbação de saúde que seja “evento sentinela”.

7.3.1. Encaminhamento/referenciação de trabalhador com diagnóstico clínico presuntivo de perturbação mental

Os Serviços de Saúde do Trabalho de cada empresa/estabelecimento, no âmbito das suas atividades de vigilância da saúde dos trabalhadores, têm um papel fundamental na identificação, acompanhamento e, sempre que necessário, **encaminhamento/referenciação** dos trabalhadores com perturbações mentais para os cuidados primários de saúde, ou, em situação urgente, para os Serviços de Urgência Psiquiátrica.

O médico do trabalho, ao ser responsável pela vigilância da saúde dos trabalhadores, desempenha um papel fulcral na **identificação das perturbações mentais** dado que está numa posição privilegiada de contacto com os trabalhadores e, por outro, **porque a manifestação da perturbação mental pode ser mais evidente no contexto de trabalho, tendo em conta que exige interação com outras pessoas durante um período de tempo**

considerável. Acresce ainda que, muitas vezes, os Serviços de Saúde do Trabalho são o único espaço que estes trabalhadores encontram para falar do que sentem sem estigmatização.

Assim, o médico do trabalho é responsável por decidir quanto ao **encaminhamento/referenciação de trabalhador com diagnóstico clínico presuntivo de perturbação mental** para os serviços de saúde competentes.

Neste sentido, as situações de perturbações mentais classificadas, mesmo de forma presuntiva, como:

- a. **“Graves” (Anexo 11) ou que integrem o “Quadro clínico de emergência” (Anexo 10)** – devem ser encaminhadas para hospital com urgência de psiquiatria (urgências hospitalares de Portugal Continental no **Anexo 14**), sempre que necessário.
- b. **“Moderadas” (Anexo 11) ou que integrem o “Quadro clínico prioritário” (Anexo 9)** – devem ser encaminhadas pelo médico do trabalho para o médico de família do trabalhador em questão. Por sua vez, o médico de família poderá encaminhar o trabalhador, sempre que necessário, para o “Serviço Local de Saúde Mental de Adultos” (41 serviços em Portugal Continental) (20) ou, nas situações de comportamentos aditivos (ex. álcool, droga, etc.), às equipas do Centro de Respostas Integradas (CRI) da área de residência. Os cuidados de saúde primários têm um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde mental (20), assegurando o acompanhamento de inúmeros casos.

Não obstante o exposto anteriormente, nas situações em que:

- O **trabalhador não tem atribuído médico de família** – o trabalhador deverá ser sinalizado ao Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) ou da Unidade Local de Saúde (ULS), de acordo com a área de residência do trabalhador;
- A **empresa/estabelecimento possui psicólogo** ou outro profissional de saúde mental – o médico do trabalho poderá encaminhar o trabalhador para este profissional, não obstante outras diligências complementares que sejam consideradas necessárias, designadamente a referenciação do trabalhador junto do médico de família, do psiquiatra ou do psicólogo assistente.

Realça-se que nas situações em que a gravidade do dano é “grave ou “moderada” o médico do trabalho, que no âmbito da anamnese identifica o **especialista de saúde mental que acompanha o trabalhador** (ex. psicólogo, psiquiatra, etc.), deve também proceder à articulação com o mesmo, visando conhecer melhor o estado clínico do trabalhador e assegurar adequada vigilância da saúde do mesmo.

7.3.2. Internamento compulsivo devido a anomalia psíquica grave

Existem situações extremas em que o trabalhador é portador de anomalia psíquica grave e requer **internamento compulsivo**, a saber (art.º 12.º da Lei n.º 36/98, de 24 de julho, na sua atual redação):

- Quando cria “uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico”;

- Quando “não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado”.

Assim, sempre que o médico do trabalho “verifique no exercício das suas funções uma anomalia psíquica” que se enquadre nas situações anteriores “pode comunicá-la à **autoridade de saúde**” competente visando o internamento compulsivo (art.º 13.º da Lei n.º 36/98, de 24 de julho, na sua atual redação). De salguardar que o internamento compulsivo só pode ser determinado: “quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa”, e “se for proporcionado ao grau de perigo e ao bem jurídico em causa”. Sempre que possível “é substituído por tratamento em regime ambulatorio” (art.º 8.º da Lei n.º 36/98, de 24 de julho, na sua atual redação).

Nas **situações urgentes**, em que existe uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, em que o trabalhador, portador de anomalia psíquica grave, se recuse submeter ao necessário tratamento médico, pode ser **internado compulsivamente de urgência**, nomeadamente devido a “deterioração aguda do seu estado” (art.º 22.º da Lei n.º 36/98, de 24 de julho, na sua atual redação). Nestes pressupostos, **o médico do trabalho pode contactar as autoridades policiais ou de saúde** que podem determinar o internamento do trabalhador “através de mandado” ou, quando não seja possível a emissão prévia de mandado, dada a situação de urgência e de perigo na demora”, “qualquer agente policial procede à condução imediata do internando” (art.º 22.º da Lei n.º 36/98, de 24 de julho, na sua atual redação).

7.3.3. Reabilitação psicossocial e reintegração profissional

A reabilitação psicossocial tem como principal objetivo restabelecer as capacidades do indivíduo (trabalhador), que em algum momento da vida foram reduzidas, ou deixaram de existir, para dar lugar a um sentimento de incapacidade ou impotência; é tornar o indivíduo (trabalhador) novamente capaz de enfrentar as dificuldades vividas, diminuindo o dano causado pela doença mental (22).

Todos os trabalhadores com perturbações mentais devem ser tratados com dignidade e respeito quando (re)integrados no trabalho (e na comunidade), visando beneficiar a sua saúde e bem-estar. Os Serviços de Saúde do Trabalho devem estimular o indivíduo (trabalhador) a adotar uma postura de cuidado pessoal, corresponsabilizando-se pela gestão do projeto terapêutico, do seu trabalho e da sua qualidade de vida. O restabelecimento do respeito e dos laços sociais no contexto de trabalho possibilita que o indivíduo retome o significado da sua vida e volte a acreditar nas suas capacidades.

Considera-se assim que no **regresso ao trabalho após episódio de doença mental** é fundamental serem estabelecidos **programas de reabilitação psicossocial e profissional**, que devem atender às singularidades de cada indivíduo e conceitos base de “autonomia, socialização, cidadania e contratualidade” (22). Melhorias nas condições de trabalho, na organização e relações de trabalho, assim como alterações nas funções e local de trabalho, são alguns aspetos que poderão facilitar ou melhorar a recuperação do trabalhador e promover a sua capacidade de trabalho.

Por último salienta-se que a evidência científica revela que as pessoas que recebem apoio de serviços de reabilitação de saúde mental “têm oito vezes mais possibilidades de alcançar/sustentar a vida comunitária, em comparação com aquelas que são apoiadas por serviços genéricos de saúde mental da comunidade” (157).

7.3.4. Vigilância epidemiológica

Sobretudo numa situação de suspeita ou confirmação da existência de evento sentinela (**Quadro 6**) deverá encetar-se uma investigação do ambiente psicossocial de trabalho, visando:

- Identificar os fatores de risco psicossocial que possam ter determinado o quadro sintomatológico;
- Identificar outros trabalhadores com exposição profissional similar;
- Proceder a intervenções psicossociais de suporte ao grupo/trabalhadores identificado anteriormente, se aplicável.
- Recomendar ao empregador para que adote as necessárias medidas corretivas, de gestão ou outras, para eliminação ou controlo dos fatores de risco psicossocial.

7.3.5. Informação de resultados e recomendações preventivas

É fundamental que a avaliação do médico do trabalho seja transmitida ao trabalhador quanto ao resultado da vigilância da saúde e aos motivos da (in)aptidão para o trabalho, assim como no que se refere às necessárias recomendações preventivas. Incluem-se as recomendações sobre estilos de vida saudáveis (ex. higiene do sono, atividade física, alimentação saudável).




O médico do trabalho deverá ainda recomendar ao empregador as medidas preventivas, nomeadamente coletivas e organizacionais, que são necessárias visando uma adequada gestão dos riscos psicossociais da população trabalhadora da empresa/estabelecimento.

8. MEDIDAS DE PREVENÇÃO

A **prevenção dos riscos psicossociais** que assegure a conciliação do trabalho e da vida familiar (9) e potencie o equilíbrio emocional, a robustez psíquica e a capacitação para o desempenho são essenciais para assegurar elevados níveis de saúde e bem-estar mental.

O **Quadro 9** evidencia os principais objetivos de cada nível de prevenção (primária, secundária e terciária) no contexto da exposição profissional a fatores de risco psicossocial e a ação que os Serviços de SST/SO devem assegurar.

Quadro 9. Níveis de prevenção no âmbito do risco psicossocial

NÍVEL DE PREVENÇÃO	Objetivos	Ações do Serviço de SSO/SST
	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar ou reduzir os fatores de risco psicossociais e promover ambientes de trabalho saudáveis; • Evitar alterações adversas na saúde e bem-estar do trabalhador; • Evitar a ocorrência de doença ou outro efeito adverso na saúde do trabalhador. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar e avaliar os fatores de risco psicossocial existentes no local de trabalho; ✓ Propor ao empregador medidas que evitem/minimizem a exposição profissional; ✓ (In)formar os trabalhadores quanto aos principais fatores de risco psicossocial a que estão expostos, os seus efeitos na saúde e as medidas e comportamentos a adotar para os prevenir.
	<ul style="list-style-type: none"> • Proceder ao diagnóstico/deteção precoce de problemas de saúde mental em indivíduos/trabalhadores; • Fomentar a existência de tratamento adequado da perturbação mental; • Impedir a progressão, duração e/ou gravidade da doença ou de outro efeito nocivo (diminuição da prevalência da doença); • Minimizar as implicações na capacidade de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar e avaliar a(s) situação(ões) de exposição profissional; ✓ Corrigir as condições de trabalho que levaram à exposição profissional; ✓ Proceder à deteção precoce dos problemas de saúde mental visando a interrupção da evolução da situação/doença, a cura e/ou pela redução das consequências mais graves da doença; ✓ Garantir o adequado encaminhamento do trabalhador, sempre que necessário, e acompanhar a intervenção terapêutica associada.
	<ul style="list-style-type: none"> • Participar na reabilitação e recuperação dos trabalhadores que tenham sofrido perturbações mentais graves. • Evitar complicações e/ou o agravamento do estado de saúde do trabalhador; • Evitar recidivas da doença mental ou morte precoce; • Evitar ou minimizar as sequelas e o sofrimento do trabalhador; • Minimizar as implicações na capacidade de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acompanhar a reabilitação clínica; ✓ Indicar ao trabalhador a necessária readaptação do posto de trabalho; ✓ Recomendar medidas para a reabilitação profissional; ✓ Contribuir para a reintegração profissional e para a reabilitação psicossocial e profissional.

De realçar que, de acordo com a atual legislação a “proteção da saúde mental efetiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive” (art.º

2.º da Lei n.º 36/98, de 24 de julho, na sua atual redação). Estas medidas incluem “ações de prevenção primária, secundária e terciária da doença mental, bem como as que contribuam para a promoção da saúde mental” (art.º 2.º da Lei n.º 36/98, de 24 de julho, na sua atual redação).

8.1. MEDIDAS DE PREVENÇÃO TRANSVERSAIS

Existe um conjunto de **medidas de prevenção coletivas** que são transversais e têm aplicabilidade relativamente à exposição dos trabalhadores a vários fatores de risco psicossocial, designadamente:

- Construir e manter um clima seguro e saudável, de confiança e de interajuda entre trabalhadores e chefias a todos os níveis, que favoreça uma saúde física e mental positiva em relação ao trabalho e a adaptação do trabalho à(s) capacidade(s) do(s) trabalhadores.
- Promover a literacia sobre riscos psicossociais nos locais de trabalho, designadamente através de ações de (in)formação (1), que esclareçam os e ensinem estratégias de *coping* aos trabalhadores para que estes possam prevenir ou limitar as consequências negativas para a sua saúde quando expostos.
- Fomentar a clareza e transparência organizativa, nomeadamente quanto à definição de postos de trabalho, tarefas e cadeia hierárquica.
- Valorizar e encorajar a partilha de sentimentos e perceções dos trabalhadores quanto às dificuldades e constrangimentos de trabalho, quer na prossecução das tarefas, quer nas relações de trabalho.
- Assegurar o envolvimento dos trabalhadores nas grandes decisões e políticas de negócio da empresa/estabelecimento.
- Garantir a participação dos trabalhadores em decisões relacionadas com conteúdo das tarefas, procedimentos, condições e horários de trabalho.
- Consultar o(s) representante(s) dos trabalhadores (ou na sua falta estes últimos) nas principais questões de gestão da empresa/estabelecimento.
- Utilizar processos de comunicação com base em interesses mútuos (ex. “círculos de saúde” (1), “grupos de debate” ou “espaços de escuta” para detetar e debater problemas e para encontrar soluções com base na participação dos trabalhadores).
- Potenciar atitudes cooperativas que promovam respeito e confiança entre todas as partes.
- Encorajar os trabalhadores a realizarem a auto monitorização de sintomas de saúde e bem-estar mental e explicar como estes devem proceder à sua gestão e quando deverão procurar ajuda profissional (130);
- Acompanhar as situações de absentismo, em particular as ausências ao trabalho por doença (158), pelos Serviços de Saúde do Trabalho.

- Adotar procedimentos específicos para as reclamações efetuadas pelos trabalhadores (158).
- Reduzir o estigma da doença mental, assim como a marginalização e discriminação das pessoas afetadas por esta doença (130), através da informação e sensibilização dos trabalhadores e o esclarecimento claro sobre estas doenças (116).
- Promover a inclusão dos trabalhadores com perturbações mentais, neurológicas e devido ao consumo de álcool e outras drogas (130).
- Dar especial atenção aos padrões de direitos humanos nacionais e internacionais (130).

8.2. MEDIDAS DE PREVENÇÃO POR FATOR DE RISCO PSICOSSOCIAL

São seguidamente indicados alguns exemplos de medidas preventivas por fator de risco psicossocial (**Quadro 10**) que podem ser adotadas, de forma isolada ou conjunta, de acordo com a situação, em concreto, avaliada na empresa/estabelecimento. Estas medidas têm carácter meramente **indicativo e exemplificativo** e podem ser implementadas a todos os trabalhadores da empresa/estabelecimento, a determinados grupos de trabalhadores (ex. agregação de trabalhadores por departamento/secção, tarefa, atividade profissional, etc.) ou a um trabalhador em particular.

Quadro 10. Exemplos de medidas preventivas por fator de risco psicossocial

FATOR DE RISCO PROFISSIONAL	FATOR PROTETOR (<i>Principal</i>)
1. Natureza, conteúdo e carga de trabalho	
1.1. Monotonia do trabalho	<i>Enriquecimento do trabalho</i>
<i>Exemplos de medidas de prevenção:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Atenuar o trabalho monótono em função do tipo de atividade e exigências em matéria de SST, designadamente ao: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Introduzir interrupções e pausas regulares ao longo da jornada de trabalho. ✓ Proceder à movimentação corporal durante as pausas ou interrupções de trabalho. ✓ Organizar as tarefas de trabalho de forma a combinar várias posturas de trabalho. ✓ Configurar o ambiente de trabalho com estímulos de luz, cor e/ou música. ✓ Fornecer atividades significativas aos trabalhadores para realizarem. • Desenvolver competências e conhecimentos que permitam a ampliação e variação de tarefas realizadas pelo trabalhador. 	
1.2. Repetitividade de tarefas	<i>Diversificação do trabalho</i>
<i>Exemplos de medidas de prevenção:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Atenuar a cadência do trabalho em função das capacidades físicas e mentais do trabalhador, designadamente ao: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar ciclos de trabalho muito curtos, com trabalho fragmentado e desprovido de sentido. ✓ Contemplar a rotatividade de trabalhadores visando a execução de tarefas diferentes e variadas ao longo da jornada de trabalho. ✓ Introduzir interrupções e pausas regulares ao longo da jornada de trabalho. • Desenvolver competências e conhecimentos que permitam ao trabalhador realizar uma maior diversidade de tarefas. 	
1.3. Intensidade do ritmo trabalho	<i>Moderação do ritmo de trabalho</i>

FATOR DE RISCO PROFISSIONAL	FATOR PROTETOR (Principal)
<p><i>Exemplos de medidas de prevenção:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminuir a cadência ou o encadeamento da tarefa de trabalho, designadamente ao: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Introduzir interrupções e pausas regulares ao longo da jornada de trabalho. ✓ Possibilitar ao trabalhador mudar o período de início/conclusão de um ciclo de trabalho pré-determinado/padronizado (ex. regulado por uma máquina). ✓ Aumentar o período de tempo de trabalho estabelecido para a realização de uma tarefa. • Configurar posições de trabalho corretas e confortáveis ao trabalhador que facilitem a execução da tarefa. 	
<p>1.4. Carga de trabalho</p>	<p><i>Justa distribuição do trabalho; Responsabilidade partilhada Adequação da carga trabalho (quantitativa)</i></p>
<p><i>Exemplos de medidas de prevenção:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Acordar entre todos os elementos da equipa uma forma justa de distribuir o trabalho e as diversas tarefas. • Adequar o planeamento do trabalho de forma a que as tarefas sejam realizadas com tempo e autonomia. • Tomar decisões em equipa quanto à distribuição e planeamento do trabalho. • Assegurar recursos humanos adicionais em períodos de atividade laboral mais intensa. • Individual: reconhecer (auto consciencialização) os limites e dificuldades pessoais na execução das tarefas; evitar acumular trabalho. • Subcarga: Ponderar a possibilidade de o trabalhador integrar outra área/serviço e ou executar novas tarefas/atividades. 	
<p>1.5. Exigência do trabalho</p>	<p><i>Adequação da carga de trabalho (qualitativa)</i></p>
<p><i>Exemplos de medidas de prevenção:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Adequar a carga de trabalho (mental) às capacidades individuais do trabalhador. • Regular a atividade de trabalho, ou seja, clarificar o trabalho que é prescrito e o trabalho que é possível e verdadeiramente realizado/executado pelo trabalhador. • Reformular os processos de trabalho, procedendo à rotação de trabalhadores nas tarefas mais difíceis e exigentes. • Adotar/melhorar os sistemas informatizados de controlo de processos contínuos, que facilitem a execução/monitorização pelos trabalhadores. • Proporcionar aos trabalhadores técnicas de <i>mindfulness</i> (atenção plena) e abordagens psicoeducativas na área de gestão de stress, regulação emocional e mental. • Exigência física: fornecer aos trabalhadores meios adequados e formação específica para uma movimentação de cargas segura. 	
<p>1.6. Inadequação da autonomia ou controlo sobre o trabalho</p>	<p><i>Oportunidade de desenvolvimento e de controlo</i></p>
<p><i>Exemplos de medidas de prevenção:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o nível de controlo individual sobre os tempos de trabalho, relativamente: <ul style="list-style-type: none"> - à quantidade e a qualidade da informação tratada; - aos períodos de descanso na tarefa. • Atribuir margem de autonomia para a realização de cada tarefa e para planear individualmente “o que fazer, quando fazer e como fazer”. • Valorizar as boas iniciativas desenvolvidas pelos trabalhadores. • Desenvolver outras estratégias que favoreçam a autonomia e o exercício dos direitos humanos e dos trabalhadores. 	
<p>1.7. Inadequação de competências</p>	<p><i>Adequação e desenvolvimento de competências</i></p>
<p><i>Exemplos de medidas de prevenção:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Atribuir funções adequadas às competências e categoria profissional do trabalhador na fase de recrutamento e ao longo do percurso profissional. • Proporcionar horário de trabalho que facilite a frequência de curso escolar ou formação técnica ou profissional. • <i>Excesso de competências:</i> avaliar a possibilidade de o trabalhador integrar outra área/serviço e/ou executar outras tarefas na empresa mais adequadas às suas competências. • <i>Carência de competências:</i> disponibilizar/incentivar o trabalhador a ter mais formação/qualificação, de forma a potenciar o seu desenvolvimento profissional e pessoal. 	
<p>1.8. Objetivos irrealistas</p>	<p><i>Clareza de objetivos</i></p>
<p><i>Exemplos de medidas de prevenção:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Clarificar os objetivos delineados. • Estabelecer, com consciência e de forma realista, os objetivos (de curto, médio e longo prazo) do trabalhador, tendo em conta o conhecimento do trabalho real que será desenvolvido e salvaguardando o necessário período de descanso. 	

FATOR DE RISCO PROFISSIONAL	FATOR PROTETOR (Principal)
<ul style="list-style-type: none"> • Delinear objetivos profissionais que estejam bem conciliados com a vida pessoal, dado que desta forma estabelecem mais confiança e segurança ao trabalhador. • Planear objetivos periódicos (ex. semanais, mensais) de forma a organizar e a delimitar as tarefas e para solicitar, quando necessário, os materiais necessários para alcançar os objetivos. • Assegurar que os objetivos delineados são justos. 	
2. Condições, organização e tempo de trabalho	
2.1. Condições inadequadas do ambiente de trabalho	<i>Conforto e bem-estar no trabalho</i>
<p><i>Exemplos de medidas de prevenção:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Assegurar condições de trabalho salubres e seguras. • Garantir que os fatores ambientais respeitam os valores legalmente estabelecidos e que garantem níveis de conforto aos trabalhadores (ex. ruído, iluminação, qualidade do ar, temperatura, iluminação). • Adotar medidas de higienização adequadas, nomeadamente pela limpeza periódica dos pavimentos, paredes e outras superfícies. • Promover locais de trabalho “humanizados” em que os trabalhadores sintam bem-estar e conforto. 	
2.2. Falta de requisitos do equipamento de trabalho	<i>Equipamentos seguros e operacionais; Adequação do equipamento</i>
<p><i>Exemplos de medidas de prevenção:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer aos trabalhadores o equipamento (material e tecnológico) necessário (incluindo os equipamentos de proteção individual) para a realização da sua atividade profissional e que satisfaçam as disposições legais de SST; • Garantir que os equipamentos se encontram em bom estado de funcionamento e conservação, informando os trabalhadores do cumprimento destes requisitos. • Assegurar que os trabalhadores têm a formação e o conhecimento suficiente e adequado para utilizar o equipamento de trabalho. 	
2.3. Constrangimentos no tempo de trabalho (duração, pausas e organização)	<i>Boa gestão do tempo</i>
<p><i>Exemplos de medidas de prevenção:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a distribuição do trabalho de forma a que todas as tarefas sejam realizadas no horário normal de trabalho. • Respeitar os intervalos de descanso diário, semanal ou compensatório do trabalhador, nomeadamente suprimindo os contactos telefónicos, por mail ou outras vias de comunicação. • Aumentar os prazos de entrega estabelecidos e/ou o tempo destinado à conclusão de determinada tarefa. • Atribuir prioridades às tarefas distribuídas ao trabalhador (prioridades de trabalho) e planificar previamente as tarefas. • Identificar “economizadores” / “desperdiçadores” de tempo visando melhorar a gestão do tempo - técnicas de gestão de tempo. • Adequar o tempo de trabalho à quantidade e qualidade da informação trabalhada. • Apontar as datas de entrega aos clientes e aos fornecedores (sempre que aplicável), utilizando um diagrama de <i>Gantt</i> para agrupar melhor as tarefas similares num mesmo dia e poder saber os tempos necessários para planear as entregas. • Realizar atividades de trabalho similares de forma sequencial. • Capacitar os trabalhadores de “estratégias de gestão de tempo”, que potenciem, individualmente, a definição de prioridades de trabalho, a hierarquização, o planeamento e/ou a organização de tarefas, o estabelecimento de prazos, o esforço de trabalho proporcional à importância da tarefa para a empresa e ao tempo disponibilizado, entre outros aspetos. • Proporcionar horários de trabalho flexíveis ou trabalho a tempo parcial de acordo com as necessidades dos trabalhadores e as respetivas responsabilidades familiares. 	

2.4. Turnos	<i>Respeitar os tempos de descanso</i>
<p><i>Exemplos de medidas de prevenção:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Respeitar a duração de trabalho de cada turno, de forma a não ultrapassar os seus limites máximos. • Privilegiar as rotações de turnos no sentido dos ponteiros do relógio (manhã/tarde/noite) e garantir que existe um tempo suficiente para recuperar entre turnos. • Garantir que o trabalhador só muda de turno após o dia de descanso semanal. • Estabelecer pausas adicionais para descanso e refeições. • Disponibilizar zonas sociais (refeitórios, bares, copas) durante o turno que forneçam refeições aos trabalhadores ou permitam, pelo menos, aquecer comida. • Disponibilizar zonas de descanso para os trabalhadores. 	
2.5. Horário noturno	<i>Diminuir a exposição/ intensidade à/da luz</i>
<p><i>Exemplos de medidas de prevenção:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar, sempre que possível, a existência de trabalho noturno na empresa/estabelecimento. • Respeitar a duração do trabalho noturno, não ultrapassando os seus limites máximos. • Diminuir progressivamente o tempo de trabalho noturno com o aumento da idade dos trabalhadores. • Dispor, nas instalações da empresa/estabelecimento, de lâmpadas (para utilização durante a noite) com maior comprimento de onda que o habitual (luz “alaranjada” ou “vermelha”) e com menor intensidade. • Organizar o trabalho de modo a criar pausas para descanso de 20 a 30 minutos e condições para que nestas o trabalhador possa dormir. • Disponibilizar zonas sociais (refeitórios, bares, copas) que forneçam refeições aos trabalhadores ou permitam aquecer comida. • Dispensar a prestação do trabalho noturno visando a proteção da parentalidade. 	
3. Contextos sócio relacionais do trabalho	
3.1. Falta de suporte social	<i>Apoio, Confiança e Solidariedade</i>
<p><i>Exemplos de medidas de prevenção:</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Apoio emocional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Manter uma comunicação regular entre chefias/supervisores e trabalhadores e entre colegas. • Atribuir especial atenção e ajuda: <ul style="list-style-type: none"> - aos trabalhadores seniores, designadamente pelo apoio em matéria de tecnologia e inovação, assim como pela integração em grupos de trabalho intergeracionais; - aos trabalhadores recentemente contratados/com novas funções, designadamente pelo apoio e rápida integração na empresa/função e na equipa/grupo de trabalho. - aos trabalhadores em regime de teletrabalho visando minimizar o isolamento social. • Suprimir a concorrência entre os trabalhadores e/ou departamentos. • Instituir a prática de pequenas pausas que permitam momentos de descontração e relacionamento social. • Introduzir modelos de planeamento e ação mais participativos, e concretizados em “rede”/trabalho de grupo. • Incentivar o trabalhador a manter e, sempre que possível, aumentar a rede social (ex. colegas, familiares, amigos, vizinhos) no local de trabalho e fora deste (130); • Preparar o trabalhador para as mudanças naturais da vida (gravidez, amamentação, menopausa, reforma, etc.) e sua influência no trabalho (130). • Teletrabalho: Manter e ativar as redes sociais (3), de forma a manter o contacto regular (ex. telefone, mail, videoconferência, etc.) e/ou a criar novas rotinas se as circunstâncias exigirem. • Teletrabalho: Prevenir o isolamento social (8), através da comunicação contínua com colegas de trabalho e supervisores. <p style="text-align: center;"><i>Apoio de apreciação</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Adotar uma “política” de reconhecimento do trabalho desenvolvido (ex. trabalhador do mês). • Valorizar as opiniões dos trabalhadores. • Integrar os elogios quanto à qualidade/quantidade de trabalho realizado pelo trabalhador como uma prática das chefias. • Fomentar a progressão das carreiras dos trabalhadores, assim como promoções e outros incentivos. <p style="text-align: center;"><i>Apoio informativo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Assegurar uma comunicação aberta e nos dois sentidos hierárquicos; • Garantir que os trabalhadores são mantidos informados, particularmente em momentos de mudança na empresa. • Desenvolver competências nos trabalhadores que lhes permita saber resolver situações de diálogo difícil e de insuficiente de informação para o desempenho profissional. • Prestar feedbacks pessoais e construtivos, que reflitam e melhorem a postura do trabalhador e o seu desempenho nas tarefas. 	

3.2. Conflitos laborais	<i>Respeito, Negociação e Justiça</i>
<p><i>Exemplos de medidas de prevenção:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Clarificar a hierarquia da empresa. • Desenvolver estratégias que facilitem o diálogo e a cooperação na empresa. • Melhorar os procedimentos de comunicação, visando mitigar a comunicação ineficaz sobretudo a que é fator de conflito. • Selecionar estratégia(s) negocial(ais) como forma positiva de resolução de conflitos. • Gerar opções para qualquer situação de conflito e desenvolver níveis de ação. • Valorizar a “assertividade” na empresa, enquanto “gestão positiva da agressividade”, que passa pelo “reconhecimento e aceitação das diferenças”, pelo “sentimento de pertença”, pela “interação com o meio de forma equilibrada” e “desenvolve-se com base no respeito” (116). • Dar competências aos trabalhadores sobre “negociação” e formas de “gestão de conflitos”. • Desenvolver competências que permitam construir/alcançar solução(ões) conjunta(s) e equilibrada(s) para cada parte (tirando, sempre que possível, partido das divergências) numa situação de conflito designadamente ao nível: <ul style="list-style-type: none"> - dos bloqueios que dificultam a procura de critérios comuns para construir soluções conjuntas. - dos comportamentos chave e dos meios práticos para reforçar uma atitude de base positiva numa situação de conflito. • Confrontar e debater propostas explícitas com o objetivo de alcançarem um acordo que seja satisfatório para as partes. • Esclarecer perceções, disseminar a empatia, e focalizar nas necessidades individuais e compartilhadas. 	
3.3. Relações de poder e de liderança disruptivas	<i>Liderança</i>
<p><i>Exemplos de medidas de prevenção:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestão participativa, que tenha em conta as opiniões dos trabalhadores; participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão da empresa. • Evitar situações de falta de transparência nas interações internas da empresa. • Elaboração de códigos de ética e de conduta que indiquem, de forma clara, comportamentos que garantem o respeito e o tratamento justo e não discriminatório de todos os trabalhadores. • Prever implicações e o compromisso na intolerância/eliminação de comportamentos abusivos e/ou inapropriados (incluindo assédio e violência). • Informação a trabalhadores, clientes e prestadores de serviços das condutas internas e da intolerância a situações de assédio e violência. 	
4. Relação trabalho / vida	
4.1. Conflito “trabalho-família”	<i>Equilíbrio trabalho/família</i>
<p><i>Exemplos de medidas de prevenção:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar ao cumprimento do horário de trabalho, como uma questão fundamental de respeito pelos trabalhadores e pelas suas famílias, de forma a permitir-lhes conciliar a sua vida profissional com a sua vida privada. • Respeitar e fazer cumprir a dispensa para amamentação/aleitação, para assistência a neto e para assistência de filhos menores, com deficiência ou doença crónica. • Disponibilizar aos trabalhadores a possibilidade de ter um banco de horas, horário concentrado, horas mensais para “assuntos pessoais”, que promova uma melhor gestão do tempo de trabalho profissional e pessoal. • Possibilitar que os trabalhadores tenham uma flexibilidade de horários ou trabalho a tempo parcial de acordo com as suas necessidades familiares e sociais. 	
4.2. Insegurança no emprego	<i>Sentimento de pertença e de futuro na empresa; segurança do emprego</i>
<p><i>Exemplos de medidas de prevenção:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Assegurar condições de trabalho dignas, nomeadamente pelo cumprimento das disposições legais em matéria de segurança social, proteção do emprego e de proteção dos salários. • Adotar medidas que garantam que a distribuição do trabalho, bem como as recompensas, promoções e oportunidades de carreira são justas. • Adotar abordagens de recuperação económica da empresa centradas nos trabalhadores, assentes numa cultura de diálogo social e de cooperação no local de trabalho. • Minimizar o estigma associado à doença metal (8), mediante informações claras e precisas, aos trabalhadores e chefias, quanto ao incremento de política de tolerância zero (anti discriminação) para o assunto. • Comunicar, com antecedência (5 dias úteis), à entidade com competência da igualdade de oportunidades entre homens e mulheres o motivo de não renovação de contrato de trabalho a termo, sempre que estiver em causa uma trabalhadora grávida, puérpera ou lactante. 	

8.3. MEDIDAS DE PREVENÇÃO POR OCORRÊNCIA CRÍTICA

São seguidamente indicados alguns exemplos de medidas preventivas por ocorrência crítica (**Quadro 11**) que podem ser adotadas, de forma isolada ou conjunta, de acordo com a situação, em concreto, avaliada na empresa/estabelecimento. Estas medidas têm carácter meramente **indicativo e exemplificativo**.

Quadro 11. Exemplos de medidas preventivas por ocorrência

OCORRÊNCIA CRÍTICA	FATOR PROTETOR (principal)
Assédio	Condução de tolerância “zero”
<p><i>Exemplos de medidas de prevenção:</i></p> <p>A intervenção exige que se tenha em consideração uma conjugação de fatores de ordem individual, relacional, comunitária e social que a condicionam e se relacionam de forma complexa (116).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer uma orientação clara e inequívoca (ex. Código de conduta, normas ou Política da empresa), ao mais alto nível de gestão da empresa/estabelecimento e divulgá-las aos trabalhadores e seus representantes, quanto à “tolerância zero” relativamente a situações de assédio, considerando que esta matéria é uma “violação dos direitos humanos” que não será tolerado (72). • Distribuir informação sobre a política de prevenção de assédio nos locais de trabalho. • Constituir uma comissão de inquérito, sempre que possível com elementos externos à empresa, que avalie a situação e proponha soluções. • Estabelecer procedimentos e informar todos os trabalhadores e seus representantes quanto ao local e modo (via mais expedita para o processo formal da queixa) para informar quanto a uma situação de assédio laboral (apresentação de queixa/denúncia) e respetivo processo de investigação/inquérito. • Desenvolver competências dos trabalhadores para “saber pedir ajuda” ou “para ajudar quem precisa” (5). • Proceder a campanhas de sensibilização e ações de (in)formação relativas a assédio no local de trabalho, nomeadamente visando capacitar dirigentes, pessoas chave e líderes da empresa/ estabelecimento para a prevenção desta matéria (73). <p>Após a ocorrência de uma situação de assédio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proteger as pessoas envolvidas e a sua privacidade, relativamente às pessoas que apresentam queixa, às vítimas, às testemunhas, e a quem denunciam (72). Nas horas seguintes ao acontecimento não se devem deixar sozinhas vítimas e testemunhas do ato de assédio e a direção deve mostrar a sua preocupação e apoio à vítima (73). • Assegurar a confidencialidade da informação prestada na queixa, na medida do possível e conforme o caso (72) e da informação obtida na investigação/inquérito da ocorrência. • Prestar o necessário apoio psicológico à vítima de assédio ou de violência e apoio e aconselhamento em matéria de procedimentos administrativos e legais. • Proceder a uma avaliação de riscos centrada especificamente no assédio, de modo a identificarem-se as medidas adicionais que são necessárias implementar (73). • Registrar a ocorrência dos factos e as medidas implementadas. <p>Consoante a situação, poderá ainda haver necessidade de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retirar o trabalhador, vítima de assédio, da situação de trabalho (ex. transferência temporária da vítima para outro local de trabalho) sem este sofrer consequências indevidas, caso existam evidências suficientes que a situação representa um risco grave e iminente para a sua vida ou para a sua saúde (72). • Interromper a atividade laboral em caso de perigo iminente para a vida ou para a saúde dos trabalhadores (72). • Comunicar e solicitar a intervenção da autoridade policial. 	
Violência (interpessoal)	Sentimento de segurança
<p><i>Exemplos de medidas de prevenção:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar e implementar medidas que evitem ou minimizem a exposição profissional: <ul style="list-style-type: none"> - <i>medidas estruturais e de conceção dos locais de trabalho</i> (ex. divisórias entre a zona do cliente/utente e a zona do trabalhador; separadores para filas de espera; limitação de zonas exclusivas para trabalhadores; garantir o 	

OCORRÊNCIA CRÍTICA	FATOR PROTETOR (principal)
<p>funcionamento de fechaduras e saídas de emergência, desobstrução de vias de evacuação, entre outros aspetos; serviços de receção e de informação ao público estruturalmente acolhedores e salubres).</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>medidas relativas ao equipamento</i> (ex. disponibilização e pleno funcionamento de dispositivos de segurança, como alarmes e, videovigilância, assim como telefones e outros dispositivos de comunicação; regras proibitivas de acesso a sites pornográficos nos computadores da empresa/estabelecimento ou outros que promovam violência/discriminação). - <i>medidas organizacionais</i> (73) que melhorem práticas e métodos de gestão (103): <ul style="list-style-type: none"> o Gerir e reduzir filas de espera, de forma a ter o menor número de clientes/utentes junto à zona de atendimento; o Prestar informação periódica sobre atrasos; o Admitir pessoal em número suficiente; o Evitar o trabalho isolado e, quando imprescindível, manter contacto periódico com estes trabalhadores. o Adaptar o horário de expediente aos clientes; o Remover periodicamente dinheiro/valores e privilegiar alternativas que não envolvam dinheiro; o Verificar a identificação dos visitantes. • Reduzir o acesso a álcool na empresa, visando diminuir situações de violência. • Estabelecer e divulgar práticas que estimulem a igualdade de género (116), o respeito, a colaboração e a integração entre os trabalhadores (103) da empresa/estabelecimento (ex. iniciativas que reforcem a comunicação interna, o diálogo e a interajuda). • Estabelecer procedimentos e informar todos os trabalhadores e seus representantes quanto ao local e modo (via mais expedita para o processo formal da queixa) para informar quanto a uma situação de violência no local de trabalho. • Prestar o necessário apoio, incluindo o psicológico, à vítima de violência. • Proceder a uma avaliação de riscos centrada especificamente na violência, de modo a identificarem-se as medidas adicionais que são necessárias implementar. • Registar a ocorrência dos factos e as medidas implementadas. • Retirar o trabalhador, vítima de violência, da situação de trabalho (ex. transferência temporária da vítima para outro local de trabalho) sempre que a situação represente um risco grave e iminente para a sua vida ou para a sua saúde. 	<p><i>Resiliência e corporação por forma a superar contextos de adversidade</i></p>
<p>Acontecimentos de emergência ou catástrofe</p>	
<p><i>Exemplos de medidas de prevenção:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Focar toda a resposta preventiva na “capacidade ocupacional de longo prazo” em detrimento da resposta à “crise de curto prazo” (3). • Garantir uma comunicação de risco de boa qualidade com atualizações precisas e fornecidas a todos os trabalhadores (3,21), que permitam reduzir a incerteza (8), explicando de forma clara o que está acontecendo, porquê, previsão da sua duração (31), assim como as decisões relacionadas à continuidade dos negócios e plano da organização da empresa (8). • Envolver os trabalhadores no planeamento dos negócios e de retorno gradual ao trabalho (8), visando promover atitudes positivas e reforçar a coesão da equipa. • Assegurar que os suprimentos básicos (comida, água, cuidados de saúde) estão assegurados (31) e que não são interrompidas rotinas de vida diária essenciais à saúde mental. • Assegurar a rotatividade dos trabalhadores entre funções de maior stress para outras de menor stress (3). • Conjuguar trabalhadores inexperientes com trabalhadores experientes na execução de tarefas (3). • Reforçar o sentimento de segurança, nomeadamente pelo esclarecimento dos comportamentos a adotar que impedem a propagação da doença, quando aplicável. • Implementar horários flexíveis para os trabalhadores diretamente afetados ou que tenham de dar assistência a membro da família afetado (3). • Implementar estratégias de autocuidado para mitigar o stress (3) – manter rotinas e horários regulares de sono; comer alimentos saudáveis; fazer exercício regular; yoga, bricolage, pintura, etc; • Garantir e facilitar o acesso a apoio psicossocial (3). 	

9. MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

De acordo com a Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, na sua atual redação, os Serviços de SST/SO devem desenvolver atividades de promoção da saúde. A importância destas atividades vai além do mero cumprimento legal, dado que estas podem contribuir para a melhoria da saúde e bem-estar dos trabalhadores “dentro e fora” (19) do contexto laboral.

O **local de trabalho é um contexto “privilegiado de ação”**(17) **para a realização de ações e programas de “Promoção da Saúde Mental no Local de Trabalho”** (PSMLT) e um ambiente ideal para criar uma cultura de saúde “individual” e “organizacional” dado que:

- As ações e programas de PSMLT são elaborados por profissionais dos Serviços de SST/SO que conhecem o contexto de trabalho e as necessidades de saúde da população trabalhadora;
- As estruturas de comunicação das empresas já estão estabelecidas, o que facilita a implementação das ações e programas de PSMLT pelos Serviços de SST/SO;
- As redes de suporte social existem, usualmente, nas empresas, sendo um importante fator adjuvante do sucesso das ações e programas de PSMLT;
- Os empregadores são responsáveis por disponibilizar ambientes de trabalho saudáveis e seguros aos trabalhadores, podendo oferecer incentivos (ex. aumento do tempo da hora de almoço para permitir realizar exercício físico) que reforçam comportamentos individuais saudáveis e que beneficiam a saúde e bem-estar do trabalhador.
- Os empregadores podem, através dos Serviços de SST/SO, monitorizar o progresso das ações e programas de PSMLT e medir os efeitos na saúde.

As ações e programas de PSMLT podem integrar duas importantes **vertentes**: individual (trabalhador) e de ambiente de trabalho (**Quadro 12**). A combinação destas duas vertentes mostra-se a ideal (18,26): um programa de PSMLT será eficaz a promover o estado de saúde da força de trabalho quando as intervenções atenderem às questões individuais e ambientais, sendo que estas últimas são fortemente influenciadas por medidas de gestão de “alto nível” e decisões sobre como o trabalho será realizado e organizado (26). Assume-se que um enfoque completo e global integra medidas coletivas/ambientais e medidas individuais.

O **Quadro 12** sistematiza a caracterização de cada vertente da PSMLT e apresenta alguns exemplos de intervenção.

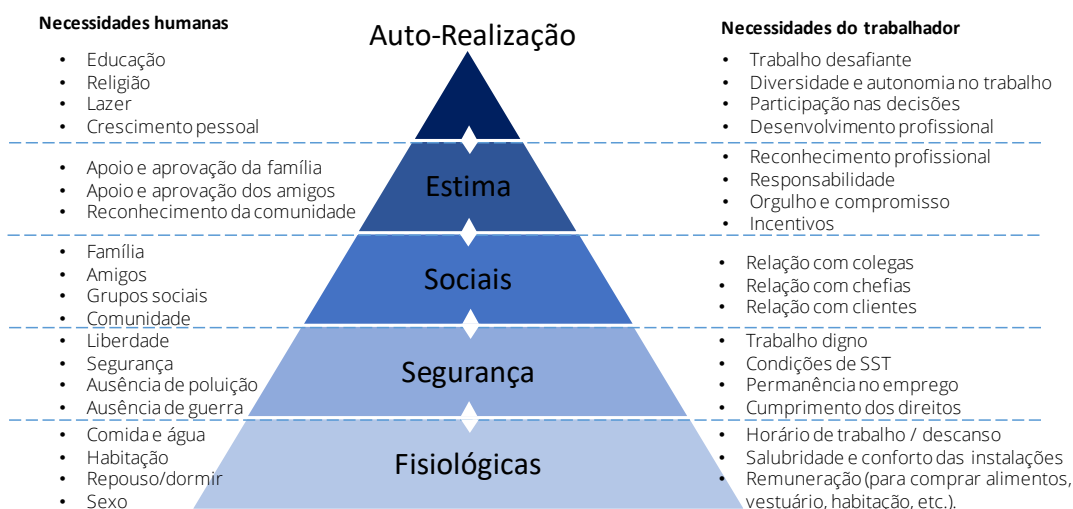
Quadro 12. Promoção da saúde mental no local de trabalho (PSMLT) - Exemplos de intervenção

Vertente PSMLT	Caracterização	Exemplos de áreas de intervenção:
<p>Individual</p>	<p>Centra-se: no trabalhador e nos determinantes de saúde, em especial relacionados com hábitos, práticas e estilos de vida.</p> <p>Relaciona-se com: comportamento e responsabilidade individual de cada trabalhador relativamente à sua saúde e bem-estar. As atividades são dirigidas diretamente para capacitar os trabalhadores em aumentarem o controlo da sua própria saúde.</p>	<p>Trabalhadores sob elevados níveis de stress costumam ter dificuldade em prestar atenção suficiente ao seu próprio bem-estar. Esta situação pode estar associada a forma de horas de descanso insuficientes, aumento do consumo de tabaco ou álcool, dieta inadequada, inatividade física, dores musculares, entre outros. Desta forma, poderão ser realizadas ações e programas de promoção de saúde sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de relaxamento; - Higiene do sono; - Hábitos alimentares saudáveis; - Atividade física regular; - Posturas no local de trabalho; - Cessaçãõ tabágica/álcool/drogas; - Primeiros socorros - crise convulsiva epilética, delírio, psicose, ansiedade ou depressão severas (3) e comportamentos disruptivos.
<p>Ambiente de trabalho</p>	<p>Centra-se: na cultura e clima organizacional e no “design” (estrutura) do trabalho na sua dimensão física e psicossocial.</p> <p>Relaciona-se com: os aspetos organizacionais e estruturais do local de trabalho na sua dimensão física e psicossocial e como estes influenciam a capacidade do trabalhador em cuidar da sua saúde, manter os “recursos pessoais” (ex. resiliência, qualidade e eficácia de trabalho) e um equilíbrio de bem-estar.</p>	<p>A saúde mental dos trabalhadores é reforçada através de ambientes de trabalho que “respeitem e protejam os direitos civis, políticos, socioeconómicos e culturais básicos” (18) e que possibilitem melhorar a qualidade de vida e a satisfação dos trabalhadores. “Sem a segurança e liberdade proporcionadas por esses direitos, é muito difícil manter um alto nível de saúde mental” (18) numa empresa. Desta forma, poderão ser realizadas ações e programas de promoção da saúde com enfoque em áreas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liderança de equipas; - Gestão da motivação no trabalho; - Estratégias de comunicação; - Técnicas de planeamento e gestão do trabalho; - Dinâmicas de valorização: da inovação, da criatividade, do empenho, de comportamentos saudáveis, de resiliência no trabalho; - Estratégias para equilíbrio trabalho/família.
<p><i>O princípio de participação do trabalhador é um requisito vital em ambas as vertentes.</i></p>		

É fundamental que as empresas adquiram uma nova visão “relativamente à forma como a promoção da saúde e bem-estar dos trabalhadores é encarada” (5), valorizando mais esta área, sobretudo através de atividades que conduzam ao reforço dos **fatores protetores** ou promotores indicados no **Quadro 10** e no **Quadro 11**.

Importa sublinhar que, as ações e programas de PSMLT para serem eficazes, devem ter como “principal objetivo aquilo que mantém e melhora o bem-estar mental” (1) dos trabalhadores que, certamente, irá influenciar o bem-estar não só individual como da sua família e comunidade (130). No entanto este bem-estar mental é distinto entre trabalhadores, vai evoluindo ao longo do tempo e relaciona-se com as suas **necessidades**, que numa perspetiva laboral relaciona-se com a **satisfação** e **motivação** no trabalho. Na pirâmide de necessidades de Maslow considera-se necessário atender e satisfazer uma necessidade de posição inferior para que a seguinte se manifeste e seja reconhecida como necessária – **Figura 12**). Assim, os Serviços de SST/SO ao planearem as ações e programas de PSMLT devem ter em consideração as necessidades dos trabalhadores.

Figura 12. Pirâmide de necessidades de Maslow e reflexos no contexto de trabalho



Fonte: Adaptado de (159)

O conceito de “**local de trabalho promotor da saúde**” é mais relevante à medida que mais empresas reconhecem que, num mercado globalizado, o sucesso só pode ser alcançado com uma força de trabalho saudável, qualificada e motivada. Assim, um “local de trabalho promotor da saúde” ao garantir um equilíbrio, flexível e dinâmico, entre as expectativas dos clientes e as metas organizacionais, por um lado, e as competências e necessidades de saúde dos trabalhadores, por outro, beneficiará a empresa na competição do mercado.

Considera-se por isso que a aposta na saúde mental no local de trabalho permite (re)conduzir à “rota da prosperidade a longo prazo” (17) da empresa/estabelecimento, e reforçar a “solidariedade e a justiça social e aumentar, de modo tangível, a qualidade de vida” (17) dos trabalhadores. Ao ter um “potencial impacte positivo na motivação e na produtividade dos trabalhadores”, este refletir-se-á de forma positiva “nos resultados das empresas e nos seus negócios” (5).

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Mental health promotion in the workplace – A summary of a good practice report. Factsheet. 2012;102.
2. Matrix. Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes. Matrix. 2013.
3. World Health Organization (WHO). Mental Health and Psychosocial Considerations During COVID-19 Outbreak. World Health Organization. 2020.
4. International Labour Organization (ILO). Workplace Stress: a collective challenge. World day for safety and health at work. 2016.
5. Conselho Nacional da Saúde. Sem mais tempo a perder - Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. CNS. Lisboa; 2019.
6. Comissão das Comunidades Europeias. Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população. Bruxelas; 2005.
7. Brun E, Milczarek M. Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. European Risk Observatory Report. European Agency for Safety and Health at Work; 2007. 1–127 p.
8. Hamouche S. COVID-19 and employees' mental health: stressors, moderators and agenda for organizational actions. Emerald Open Res. 2020;2:15.
9. OECD. Good Jobs for All in a Changing World of Work: The OECD Jobs Strategy. Paris; 2018.
10. Direção-Geral da Saúde (DGS). Programa Nacional de Saúde Ocupacional: 2º ciclo - 2013/2017. Lisboa; 2013.
11. World Health Organization (WHO). Healthy workplaces: a model for action. WHO. Geneva; 2010.
12. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks. European Risk Observatory. 2014. 0–41 p.
13. Leka S, Jain A. Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview. World Health Organization; 2010. 1–126 p.
14. Leka S, Cox T. PRIMA-EF: Guidance on the European framework for psychosocial risk management - A resource for employers and worker representatives. World Health Organization; 2008. p. 1–63.
15. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). The changing organization of work and the safety and health of working people - Knowledge gaps and research directions. Workplace Safety and Health. 2002.
16. Nogueira JR, Moreira S. Programa Nacional de Saúde Ocupacional - Extensão 2018/2020. Direção-Geral da Saúde (DGS). Lisboa; 2018.
17. Commission of the European Communities. GREEN PAPER: Improving the mental health of the population - Towards a strategy on mental health for the European Union. Journal of Chemical Information and Modeling. Brussels; 2005.
18. World Health Organization (WHO). Mental health : strengthening mental health promotion. Fact Sheet. 2007;220(September 2007):1–2.
19. Observatorio Vasco Sobre Acoso Moral. La salud mental de las y los trabajadores. La Ley, editor. Madrid; 2012.
20. Almeida JM, Xavier M. Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º Relatório. Lisboa;
21. United Nations. Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. 2020.
22. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Protocolo de Atenção à Saúde Mental e Trabalho. Governo da Bahia;
23. Ministério da Saúde do Brasil e Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Ministério da Saúde do Brasil, editor. Vol. 67, Série A Normas e Manuais Técnicos. Brasília; 2001. 580 p.
24. Eurofound and EU-OSHA. Psychosocial Risks in Europe - Prevalence and Strategies for Prevention. 2014. 102 p.

25. Eurofound. Work-related stress. Ireland; 2007.
26. Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (EU-OSHA). O impacto económico da política de segurança e saúde no trabalho nos Estados-Membros da União Europeia. 1999.
27. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Management of psychosocial risks in European workplaces-evidence from the second European survey of enterprises on new and emerging risks (ESENER-2). European R. 2018.
28. Morganstein J. Coronavirus and Mental Health: Taking Care of Ourselves During Infectious Disease Outbreaks [Internet]. 2020 [cited 2020 May 28]. Available from: <https://www.psychiatry.org/news-room/apa-blogs/apa-blog/2020/02/coronavirus-and-mental-health-taking-care-of-ourselves-during-infectious-disease-outbreaks>
29. World Health Organization (WHO). Mental health and substance use [Internet]. 2020 [cited 2020 May 5]. Available from: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/covid-19>
30. Ilmarinen J. Promoting active ageing in the workplace. European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations 2012. 2012.
31. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395(10227):912–20.
32. McDaid D. Mental health in workplace settings - Consensus paper. European Commission, editor. Luxembourg; 2008.
33. Comissão Europeia. Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-Estar. Bruxelas; 2008.
34. Comissão Europeia. Linhas de Ação Estratégica para a Saúde Mental e Bem-estar da União Europeia - EU JOINT ACTION ON MENTAL HEALTH AND WELLBEING [Internet]. 2016. Available from: https://jointactionmhwb.lisboninstituteegmh.org/assets/docs/publications/RelatorioNOVA_PT-20160406150225.pdf
35. Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP). Segurança e Saúde 2018. In: Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social (MTSSS), editor. Coleção de Estatísticas. 2019.
36. Sá T. “Precaridade” e “trabalho precário”: consequências sociais da precização laboral. *Config - Rev Sociol*. 2010;1–15(7).
37. Selye H. The Stress Syndrome. *Am J Nurs*. 1965;65(3):97–9.
38. Li CT, Cao J, Li TMH. Eustress or distress: An empirical study of perceived stress in everyday college life. *UbiComp 2016 Adjunct - Proc 2016 ACM Int Jt Conf Pervasive Ubiquitous Comput*. 2016;1209–17.
39. Selye H. Stress without distress. The New American Library, editor. New York; 1974.
40. Welford AT. Stress and performance. *Ergonomics*. 1973;16(5):567–80.
41. Ramos M. Desafiar o desafio: prevenção do stress no trabalho. 04–2001st ed. Editora RH, editor. Lisboa; 2001.
42. Stainbrook GL, Green LW. Role of psychosocial stress in cardiovascular disease. *Houst Hear Bull*. 1983;(3):1–8.
43. Cincirpini PM, Hook JD, Mendes de Leon CF, Pritchard WS. A Review of Cardiovascular, Electromyographic, Electrodermal and Respiratory Measures of Psychological Stress. National Institute for Occupational Safety and Health contract no: 84–257, editor. Cincinnati, Ohio.; 1984.
44. Sauter SL, Murphy LR. Organizational risk factors for job stress. American Psychological Association, editor. 1995.
45. Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ, Marmot MG. Work characteristics predict psychiatric disorder: Prospective results from the Whitehall II study. *Occup Environ Med*. 1999;56(5):302–7.
46. Devereux JJ, Buckle PW, Vlachonikolis IG. Interactions between physical and psychosocial risk factors at work increase the risk of back disorders: An epidemiological approach. *Occup Environ Med*. 1999;56(5):343–53.
47. Sacadura-Leite E., Sousa-Uva A. Stressores ocupacionais, stress e burnout em profissionais de saúde. In: *Diário de Bordo*, editor. Manual de Saúde Ocupacional em Hospitais. Lisboa; 2018.
48. Tom C, Griffiths; A, Rial-González E. Research on Work-related Stress [Internet]. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), editor. Safety And Health. Luxembourg; 2000. 5 p. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Research+on+Work-related+Stress#4>

49. Murray CJ, Lopez AD. The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. World Health Organization & World Bank & Harvard School of Public Health, editor. 1996.
50. Wang JLL. Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). *Psychol Med*. 2005;35(6):865–71.
51. Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, Bugel I, David S. Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scand J Work Environ Heal*. 1998;24(3):197–205.
52. Lunau T, Wahrendorf M, Müller A, Wright B, Dragano N. Do resources buffer the prospective association of psychosocial work stress with depression? Longitudinal evidence from ageing workers. *Scand J Work Environ Heal*. 2018;44(2):183–91.
53. Wahrendorf M, Sembajwe G, Zins M, Berkman L, Goldberg M, Siegrist J. Long-term effects of psychosocial work stress in midlife on health functioning after labor market exit - Results from the GAZEL study. *Journals Gerontol - Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2012;67 B(4):471–80.
54. Bonde JPE. Psychosocial factors at work and risk of depression: A systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med*. 2008;65(7):438–45.
55. Wang JL, Lesage A, Schmitz N, Drapeau A. The relationship between work stress and mental disorders in men and women: Findings from a population-based study. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(1):42–7.
56. LaMontagne AD, Keegel T, Vallance D, Ostry A, Wolfe R. Job strain - Attributable depression in a sample of working Australians: Assessing the contribution to health inequalities. *BMC Public Health*. 2008;8:1–9.
57. World Health Organization (WHO). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. Version 04/2019. [cited 2020 Jul 2]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
58. Glass DC, Mcknight JD. Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: A review of the evidence. *Psychol Heal*. 1996;11(1):23–48.
59. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;(52):397–422.
60. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5th Edition: DSM-5. American Psychiatric Association, editor. United States; 2013.
61. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health - A meta-analytic review. *Scand J Work Environ Heal*. 2006;32(6):443–62.
62. Wang HX, Wahlberg M, Karp A, Winblad B, Fratiglioni L. Psychosocial stress at work is associated with increased dementia risk in late life. *Alzheimer's Dement*. 2012;8(2):114–20.
63. Sabbath EL, Glymour MM, Descatha A, Leclerc A, Zins M, Goldberg M, et al. Biomechanical and psychosocial occupational exposures: Joint predictors of post-retirement functional health in the French GAZEL cohort. *Adv Life Course Res*. 2013;18(4):235–43.
64. Sabbath EL, Andel R, Zins M, Goldberg M, Berr C. Domains of cognitive function in early old age: Which ones are predicted by pre-retirement psychosocial work characteristics? *Occup Environ Med*. 2016;73(10):640–7.
65. Bosma H, Van Boxtel MPJ, Ponds RWHM, Houx PJ, Burdorf A, Jolles J. Mental work demands protect against cognitive impairment: MAAS prospective cohort study. *Exp Aging Res*. 2003;29(1):33–45.
66. Marquie JC, Duarte LR, Bessieres P, Dalm C, Gentil C, Ruidavets JB. Higher mental stimulation at work is associated with improved cognitive functioning in both young and older workers. *Ergonomics*. 2010;53(11):1287–301.
67. Robert A, Karasek J. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implication for job redesign. *Adm Sci Q*. 1979;24(2):285–308.
68. Fratiglioni L, Winblad B, von Strauss E. Prevention of Alzheimer's disease and dementia. Major findings from the Kungsholmen Project. *Physiol Behav*. 2007;92(1–2):98–104.
69. Kouvonen A, Kivimäki M, Cox SJ, Cox T, Vahtera J. Relationship between work stress and body mass index among 45,810 female and male employees. *Psychosom Med*. 2005;67(4):577–83.
70. Kouvonen A, Kivimäki M, Virtanen M, Heponiemi T, Elovainio M, Pentti J, et al. Effort-reward imbalance at work and the co-occurrence of lifestyle risk factors: Cross-sectional survey in a sample of 36,127 public sector employees. *BMC Public Health*. 2006;6:1–11.
71. Direção-Geral da Saúde (DGS). Informação Técnica n.º 5/2013: Intervenção dos Serviços de Saúde do Trabalho no âmbito da prevenção do consumo de substâncias psicoativas em meio laboral. 2013.
72. International Labour Organization (ILO). Ending violence and harassment against women and men in the

- world of work. International Labour Conference, 108th Session 2019. Geneva; 2019.
73. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Violence at work. Factsheet. 2002;24.
 74. Mesquita AA, Silva AS, Bezerra HR, Fontinele TP, Neiva YP. Assédio Moral: Impacto Sobre a Saúde Mental e o Envolvimento com Trabalho em Agentes Comunitários de Saúde. *Rev Psicol e Saúde*. 2017;9(1):3-17.
 75. Pollard T. Physiological consequences of everyday psychosocial stress. *Coll Antropol*. 1997;21(1):17-28.
 76. Punnett L, Wegman DH. Work-related musculoskeletal disorders: The epidemiologic evidence and the debate. *J Electromyogr Kinesiol*. 2004;14(1):13-23.
 77. Morken T, Riise T, Moen B, Hauge SHV, Holien S, Langedrag A, et al. Low back pain and widespread pain predict sickness absence among industrial workers. *BMC Musculoskelet Disord*. 2003;4:1-8.
 78. Amin NA, Nordin R, Fatt QK, Noah RM, Oxley J. Relationship between psychosocial risk factors and work-related musculoskeletal disorders among public hospital nurses in Malaysia. *Ann Occup Environ Med*. 2014;26(1):1-9.
 79. Bergsten EL, Mathiassen SE, Vingård E. Psychosocial work factors and musculoskeletal pain: A cross-sectional study among swedish flight baggage handlers. *Biomed Res Int*. 2015;2015.
 80. Kim YM, Cho S II. Work-life imbalance and musculoskeletal disorders among South Korean workers. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(11).
 81. Randall R, Griffiths A, Cox T, Welsh C. The activation of mechanisms linking judgements of work design and management with musculoskeletal pain. *Ergonomics*. 2002;45(1):13-31.
 82. Warren N. Work stress and musculoskeletal disorder etiology: The relative roles of psychosocial and physical risk factors. *Work*. 2001;17(3):221-34.
 83. Bigos SJ, Battie MC, Spengler DM, Fisher LD, Fordyce WE, Hansson TH, et al. A prospective study of work perceptions and psychosocial factors affecting the report of back injury. Vol. 16, Spine. 1991. p. 1-6.
 84. Kuorinka I, Forcier L. *Work-Related Musculoskeletal Disorders: A Reference Book for Prevention*. Taylor & Francis, editor. London; 1995.
 85. Bremner JD, Campanella C, Khan Z, Shah M, Hammadah M, Wilmot K, et al. Brain Correlates of Mental Stress-Induced Myocardial Ischemia. Vol. 80, *Psychosomatic Medicine*. 2018. 515-525 p.
 86. Vetter C, Devore EE, Wegrzyn LR, Massa J, Speizer FE, Kawachi I, et al. Association between rotating night shiftwork and risk of coronary heart disease among women. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2016;315(16):1726-34.
 87. Cheng P, Drake C. Shift Work Disorder. *Neurol Clin*. 2019;37(3):563-77.
 88. Manohar S, Thongprayoon C, Cheungpasitporn W, Mao MA, Herrmann SM. Associations of rotational shift work and night shift status with hypertension: A systematic review and meta-analysis. *J Hypertens*. 2017;35(10):1929-37.
 89. Hermansson J, Bøggild H, Hallqvist J, Karlsson B, Knutsson A, Nilsson T, et al. Interaction between shift work and established coronary risk factors. *Int J Occup Environ Med*. 2019;10(2):57-65.
 90. Fishta A, Backé EM. Psychosocial stress at work and cardiovascular diseases: an overview of systematic reviews. *Int Arch Occup Environ Health*. 2015;88(8):997-1014.
 91. Schedlowski M, Schmidt RE. Stress und Immunsystem. *Naturwissenschaften*. 1996;83(5):214-20.
 92. Herbert TB, Cohen S. Stress and immunity in humans: A meta-analytic review. *Psychosom Med*. 1993;55(4):364-79.
 93. Rohleder N. Stimulation of systemic low-grade inflammation by psychosocial stress. *Psychosom Med*. 2014;76(3):181-9.
 94. Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychol Bull*. 2004;130(4):601-30.
 95. Bhatia V, Tandon RK. Stress and the gastrointestinal tract. *J Gastroenterol Hepatol*. 2005;20(3):332-9.
 96. Konturek PC, Brzozowski T, Konturek SJ. Stress an the Gut: Pathophysiology, clinical consequences, diagnostic approach and treatment options. *J Physiol Pharmacol*. 2011;62(6):591-9.
 97. Niess JH, Mönnikes H, Dignass AU, Klapp BF, Arck PC. Review on the influence of stress on immune mediators, neuropeptides and hormones with relevance for inflammatory bowel disease. *Digestion*. 2002;65(3):131-40.

98. Plummer MP, Reintam Blaser A, Deane AM. Stress Ulceration: Prevalence, Pathology and Association with Adverse Outcomes. *Annu Updat Intensive Care Emerg Med* 2014. 2014;473–85.
99. Kristensen TS, Hannerz H, Høgh A, Borg V. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire - A tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scand J Work Environ Heal*. 2005;31(6):438–49.
100. Silva, C., Amaral, V., Pereira, A. C., Bem-haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., Cotrim, T., Silvério, J. & Nossa P. Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ): Portugal e países africanos de língua oficial portuguesa. Aveiro; 2011.
101. Dimas ID, Lourenço PR. Intragroup Conflict and Conflict Management Approaches as Determinants of Team Performance and Satisfaction: Two Field Studies. *Negot Confl Manag Res*. 2015;8(3):174–93.
102. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P and Amick B. The job content questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol*. 1998;3(4):322–55.
103. Vilas-Boas M, Cerqueira A. Assessing stress at work: The Portuguese version of the Job Content Questionnaire. *Aval Psicol*. 2017;16(1):70–7.
104. Morgeson FP, Humphrey SE. The Work Design Questionnaire (WDQ): Developing and validating a comprehensive measure for assessing job design and the nature of work. *J Appl Psychol*. 2006;91(6):1321–39.
105. Proença T. Questionário de Desenho do Trabalho Portuguese translation of Work Design Questionnaire from Frederick P. Morgeson & Stephen E. Humphrey (2006) “The Work Design Questionnaire (WDQ): Developing and Validating a Comprehensive Measure for Assessing Job Desi. 2015.
106. Schaufeli WB. The balance of give and take: Toward a social exchange model of burnout. *Rev Int Psychol Soc*. 2006;19(1):87–131.
107. Carlson DS, Kacmar KM, Williams LJ. Construction and Initial Validation of a Multidimensional Measure of Work-Family Conflict. *J Vocat Behav*. 2000;56(2):249–76.
108. Vieira JM, Lopez FG, Matos PM. Further Validation of Work-Family Conflict and Work-Family Enrichment Scales Among Portuguese Working Parents. *J Career Assess*. 2014;22(2):329–44.
109. Zapf D, Vogt C, Seifert C, Mertini H, Isic A. Emotion Work as a Source of Stress: The Concept and Development of an Instrument. *Eur J Work Organ Psychol*. 1999;8(3):371–400.
110. Khan LJ, Morrow PC. Objective and subjective underemployment relationships to job satisfaction. *J Bus Res*. 1991;22(3):211–8.
111. Neto JMG, Borges-Andrade JE. Scale of perceived overqualification: Adaptation and validity evidences. *Estud Psicol*. 2018;23(3):224–35.
112. Barton J, Folkard S, Smith L, Spelten E, Totterdell P. Standard Shiftwork Index Manual. University of Sheffield; 1992.
113. Silva C, Azevedo M, Dias M. Estudo padronizado do trabalho por turnos - versão portuguesa do SSI. *Psychologica*. 1995;13:27–36.
114. Schaufeli WB, Martínez IM, Pinto AM, Salanova M, Barker AB. Burnout and engagement in university students a cross-national study. *J Cross Cult Psychol*. 2002;33(5):464–81.
115. Tolfo S da R, Oliveira RT de. Assédio moral no trabalho : características e intervenções. Lagoa Edit. Florianópolis; 2015. 280 p.
116. Direção-Geral da Saúde. Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde. Lisboa; 2014.
117. Dupuy HJ. The psychological general well-being (PGWB) index. In: N. K. Wenger, M. E. Mattson, C. D. Furburg & JE, editor. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. New York: Le Jacq Publishing; 1990. p. 170–183.
118. Espírito Santo RP da S do. Bem-estar Psicológico : Validação da Escala Psychological General Well-being para a população portuguesa. Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto, da Universidade Lusófona do Porto; 2015.
119. Lyubomirsky S, Lepper H. A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Soc Indic Res*. 1999;46(2):137–155.

120. Pais-Ribeiro J. Validação transcultural da Escala de Felicidade Subjectiva de Lyubomirsky e Lepper. *Psicol Saúde Doenças*. 2012;13(July):157-68.
121. Veit CT, Ware JE. The structure of psychological distress and well-being in general populations. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(5):730-42.
122. Pais-Ribeiro J. Mental health inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicol Saúde Doenças*. 2001;2(1):77-99.
123. Ware Jr JE. Scales for measuring general health perceptions. *Health Serv Res*. 1976;11(4):396-415.
124. Ferreira PL. A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36. 1998.
125. Power M. Development of a common instrument for quality of life. In: Nosikov A, Gudex C, editors. *EUROHIS: Developing common instruments for health survey*. IOS Press; 2003. p. 145-59.
126. Pereira M, Melo C, Gameiro S, Canavarro MC. Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8 Marco. *Laboratório Psicol*. 2011;9(2):109-23.
127. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess*. 1985;49(1):71-5.
128. Simões A. Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Rev Port Pedagog*. 1992;26(3):503-15.
129. Direção-Geral da Saúde (DGS). *Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a agentes químicos cancerígenos, mutagénicos ou tóxicos para a reprodução – Guia Técnico n.º 2*. Lisboa; 2018.
130. World Health Organization (WHO). *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme Version 2.0*. 2016.
131. International Labour Organization (ILO). *Psychosocial Factors At Work: Recognition and control*. Occupational Safety and Health Series. Geneva; 1986.
132. Sousa-Uva A, Sacadura-Leite E. Trabalho por turnos e trabalho noturno em hospitais. In: *Diário de Bordo*, editor. *Manual de Saúde Ocupacional em Hospitais*. Lisboa; 2018.
133. Sacadura Leite E, Sousa-Uva A. Stress relacionado com o trabalho e imunidade. In: *Cadernos avulso 06 – SPMT*. Lisboa; 2010.
134. Zigmond AS, Snalth RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.
135. Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso H. Contributo para a Adaptação da Hospital Anxiety and Depression Scale à População Portuguesa com Doença Crónica. *Psychologica*. 2006;41(January):193-204.
136. Beck AT, Steer RA, Brown G. *BDI-II: Beck Depression Inventory-II Manual*. Psychological Corporation, editor. New York; 1996.
137. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Neto FL, Andrade LH, Wang YP. Validação da versão Brasileira em Português do Inventário de Depressão de Beck-II numa amostra da comunidade. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34(4):389-94.
138. Lovibond P, Lovibond S. The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. 1995;33(3):335-43.
139. Pais Ribeiro J, Honrado A, Leal I. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*. 2004;36:235-346.
140. Demerouti E, Nachreiner F. Zur Spezifität von Burnout für Dienstleistungsberufe: Fakt oder Artefakt [The specificity of burnout for human services: Fact or artefact]. *Z Arbeitswiss*. 1998;52:82-9.
141. Sinval J, Queirós C, Pasian S, Marôco J. Transcultural adaptation of the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) for Brazil and Portugal. *Front Psychol*. 2019;10:1-28.
142. Weathers F, Litz B, Herman D, Juska J, Keane T. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. In: *Poster session presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies*. San Antonio, TX; 1993.
143. Carvalho T, da Motta C, Pinto-Gouveia J. Portuguese version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Comparison of latent models and other psychometric analyses. *J Clin Psycho*. 2020;76(7):1267-82.
144. Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. *Alcohol use disorders identification test (AUDIT): Guidelines for use in primary care*. 2nd. World Health Organization (WHO), editor. 2001.
145. Direção-Geral da Saúde (DGS). *Norma n.º 30/2012, de 28/12/2012: Detecção Precoce e Intervenção Breve no*

- Consumo Excessivo de Álcool. Atualizada a 18/12/2014.
146. Heatherton TD, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* 1991;86(9):1119-27.
 147. Direção-Geral da Saúde (DGS). Circular Normativa n.º 26/DSPPS, de 28/12/2007: Programa-Tipo de actuação em cessação tabágica. 2007.
 148. Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction.* 1993;88(8):1127-35.
 149. Chung F, Yegneswaran B, Liao P, Chung SA, Vairavanathan S, Islam S, et al. STOP Questionnaire: A tool to screen patients for obstructive sleep apnea. *Anesthesiology.* 2008;108(5):812-21.
 150. Reis R, Teixeira F, Martins V, Sousa L, Batata L, Santos C, et al. Validation of a Portuguese version of the STOP-Bang questionnaire as a screening tool for obstructive sleep apnea: Analysis in a sleep clinic. *Rev Port Pneumol.* 2015;21(2):61-8.
 151. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28:193-213.
 152. Del Rio João KA, Becker NB, de Neves Jesus S, Isabel Santos Martins R. Validation of the Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-PT). *Psychiatry Res.* 2017;247:225-9.
 153. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth sleepiness scale. *Sleep.* 1991;14(6):540-5.
 154. Bertolazi AN, Fagundes SC, Hoff LS, Pedro VD, Barreto SSM, Johns MW. Portuguese-language version of the epworth sleepiness scale: Validation for use in Brazil | Validação da escala de sonolência de Epworth em português para uso no Brasil. *J Bras Pneumol.* 2009;35(9):877-83.
 155. Keys A, Fidanza F, Karvonen MJ, Kimura N, Taylor HL. Indices of relative weight and obesity. *J Chron Dis.* 1972;25(6-7):313-420.
 156. Schilling RSF. More effective prevention in occupational health practice? *Occup Med (Chic Ill).* 1984;34(3):71-9.
 157. Joint Commissioning Panel for Mental Health. Guidance for Commissioners of Rehabilitation Services for People with Complex Mental Health Needs. *Pract Ment Heal Comm.* 2016;(November):1-24.
 158. Tolfo SR, Oliveira RT. Assédio moral no trabalho: características e intervenções. Lagoa, editor. Florianópolis; 2015.
 159. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychol Rev.* 1943;50(4):370-96.
 160. Bush K, Kivlahan D, McDonell M, Fihn S, Bradley K. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *ARCH INTERN MED.* 1998;158(Sep 14):1789-95.
 161. Costa G. The impact of shift and night work on health. *Appl Ergon.* 1996;27(1):9-16.
 162. Moreno C, Marqueze E, Sargent C, Wright K, Ferguson S, Tucker P. Working Time Society consensus statements: Evidence-based effects of shift work on physical and mental health. *Ind Health.* 2019;57(2):139-57.

ANEXOS

Anexo 1. Principais Diretivas, Convenções e Acordos internacionais no âmbito dos riscos profissionais de natureza psicossocial e respetiva transposição/aprovação para o direito nacional

Saúde Ocupacional geral

- **Diretiva 89/391/CEE**, do Conselho, de 12 de Junho: aplicação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores no trabalho.
- **Transposta pela Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro**

CAPÍTULO II Obrigações gerais do empregador e do trabalhador

Artigo 15.º Obrigações gerais do empregador

2 — O empregador deve zelar, de forma continuada e permanente, pelo exercício da atividade em condições de segurança e de saúde para o trabalhador, tendo em conta os seguintes princípios gerais de prevenção: (...)

b) Planificar a prevenção como um sistema coerente que integre a evolução técnica, a organização do trabalho, as condições de trabalho, as relações sociais e a influência dos fatores ambientais.

- **Convenção 155**, Convenção de Saúde e Segurança do Trabalho, 1981(OIT): segurança, a saúde dos trabalhadores e o ambiente de trabalho
- **Aprovada por Decreto do Governo n.º 1/85, de 16 de janeiro de 1985**

Artigo 5.º

A política mencionada no artigo 4.º deverá ter em conta as seguintes grandes esferas de acção, na medida em que estas afectem a segurança, a saúde dos trabalhadores e o ambiente de trabalho: (...)

b) As relações que existem entre os componentes materiais do trabalho e as pessoas que executam ou supervisionam o trabalho, assim como adaptação das máquinas, dos materiais, do tempo de trabalho, da organização do trabalho e dos processos de trabalho às capacidades físicas e mentais dos trabalhadores.

- **Convenção 161**, sobre os Serviços de Saúde no Trabalho, 1985 (OIT)
- Não foi ratificada para o direito nacional

Artigo 1º

Para os fins da presente Convenção:

a) A expressão 'Serviços de Saúde no Trabalho' designa um serviço investido de funções essencialmente preventivas e encarregado de aconselhar o empregador, os trabalhadores e seus representantes na empresa em apreço, sobre:

I) os requisitos necessários para estabelecer e manter um ambiente de trabalho seguro e salubre, de modo a favorecer uma saúde física e mental ótima em relação com o trabalho;

II) a adaptação do trabalho às capacidades dos trabalhadores, levando em conta seu estado de sanidade física e mental.

Tempo de trabalho

- **Diretiva 93/104/CE**: relativa a determinados aspetos da organização do tempo de trabalho, alterada pela Diretiva n.º 2000/34/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 22 de junho e **Diretiva 2003/88/CE**: relativa a determinados aspetos da organização do tempo de trabalho
- Transposta pela Lei n.º 99/2003, de 27 de agosto (Revogada pela Lei n.º 7/2009); **Transposta pela Lei n.º 7/2009, de 22 de fevereiro - Código do Trabalho**

Artigos 58º, 74º, 87º, 90º, 127º, 319º, 425º, 482º, 488º

Secção II do Capítulo II – do 197º ao 257º

Aborda a dispensa de algumas formas de organização do tempo de trabalho trabalhadora grávida, puérpera ou lactante, menores, trabalhador com deficiência ou doença crónica e trabalhador-estudante.

Artigo 127.º Deveres do empregador

2 - Na organização da atividade, o empregador deve observar o princípio geral da adaptação do trabalho à pessoa, com vista nomeadamente a atenuar o trabalho monótono ou cadenciado em função do tipo de atividade, e as exigências em matéria de segurança e saúde, designadamente no que se refere a pausas durante o tempo de trabalho.

3 - O empregador deve proporcionar ao trabalhador condições de trabalho que favoreçam a conciliação da atividade profissional com a vida familiar e pessoal.

Secção II do Capítulo II - Duração e organização do tempo de trabalho / Subsecção I - Noções e princípios gerais sobre duração e organização do tempo de trabalho

Artigo 197.º Tempo de trabalho

1 - Considera-se tempo de trabalho qualquer período durante o qual o trabalhador exerce a atividade ou permanece adstrito à realização da prestação, bem como as interrupções e os intervalos previstos no número seguinte.

2 - Consideram-se compreendidos no tempo de trabalho:

- a) A interrupção de trabalho como tal considerada em instrumento de regulamentação coletiva de trabalho, em regulamento interno de empresa ou resultante de uso da empresa;
- b) A interrupção ocasional do período de trabalho diário inerente à satisfação de necessidades pessoais inadiáveis do trabalhador ou resultante de consentimento do empregador;
- c) A interrupção de trabalho por motivos técnicos, nomeadamente limpeza, manutenção ou afinação de equipamento, mudança de programa de produção, carga ou descarga de mercadorias, falta de matéria-prima ou energia, ou por fator climático que afete a atividade da empresa, ou por motivos económicos, designadamente quebra de encomendas;
- d) O intervalo para refeição em que o trabalhador tenha de permanecer no espaço habitual de trabalho ou próximo dele, para poder ser chamado a prestar trabalho normal em caso de necessidade;
- e) A interrupção ou pausa no período de trabalho imposta por normas de segurança e saúde no trabalho.

Artigo 200.º Horário de trabalho

1 - Entende-se por horário de trabalho a determinação das horas de início e termo do período normal de trabalho diário e do intervalo de descanso, bem como do descanso semanal.

2 - O horário de trabalho delimita o período normal de trabalho diário e semanal.

3 - O início e o termo do período normal de trabalho diário podem ocorrer em dias consecutivos.

Artigo 212.º Elaboração de horário de trabalho

2 - Na elaboração do horário de trabalho, o empregador deve:

- a) Ter em consideração prioritariamente as exigências de proteção da segurança e saúde do trabalhador;
- b) Facilitar ao trabalhador a conciliação da atividade profissional com a vida familiar;
- c) Facilitar ao trabalhador a frequência de curso escolar, bem como de formação técnica ou profissional.

Artigo 220.º Noção de trabalho por turnos

Considera-se trabalho por turnos qualquer organização do trabalho em equipa em que os trabalhadores ocupam sucessivamente os mesmos postos de trabalho, a um determinado ritmo, incluindo o rotativo, contínuo ou descontínuo, podendo executar o trabalho a horas diferentes num dado período de dias ou semanas.

Artigo 222.º Proteção em matéria de segurança e saúde no trabalho (no trabalho por turnos)

1 - O empregador deve organizar as atividades de segurança e saúde no trabalho de forma que os trabalhadores por turnos beneficiem de um nível de proteção em matéria de segurança e saúde adequado à natureza do trabalho que exercem.

2 - O empregador deve assegurar que os meios de proteção e prevenção em matéria de segurança e saúde dos trabalhadores por turnos sejam equivalentes aos aplicáveis aos restantes trabalhadores e se encontrem disponíveis a qualquer momento.

Artigo 223.º Noção de trabalho noturno

1 - Considera-se trabalho noturno o prestado num período que tenha a duração mínima de sete horas e máxima de onze horas, compreendendo o intervalo entre as 0 e as 5 horas.

2 - O período de trabalho noturno pode ser determinado por instrumento de regulamentação coletiva de trabalho, com observância do disposto no número anterior, considerando-se como tal, na falta daquela determinação, o compreendido entre as 22 horas de um dia e as 7 horas do dia seguinte.

Artigo 224.º Duração do trabalho de trabalhador noturno

4 - O trabalhador noturno não deve prestar mais de oito horas de trabalho num período de vinte e quatro horas em que efetua trabalho noturno, em qualquer das seguintes atividades, que implicam riscos especiais ou tensão física ou mental significativa:

- a) Monótonas, repetitivas, cadenciadas ou isoladas;
- b) Em obra de construção, demolição, escavação, movimentação de terras, ou intervenção em túnel, ferrovia ou rodovia sem interrupção de tráfego, ou com risco de queda de altura ou de soterramento;
- c) Da indústria extrativa;
- d) De fabrico, transporte ou utilização de explosivos e pirotecnia;
- e) Que envolvam contacto com corrente elétrica de média ou alta tensão;
- f) De produção ou transporte de gases comprimidos, liquefeitos ou dissolvidos ou com utilização significativa dos mesmos;
- g) Que, em função da avaliação dos riscos a ser efetuada pelo empregador, assumam particular penosidade, perigosidade, insalubridade ou toxicidade.

Artigo 225.º Proteção de trabalhador noturno

1 - O empregador deve assegurar exames de saúde gratuitos e sigilosos ao trabalhador noturno destinados a avaliar o seu estado de saúde, antes da sua colocação e posteriormente a intervalos regulares e no mínimo anualmente.

2 - O empregador deve avaliar os riscos inerentes à atividade do trabalhador, tendo presente, nomeadamente, a sua condição física e psíquica, antes do início da atividade e posteriormente, de seis em seis meses, bem como antes de alteração das condições de trabalho.

3 - O empregador deve conservar o registo da avaliação efetuada de acordo com o número anterior.

4 - Aplica-se ao trabalhador noturno o disposto no artigo 222.º

5 - Sempre que possível, o empregador deve assegurar a trabalhador que sofra de problema de saúde relacionado com a prestação de trabalho noturno a afetação a trabalho diurno que esteja apto a desempenhar.

6 - O empregador deve consultar os representantes dos trabalhadores para a segurança e saúde no trabalho ou, na falta destes, o próprio trabalhador, sobre a afetação a trabalho noturno, a organização deste que melhor se adapte ao trabalhador, bem como sobre as medidas de segurança e saúde a adotar.

Artigo 425.º Obrigatoriedade de consulta da comissão de trabalhadores

O empregador deve solicitar o parecer da comissão de trabalhadores antes de praticar os seguintes atos, sem prejuízo de outros previstos na lei:

- a) Modificação dos critérios de classificação profissional e de promoções dos trabalhadores;
- b) Mudança de local de atividade da empresa ou do estabelecimento;

- c) Qualquer medida de que resulte ou possa resultar, de modo substancial, diminuição do número de trabalhadores, agravamento das condições de trabalho ou mudanças na organização de trabalho;
- d) Dissolução ou pedido de declaração de insolvência da empresa.

- **Diretiva 97/81/CE:** Acordo-quadro relativo ao trabalho a tempo parcial
- **Transposta pela Lei n.º 7/2009, de 22 de fevereiro – Código do Trabalho**

Artigos 35º, 47º, 50º, 51º, 55º, 57º, 64º, 67º, 140º, Subsecção II da Secção IX (150º - 156º) e 228º

O trabalho a tempo parcial surge muito associado à parentalidade, amamentação e aleitação e a trabalhadores com responsabilidades familiares.

Artigo 47.º Dispensa par a amamentação ou aleitação

5 - Se qualquer dos progenitores trabalhar a tempo parcial, a dispensa diária para amamentação ou aleitação é reduzida na proporção do respetivo período normal de trabalho, não podendo ser inferior a 30 minutos.

Artigo 50.º Falta para assistência a neto

2 - Se houver dois titulares do direito, há apenas lugar a um período de faltas, a gozar por um deles, ou por ambos em tempo parcial ou em períodos sucessivos, conforme decisão conjunta.

Artigo 55.º Trabalho a tempo parcial de trabalhador com responsabilidades familiares

1 - O trabalhador com filho menor de 12 anos ou, independentemente da idade, filho com deficiência ou doença crónica que com ele viva em comunhão de mesa e habitação tem direito a trabalhar a tempo parcial.

Subsecção II (Trabalho a tempo parcial) da Secção IX – Artigos 150º ao 156º

Artigo 150º

1 - Considera-se trabalho a tempo parcial o que corresponda a um período normal de trabalho semanal inferior ao praticado a tempo completo em situação comparável.

Artigo 156.º

2 - O empregador deve, ainda:

a) Fornecer aos trabalhadores, em tempo oportuno, informação sobre os postos de trabalho a tempo parcial e a tempo completo disponíveis no estabelecimento, de modo a facilitar as mudanças a que se referem as alíneas a) e b) do número anterior.

- **Diretiva 99/70/CE:** acordo-quadro relativo a contratos de trabalho a termo
- Transposta pela Lei n.º 99/2003, de 27 de agosto (Revogada pela Lei n.º 7/2009); **Transposta pela Lei n.º 7/2009, de 22 de fevereiro - Código do Trabalho**

Artigos 106º, 112º, 123º, 131º, Subsecção I (Contrato a termo resolutivo) da Secção IX (139º - 149º), 178º, 180º, 344º, 345º, 348º, 368º, Subsecção III (Despedimento por iniciativa do empregador em caso de contrato a termo) da Secção IV (393º)

Associado a informação sobre aspetos relevantes na prestação de trabalho, duração do período experimental, formação e trabalhadores temporários

Artigo 140º Admissibilidade de contrato de trabalho a termo resolutivo

1 - O contrato de trabalho a termo resolutivo só pode ser celebrado para satisfação de necessidade temporária da empresa e pelo período estritamente necessário à satisfação dessa necessidade.

2 - Considera-se, nomeadamente, necessidade temporária da empresa:

- a) Substituição direta ou indireta de trabalhador ausente ou que, por qualquer motivo, se encontre temporariamente impedido de trabalhar;
- b) Substituição direta ou indireta de trabalhador em relação ao qual esteja pendente em juízo ação de apreciação da licitude de despedimento;
- c) Substituição direta ou indireta de trabalhador em situação de licença sem retribuição;
- d) Substituição de trabalhador a tempo completo que passe a prestar trabalho a tempo parcial por período determinado;
- e) Atividade sazonal ou outra cujo ciclo anual de produção apresente irregularidades decorrentes da natureza estrutural do respetivo mercado, incluindo o abastecimento de matéria-prima;
- f) Acréscimo excecional de atividade da empresa;
- g) Execução de tarefa ocasional ou serviço determinado precisamente definido e não duradouro;
- h) Execução de obra, projeto ou outra atividade definida e temporária, incluindo a execução, direção ou fiscalização de trabalhos de construção civil, obras públicas, montagens e reparações industriais, em regime de empreitada ou em administração direta, bem como os respetivos projetos ou outra atividade complementar de controlo e acompanhamento.

Artigo 144.º Informações relativas a contrato de trabalho a termo

3 - O empregador deve comunicar, no prazo de cinco dias úteis, à entidade com competência na área da igualdade de oportunidades entre homens e mulheres o motivo da não renovação de contrato de trabalho a termo sempre que estiver em causa uma trabalhadora grávida, puérpera ou lactante.

Artigo 146.º Igualdade de tratamento no âmbito de contrato a termo

1 - O trabalhador contratado a termo tem os mesmos direitos e está adstrito aos mesmos deveres de trabalhador permanente em situação comparável, salvo se razões objetivas justificarem tratamento diferenciado.

- **Diretiva 2000/79/CE:** organização do tempo de trabalho do peçoal móvel da aviação civil

- **Transposta pelo Decreto-Lei n.º 139/2004, de 5 de junho**

Artigo 3º Condições exigíveis ao tripulante e ao operador

1 — O tripulante não pode iniciar um período de serviço de voo, nem o operador lho pode exigir, quando se encontre em condições físicas, psíquicas ou outras que não permitam ou não garantam adequada execução das suas funções específicas a bordo.

Artigo 6º Exame médico

1 — Os trabalhadores móveis da aviação civil, antes da respetiva colocação e, seguidamente, a intervalos regulares, têm direito a que o operador lhes proporcione um exame médico gratuito destinado a avaliar o seu estado de saúde, nos termos da legislação aplicável relativa à saúde, higiene e segurança.

2 — Os trabalhadores móveis da aviação civil que sofram de problemas de saúde reconhecidos como tendo uma relação direta com o facto de também trabalharem durante a noite serão transferidos, na medida do possível, para um trabalho diurno móvel ou não móvel que estejam aptos a desempenhar.

Artigo 7º Programa de segurança e de proteção da saúde

1 — O operador deve estabelecer um programa de segurança e de proteção da saúde adequado à natureza do trabalho exercido pelo pessoal móvel da aviação civil, nos termos da legislação aplicável relativa à saúde, higiene e segurança.

- **Diretiva 2002/15/CE:** relativa à organização do tempo de trabalho das pessoas que exercem atividades móveis de transporte rodoviário
- **Transposta pelo Decreto-Lei n.º 237/2007, de 19 de junho**

Artigo 6º Limites da duração do trabalho

1 — A duração do trabalho semanal dos trabalhadores móveis, incluindo trabalho suplementar, não pode exceder sessenta horas, nem quarenta e oito horas em média num período de quatro meses.

2 — Por instrumento de regulamentação coletiva de trabalho, o período de referência previsto no número anterior pode ser aumentado até seis meses.

3 — Se o trabalhador móvel trabalhar para vários empregadores, a duração do trabalho semanal para efeitos do n.º 1 corresponde à soma dos períodos de trabalho efetuados.

- **Convenção 175,** Convenção do Trabalho a Parte-Time, 2000 (OIT)
- **Resolução da Assembleia da República n.º 37/2006 - Aprova, para ratificação, a Convenção n.º 175**

Artigo 4º

Devem tomar-se medidas a fim de que os trabalhadores a tempo parcial recebam a mesma proteção que a concedida aos trabalhadores a tempo completo que se encontrem numa situação comparável no que respeita:

- a) Ao direito de organização, ao direito de negociação coletiva e ao de agir na qualidade de representantes dos trabalhadores;
- b) À segurança e à saúde no trabalho;
- c) À discriminação no emprego e na profissão.

Artigo 7º

Devem tomar-se medidas a fim de que os trabalhadores a tempo parcial beneficiem de condições equivalentes às dos trabalhadores a tempo completo que se encontrem numa situação comparável nos seguintes domínios:

- a) Proteção da maternidade;
- b) Cessação da relação de trabalho;
- c) Férias anuais pagas e dias feriados pagos;
- d) Licença por doença;

Equipamentos dotados de visor

- **Diretiva 90/270/CEE,** do Conselho, de 29 de maio, relativa às prescrições mínimas de segurança e de saúde respeitantes ao trabalho com equipamentos dotados de visor
- **Transposta pelo Decreto-Lei n.º 349/93, de 1 de outubro**

Artigo 6º Obrigações do empregador

Constitui obrigação do empregador:

- a) Avaliar as condições de segurança e de saúde existentes nos postos de trabalho, nomeadamente as que respeitam aos riscos para a visão, às afeções físicas e à tensão mental.

Movimentação manual de cargas

- **Diretiva 90/269/CEE:** relativa às prescrições mínimas de segurança e de saúde respeitantes à movimentação manual de cargas que comportem riscos, nomeadamente dorso-lombares, para os trabalhadores
- **Transposta pelo Decreto-Lei n.º 330/93, de 25 setembro**

Artigo 4º Medidas gerais de prevenção

2- Sempre que não seja possível evitar a movimentação manual de cargas, o empregador deve adotar as medidas apropriadas de organização do trabalho, utilizar ou fornecer aos trabalhadores os meios adequados, a fim de que essa movimentação seja o mais segura possível.

Prevenção de ferimentos por objetos cortantes

- **Diretiva 2010/32/UE**, do Conselho, de 10 de maio (na sua atual redação) que executa o Acordo-Quadro relativo à prevenção de ferimentos provocados por objetos cortantes nos sectores hospitalar e da saúde celebrado pela HOSPEEM e pela EPSU
- **Transposta pelo Decreto-Lei n.º 121/2013, de 22 de agosto**

Artigo 5.º Avaliação dos riscos e segurança

2 - A avaliação dos riscos e segurança tem em conta a tecnologia, a organização do trabalho, as condições de trabalho, o nível de qualificações, os fatores psicossociais relativos ao trabalho e a influência de fatores relacionados com o ambiente de trabalho.

Maternidade e relacionados

- **Diretiva 92/85/CE**: relativa à implementação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde das trabalhadoras grávidas, puérperas ou lactantes no trabalho
- **Transposta pela Lei n.º 7/2009, de 22 de fevereiro – Código do Trabalho**

Artigos 25º, 35º, 36º, 37º, 46º, 58º, 59º, 60º, 62º, 63º, 65º, 144º, 381º

Artigo 25.º Proibição de discriminação

5 - Cabe a quem alega discriminação indicar o trabalhador ou trabalhadores em relação a quem se considera discriminado, incumbindo ao empregador provar que a diferença de tratamento não assenta em qualquer fator de discriminação.

6 - O disposto no número anterior é designadamente aplicável em caso de invocação de qualquer prática discriminatória no acesso ao trabalho ou à formação profissional ou nas condições de trabalho, nomeadamente por motivo de dispensa para consulta pré-natal, proteção da segurança e saúde de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante, licenças por parentalidade ou faltas para assistência a menores.

Artigo 35.º Proteção na parentalidade

1 - A proteção na parentalidade concretiza-se através da atribuição dos seguintes direitos:

(...)

f) Dispensa da prestação de trabalho por parte de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante, por motivo de proteção da sua segurança e saúde: (...)

o) Trabalho a tempo parcial de trabalhador com responsabilidades familiares;

p) Horário flexível de trabalhador com responsabilidades familiares; (...)

s) Dispensa de prestação de trabalho no período noturno.

Artigo 47.º Dispensa par a amamentação ou aleitação

1 - A mãe que amamenta o filho tem direito a dispensa de trabalho para o efeito, durante o tempo que durar a amamentação.

Artigo 58.º Dispensa de algumas formas de organização do tempo de trabalho

1 - A trabalhadora grávida, puérpera ou lactante tem direito a ser dispensada de prestar trabalho em horário de trabalho organizado de acordo com regime de adaptabilidade, de banco de horas ou de horário concentrado.

Artigo 59.º Dispensa de prestação de trabalho suplementar

1 - A trabalhadora grávida, bem como o trabalhador ou trabalhadora com filho de idade inferior a 12 meses, não está obrigada a prestar trabalho suplementar.

2 - A trabalhadora não está obrigada a prestar trabalho suplementar durante todo o tempo que durar a amamentação se for necessário para a sua saúde ou para a da criança.

Artigo 60.º Dispensa de prestação de trabalho no período noturno

1 - A trabalhadora tem direito a ser dispensada de prestar trabalho entre as 20 horas de um dia e as 7 horas do dia seguinte:

a) Durante um período de 112 dias antes e depois do parto, dos quais pelo menos metade antes da data previsível do mesmo;

b) Durante o restante período de gravidez, se for necessário para a sua saúde ou para a do nascituro;

c) Durante todo o tempo que durar a amamentação, se for necessário para a sua saúde ou para a da criança.

2 - À trabalhadora dispensada da prestação de trabalho noturno deve ser atribuído, sempre que possível, um horário de trabalho diurno compatível.

6 - Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, a dispensa da prestação de trabalho noturno deve ser determinada por médico do trabalho sempre que este, no âmbito da vigilância da saúde dos trabalhadores, identificar qualquer risco para a trabalhadora grávida, puérpera ou lactante.

Artigo 62.º Proteção da segurança e saúde de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante

1 - A trabalhadora grávida, puérpera ou lactante tem direito a especiais condições de segurança e saúde nos locais de trabalho, de modo a evitar a exposição a riscos para a sua segurança e saúde, nos termos dos números seguintes.

2 - Sem prejuízo de outras obrigações previstas em legislação especial, em atividade suscetível de apresentar um risco específico de exposição a agentes, processos ou condições de trabalho, o empregador deve proceder à avaliação da natureza, grau e duração da exposição de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante, de modo a determinar qualquer risco para a sua segurança e saúde e as repercussões sobre a gravidez ou a amamentação, bem como as medidas a tomar.

3 - Nos casos referidos no número anterior, o empregador deve tomar a medida necessária para evitar a exposição da trabalhadora a esses riscos, nomeadamente:

a) Proceder à adaptação das condições de trabalho;

b) Se a adaptação referida na alínea anterior for impossível, excessivamente demorada ou demasiado onerosa, atribuir à trabalhadora outras tarefas compatíveis com o seu estado e categoria profissional;

c) Se as medidas referidas nas alíneas anteriores não forem viáveis, dispensar a trabalhadora de prestar trabalho durante o período necessário.

4 - Sem prejuízo dos direitos de informação e consulta previstos em legislação especial, a trabalhadora grávida, puérpera ou lactante tem direito a ser informada, por escrito, dos resultados da avaliação referida no n.º 2 e das medidas de proteção adotadas.

5 - É vedado o exercício por trabalhadora grávida, puérpera ou lactante de atividades cuja avaliação tenha revelado riscos de exposição a agentes ou condições de trabalho que ponham em perigo a sua segurança ou saúde ou o desenvolvimento do nascituro.

6 - As atividades suscetíveis de apresentarem um risco específico de exposição a agentes, processos ou condições de trabalho referidos no n.º 2, bem como os agentes e condições de trabalho referidos no número anterior, são determinados em legislação específica.

7 - A trabalhadora grávida, puérpera ou lactante, ou os seus representantes, têm direito de requerer ao serviço com competência inspetiva do ministério responsável pela área laboral uma ação de fiscalização, a realizar com prioridade e urgência, se o empregador não cumprir as obrigações decorrentes deste artigo.

Artigo 63.º Proteção em caso de despedimento

1 - O despedimento de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante ou de trabalhador no gozo de licença parental carece de parecer prévio da entidade competente na área da igualdade de oportunidades entre homens e mulheres.

Artigo 144.º Informações relativas a contrato de trabalho a termo

3 - O empregador deve comunicar, no prazo de cinco dias úteis, à entidade com competência na área da igualdade de oportunidades entre homens e mulheres o motivo da não renovação de contrato de trabalho a termo sempre que estiver em causa uma trabalhadora grávida, puérpera ou lactante.

- **Diretiva 96/34/CE:** relativa ao acordo quadro sobre a licença parental celebrado pela União das Confederações da Indústria e dos Empregadores da Europa (UNICE), pelo Centro Europeu das Empresas Públicas (CEEP) e pela Confederação Europeia dos Sindicatos (CES)
- **Transposta pela Lei n.º 7/2009, de 22 de fevereiro – Código do Trabalho**

Artigos 7.º, 24.º, 25.º, 30.º, 31.º, Subsecção IV (33.º - 65.º) da SECÇÃO II, 144.º e 381.º

A parentalidade surge associada a temas já abordados anteriormente, organização do tempo de trabalho, trabalho a tempo parcial e trabalhadoras grávidas, puérperas ou lactantes.

Artigo 33.º Parentalidade

1 - A maternidade e a paternidade constituem valores sociais eminentes.

2 - Os trabalhadores têm direito à proteção da sociedade e do Estado na realização da sua insubstituível ação em relação ao exercício da parentalidade.

Artigo 36.º Conceitos em matéria de proteção da parentalidade

1 - No âmbito do regime de proteção da parentalidade, entende-se por:

- Trabalhadora grávida, a trabalhadora em estado de gestação que informe o empregador do seu estado, por escrito, com apresentação de atestado médico;
- Trabalhadora puérpera, a trabalhadora parturiente e durante um período de 120 dias subsequentes ao parto que informe o empregador do seu estado, por escrito, com apresentação de atestado médico ou certidão de nascimento do filho;
- Trabalhadora lactante, a trabalhadora que amamenta o filho e informe o empregador do seu estado, por escrito, com apresentação de atestado médico.

- **Convenção 183,** Convenção de Proteção da Maternidade, 2000 (OIT)
- **Aprovada pela Resolução da Assembleia da República n.º 108/2012, de 8 de agosto e retificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 137/2012, de 8 de agosto**

Artigo 3.º Proteção da saúde

Qualquer Membro deve, após consulta das organizações representativas dos empregadores e dos trabalhadores, adotar as medidas necessárias para que as mulheres grávidas ou que amamentam não sejam obrigadas a executar um trabalho que tenha sido determinado pela autoridade competente como prejudicial à sua saúde ou da sua criança, ou que tenha sido considerado, através de uma avaliação, que comporta um risco significativo para a saúde da mãe ou da criança.

Artigo 8.º Proteção do emprego e não discriminação

1 — É proibido ao empregador despedir uma mulher durante a sua gravidez, durante a licença referida nos artigos 4.º ou 5.º, ou durante um período posterior ao seu regresso ao trabalho a determinar pela legislação nacional, exceto por motivos não relacionados com a gravidez, o nascimento da criança e as suas consequências, ou a amamentação. Cabe ao empregador o ónus de provar que os motivos do despedimento não são relacionados com a gravidez, o nascimento da criança e as suas consequências, ou a amamentação.

2 — A mulher deve ter o direito de retomar o mesmo posto de trabalho ou um posto equivalente com a mesma remuneração quando regressar ao trabalho no final da licença por maternidade.

Igualdade/ Discriminação

- **Diretiva 76/207/CEE:** relativa à concretização do princípio da igualdade de tratamento entre homens e mulheres no que se refere ao acesso ao emprego, à formação e promoção profissionais e às condições de trabalho, alterada pela Diretiva n.º 2002/73/CE
- **Diretiva 2000/43/CE:** aplica o princípio da igualdade de tratamento entre as pessoas, sem distinção de origem racial ou étnica
- **Diretiva 2000/78/CE:** estabelece um quadro geral de igualdade de tratamento no emprego e na atividade profissional
- **Diretiva 2002/73/CE:** relativa à concretização do princípio da igualdade de tratamento entre homens e mulheres no que se refere ao acesso ao emprego, à formação e promoção profissionais e às condições de trabalho

- **Diretiva 2006/54/CE:** relativa à aplicação do princípio da igualdade de oportunidades e igualdade de tratamento entre homens e mulheres em domínios ligados ao emprego e à atividade profissional (reformulação)
- **Transpostas pela Lei n.º 7/2009, de 22 de fevereiro – Código do Trabalho**

Artigos 7.º, 10.º, Subsecção III (23.º-32.º), Divisão II (29.º) e 169.º

Artigo 7.º Condições de trabalho de trabalhador destacado

1 - Sem prejuízo de regime mais favorável constante de lei ou contrato de trabalho, o trabalhador destacado tem direito às condições de trabalho previstas na lei e em regulamentação colectiva de trabalho de eficácia geral aplicável que respeitem a (...):

- h) Segurança e saúde no trabalho;
- i) Protecção na parentalidade;
- l) Igualdade de tratamento e não discriminação.

Subsecção III Igualdade e não discriminação

Divisão I Disposições gerais sobre igualdade e não discriminação

Artigo 23.º Conceitos em matéria de igualdade e não discriminação

1 - Para efeitos do presente Código, considera-se:

- a) **Discriminação directa**, sempre que, em razão de um factor de discriminação, uma pessoa seja sujeita a tratamento menos favorável do que aquele que é, tenha sido ou venha a ser dado a outra pessoa em situação comparável;
- b) **Discriminação indirecta**, sempre que uma disposição, critério ou prática aparentemente neutro seja susceptível de colocar uma pessoa, por motivo de um factor de discriminação, numa posição de desvantagem comparativamente com outras, a não ser que essa disposição, critério ou prática seja objectivamente justificado por um fim legítimo e que os meios para o alcançar sejam adequados e necessários;
- c) **Trabalho igual**, aquele em que as funções desempenhadas ao serviço do mesmo empregador são iguais ou objectivamente semelhantes em natureza, qualidade e quantidade;
- d) **Trabalho de valor igual**, aquele em que as funções desempenhadas ao serviço do mesmo empregador são equivalentes, atendendo nomeadamente à qualificação ou experiência exigida, às responsabilidades atribuídas, ao esforço físico e psíquico e às condições em que o trabalho é efectuado.

Artigo 25.º Proibição de discriminação

5 - Cabe a quem alega discriminação indicar o trabalhador ou trabalhadores em relação a quem se considera discriminado, incumbindo ao empregador provar que a diferença de tratamento não assenta em qualquer factor de discriminação.

6 - O disposto no número anterior é designadamente aplicável em caso de invocação de qualquer prática discriminatória no acesso ao trabalho ou à formação profissional ou nas condições de trabalho, nomeadamente por motivo de dispensa para consulta pré-natal, protecção da segurança e saúde de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante, licenças por parentalidade ou faltas para assistência a menores.

Divisão II Proibição de assédio

Artigo 29.º Assédio

1 - É proibida a prática de assédio.

2 - Entende-se por assédio o comportamento indesejado, nomeadamente o baseado em fator de discriminação, praticado aquando do acesso ao emprego ou no próprio emprego, trabalho ou formação profissional, com o objetivo ou o efeito de perturbar ou constranger a pessoa, afetar a sua dignidade, ou de lhe criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou desestabilizador.

3 - Constitui **assédio sexual** o comportamento indesejado de carácter sexual, sob forma verbal, não verbal ou física, com o objetivo ou o efeito referido no número anterior.

Artigo 169.º Igualdade de tratamento de trabalhador em regime de teletrabalho

1 - O trabalhador em regime de teletrabalho tem os mesmos direitos e deveres dos demais trabalhadores, nomeadamente no que se refere a formação e promoção ou carreira profissionais, limites do período normal de trabalho e outras condições de trabalho, segurança e saúde no trabalho e reparação de danos emergentes de acidente de trabalho ou doença profissional.

3 - O empregador deve evitar o isolamento do trabalhador, nomeadamente através de contactos regulares com a empresa e os demais trabalhadores.

Trabalhadores jovens

- **Diretiva 94/33/CE:** relativa à protecção dos jovens no trabalho
- **Transposta pela Lei n.º 7/2009, de 22 de fevereiro – Código do Trabalho**

Artigos Subsecção V (Trabalho de menores) da Secção II (66.º-83.º)

Artigo 66.º Princípios gerais relativos ao trabalho de menor

1 - O empregador deve proporcionar ao menor condições de trabalho adequadas à idade e ao desenvolvimento do mesmo e que protejam a segurança, a saúde, o desenvolvimento físico, psíquico e moral, a educação e a formação, prevenindo em especial qualquer risco resultante da sua falta de experiência ou da inconsciência dos riscos existentes ou potenciais.

2 - O empregador deve, em especial, avaliar os riscos relacionados com o trabalho, antes de o menor o iniciar ou antes de qualquer alteração importante das condições de trabalho, incidindo nomeadamente sobre:

- a) Equipamento e organização do local e do posto de trabalho;
 - b) Natureza, grau e duração da exposição a agentes físicos, biológicos e químicos;
 - c) Escolha, adaptação e utilização de equipamento de trabalho, incluindo agentes, máquinas e aparelhos e a respetiva utilização;
 - d) Adaptação da organização do trabalho, dos processos de trabalho ou da sua execução;
 - e) Grau de conhecimento do menor no que se refere à execução do trabalho, aos riscos para a segurança e a saúde e às medidas de prevenção.
- 3 - O empregador deve informar o menor e os seus representantes legais dos riscos identificados e das medidas tomadas para a sua prevenção.
- 4 - A emancipação não prejudica a aplicação das normas relativas à protecção da saúde, educação e formação do trabalhador menor.

Artigo 68.º Admissão de menor ao trabalho

3 - O menor com idade inferior a 16 anos que tenha concluído a escolaridade obrigatória ou esteja matriculado e a frequentar o nível secundário de educação pode prestar trabalhos leves que consistam em tarefas simples e definidas que, pela sua natureza, pelos esforços físicos ou mentais exigidos ou pelas condições específicas em que são realizadas, não sejam suscetíveis de o prejudicar no que respeita à integridade física, segurança e saúde, assiduidade escolar, participação em programas de orientação ou de formação, capacidade para beneficiar da instrução ministrada, ou ainda ao seu desenvolvimento físico, psíquico, moral, intelectual e cultural.

Artigo 72.º Proteção da segurança e saúde de menor

1 - Sem prejuízo das obrigações estabelecidas em disposições especiais, o empregador deve submeter o menor a exames de saúde, nomeadamente:

- Exame de saúde que certifique a adequação da sua capacidade física e psíquica ao exercício das funções, a realizar antes do início da prestação do trabalho, ou nos 15 dias subsequentes à admissão se esta for urgente e com o consentimento dos representantes legais do menor;
- Exame de saúde anual, para que do exercício da atividade profissional não resulte prejuízo para a sua saúde e para o seu desenvolvimento físico e psíquico.

2 - Os trabalhos que, pela sua natureza ou pelas condições em que são prestados, sejam prejudiciais ao desenvolvimento físico, psíquico e moral dos menores são proibidos ou condicionados por legislação específica.

Artigo 74.º Dispensa de algumas formas de organização do tempo de trabalho de menor

1 - O menor é dispensado de prestar trabalho em horário organizado de acordo com o regime de adaptabilidade, banco de horas ou horário concentrado quando o mesmo puder prejudicar a sua saúde ou segurança no trabalho.

2 - Para efeito do número anterior, o menor deve ser submetido a exame de saúde previamente ao início da aplicação do horário em causa.

Artigo 76.º Trabalho de menor no período noturno

1 - É proibido o trabalho de menor com idade inferior a 16 anos entre as 20 horas de um dia e as 7 horas do dia seguinte.

2 - O menor com idade igual ou superior a 16 anos não pode prestar trabalho entre as 22 horas de um dia e as 7 horas do dia seguinte, sem prejuízo do disposto nos números seguintes.

3 - O menor com idade igual ou superior a 16 anos pode prestar trabalho noturno:

- Em atividade prevista em instrumento de regulamentação coletiva de trabalho, exceto no período compreendido entre as 0 e as 5 horas;
- Que se justifique por motivos objetivos, em atividade de natureza cultural, artística, desportiva ou publicitária, desde que tenha um período equivalente de descanso compensatório no dia seguinte ou no mais próximo possível.

4 - No caso do número anterior, a prestação de trabalho noturno por menor deve ser vigiada por um adulto, se for necessário para proteção da sua segurança ou saúde.

Crime público

Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro, com as alterações operadas pelas Lei n.º 59/2007, de 4 de setembro e a Lei n.º 19/2013, de 21 de fevereiro - **Código Penal**

Dos Crimes contra a Vida

- > Art. 131º – Homicídio
- > Art. 132º – Homicídio qualificado
- > Art. 133º – Homicídio privilegiado
- > Art. 134º – Homicídio a pedido da vítima
- > Art. 135º – Incitamento ou ajuda ao suicídio
- > Art. 137º – Homicídio por negligência
- > Art. 138º – Exposição ou abandono

Dos Crimes contra a Integridade Física

- > Art. 143º – Ofensa à integridade física simples
- > Art. 144º – Ofensa à integridade física grave
- > Art. 144º-A - Mutilação genital feminina

- > Art. 145º – Ofensa à integridade física qualificada
- > Art. 146º – Ofensa à integridade física privilegiada
- > Art. 147º – Agravamento pelo resultado
- > Art. 148º – Ofensa à integridade física por negligência
- > Art. 152º-A – Maus tratos
- > Art. 152º-B – Violação de regras de segurança

Dos Crimes contra a Liberdade Pessoal

- > Art. 153º – Ameaça
- > Art. 154º – Coação
- > Art. 154º-A – Perseguição
- > Art. 155º – Agravamento

- > Art. 158º – Sequestro
- > Art. 159º – Escravidão
- > Art. 160º – Tráfico de Pessoas
- > Art. 161º – Rapto
- > Art. 162º – Tomada de reféns

Dos crimes contra a liberdade Sexual

- > Art. 163º – Coação sexual
- > Art. 164º – Violação
- > Art. 165º – Abuso sexual de pessoa incapaz de resistência
- > Art. 167º – Fraude sexual
- > Art. 169º – Lenocínio
- > Art. 170º – Importunação sexual

Anexo 2. Sinopse Estatística no âmbito dos fatores de risco psicossocial

Quadro A. Número de Unidades Locais (UL), de trabalhadores expostos e de avaliações efetuadas aos fatores de risco psicossocial, por CAE no ano 2018

Secção de Atividade Económica CAE (Rev.3) da Unidade Local (UL)	UL (35)			Trabalhadores (35)			N.º de avaliações efetuadas no âmbito dos fatores de risco psicossocial (B) (35)	Rácio
	N.º Total	N.º que Identificou fatores de risco psicossocial (A)	% que Identificou fatores de risco psicossocial	N.º Total	N.º expostos a fatores de risco psicossocial	% expostos a fatores de risco psicossocial		(B) / (A)
A AGRICULTURA, CAÇA, SILVICULTURA E PESCA	12.615	770	6,1	71.624	12.748	17,8	914	1,2
B INDÚSTRIAS EXTRACTIVAS	666	57	8,6	10.797	4.243	39,3	3.349	58,8
C INDÚSTRIAS TRANSFORMADORAS	33.026	4.416	13,4	715.830	183.974	25,7	11.156	2,5
D ELETRICIDADE, GÁS, VAPOR E ÁGUA	403	72	17,9	7.398	1.698	23,0	147	2,0
E CAPTAÇÃO, TRATAMENTO, DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA	1.818	361	19,9	28.512	15.985	56,1	814	2,3
F CONSTRUÇÃO	26.575	1.788	6,7	245.073	38.817	15,8	3.209	1,8
G COMÉRCIO P/GROSSO E A RETALHO; REP. VEÍCULOS AUTO.E MOT.	84.627	12.944	15,3	600.485	217.589	36,2	22.797	1,8
H TRANSPORTES E ARMAZENAGEM	10.637	1.379	13,0	173.097	88.402	51,1	3.058	2,8
I ALOJAMENTO, RESTAURAÇÃO E SIMILARES	34.971	6.103	17,5	280.242	120.628	43,0	10.368	1,7
J ATIV. DE INFORM. E COMUNICAÇÃO	5.335	656	12,3	92.591	78.327	84,6	2.579	3,9
K ATIV. FINANCEIRAS E SEGUROS	8.168	983	12,0	83.028	23.664	28,5	18.241	18,6
L ATIV. IMOBILIÁRIAS	7.477	659	8,8	30.093	3.804	12,6	793	1,2
M ATIV. DE CONSULTORIA, CIENTÍFICAS, TÉCNICAS E SIMILARES	21.157	2.469	11,7	158.902	36.433	22,9	5.573	2,3
N ATIV. ADMIN. E DOS SERV. DE APOIO	8.464	949	11,2	225.849	158.174	70,0	6.945	7,3
O ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DEFESA; SEG. SOCIAL OBRIGATÓRIA	746	142	19,0	17.411	7.461	42,9	270	1,9
P EDUCAÇÃO	4.360	668	15,3	65.306	15.553	23,8	888	1,3
Q ATIV. DE SAÚDE HUMANA E APOIO SOCIAL	18.012	3.171	17,6	320.314	163.247	51,0	8.561	2,7
R ATIV. ARTÍSTICAS, DE ESPECTÁCULOS, DESPORTIVAS E RECREATIVAS	3.787	395	10,4	31.349	8.979	28,6	664	1,7
S OUTRAS ATIV. DE SERVIÇOS	13.998	1.753	12,5	67.401	16.681	24,7	2.653	1,5
U ATIV. DOS ORGANISMOS INTERN. E OUTRAS INSTITUIÇÕES EXTRATERRITORIAL	16	3	18,8	146	33	22,6	0	0
TOTAL	296.221	39.738	13,4	3.225.448	1.196.440	37,1	102.979	2,6

Quadro B. Número de Unidades Locais (UL) que identificaram fatores de risco psicossocial, segundo o agente, por CAE, no ano 2018

Secção de Atividade Económica CAE (Rev.3) da Unidade Local (UL)		Fatores de risco (35)												
		Ritmos intensos de trabalho	Trabalho monótono/repetitivo	Ausência de capacidade/possibilidade de decisão ou cont. sobre o trabalho	Exigências anormais de produtividade	Trabalho por turnos	Trabalho noturno	Trabalho suplementar	Trab. com expos. a potenciais ameaças e agressões verbais	Trab. c/ expos. a potenciais agressões fis.	Assédio	Discriminação	Atentados contra a propriedade privada	Outros
A	AGRICULTURA, CAÇA, SILVICULTURA E PESCA	288	114	4	7	24	13	13	30	34	5	2	5	454
B	INDÚSTRIAS EXTRACTIVAS	23	13	1	4	9	5	5	3	2	1	1	1	24
C	INDÚSTRIAS TRANSFORMADORAS	1.238	1.053	54	99	716	459	145	338	162	115	5	27	1.935
D	ELETRICIDADE, GÁS, VAPOR E ÁGUA	7	4	0	0	13	5	11	19	6	0	0	0	30
E	CAPTAÇÃO, TRATAMENTO, DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA	111	71	2	3	158	157	105	66	49	4	0	5	122
F	CONSTRUÇÃO	700	270	7	45	57	36	201	154	81	10	3	4	815
G	COMÉRCIO P/GROSSO E A RETALHO; REP. VEÍCULOS AUTO.E MOT.	3.596	1.229	45	118	1.892	1.078	127	3.546	2.464	183	93	135	6.137
H	TRANSPORTES E ARMAZENAGEM	328	347	10	13	396	301	82	319	280	14	0	54	571
I	ALOJAMENTO, RESTAURAÇÃO E SIMILARES	2.317	723	35	77	1.612	762	195	1.204	673	51	3	33	2.831
J	ATIV. DE INFORM. E COMUNICAÇÃO	183	105	62	46	90	144	109	131	77	57	0	0	493
K	ATIV. FINANCEIRAS E SEGUROS	487	418	355	361	14	7	3	114	146	5	2	24	426
L	ATIV. IMOBILIÁRIAS	176	96	7	3	31	18	8	85	60	3	0	7	410
M	ATIV. DE CONSULTORIA, CIENTÍFICAS, TÉCNICAS E SIMILARES	909	419	12	22	110	46	66	326	200	54	2	13	1.465
N	ATIV. ADMIN. E DOS SERV. DE APOIO	296	148	14	18	110	97	54	126	101	12	1	8	516
O	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DEFESA; SEG. SOCIAL OBRIGATÓRIA	50	24	3	5	67	67	17	30	23	0	0	0	70
P	EDUCAÇÃO	215	85	4	4	33	21	24	118	72	7	0	6	435
Q	ATIV. DE SAÚDE HUMANA E APOIO SOCIAL	900	357	49	37	708	429	151	719	426	51	10	13	1.605
R	ATIV. ARTÍSTICAS, DE ESPECTÁCULOS, DESPORTIVAS E RECREATIVAS	119	47	2	1	40	34	5	79	49	8	0	4	220
S	OUTRAS ATIV. DE SERVIÇOS	504	330	30	16	83	60	41	281	172	19	3	8	1.053
U	ATIV. DOS ORGANISMOS INTERN. E OUTRAS INSTITUIÇÕES EXTRATERRITORIAL	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
TOTAL		12.448	5.853	696	879	6.163	3.826	1.362	7.688	5.077	599	125	347	19.614

Anexo 3. Modelo de registo de “Informação Geral” da empresa/estabelecimento sobre organização e população trabalhadora para efeitos da prestação dos Serviços de SST/SO

Empresa/estabelecimento:		NIPC/NIF: <input type="text"/>
Morada:		Código postal: <input type="text"/>
CAE Principal: <input type="text"/>	CAE Secundário(s):	

1. Sede da empresa / Expansão nacional e internacional:

Localização da sede:	N.º de estabelecimentos nacionais:	Estabelecimentos na Europa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Estabelecimentos fora da Europa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
----------------------	------------------------------------	---

2. N.º de trabalhadores afetos à empresa/estabelecimento:

2.1. N.º de trabalhadores:

N.º	À data			Total a 31 de dezembro:								
	Ano Atual: 20__			Ano - 1	Ano - 2	Ano - 3	Ano - 4	Ano - 5	Ano - 6	Ano - 7	Ano - 8	Ano - 9
	F	M	Total									

2.2. N.º de trabalhadores por grupo etário:

N.º	Inferior a 18 anos	18 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 64 anos	65 e mais anos

2.3. N.º de trabalhadores por nível de habilitação concluído:

N.º	1.º Ciclo Ensino Básico	2.º Ciclo Ensino Básico	3.º Ciclo Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Pós-Secundário não superior	Ensino Superior

3. Tipo de vínculos contratuais existentes na empresa/ estabelecimento (assinale com X a(s) opção(ões) existentes):

<input type="checkbox"/> Com termo certo	<input type="checkbox"/> A tempo parcial	<input type="checkbox"/> Outro. Qual:
<input type="checkbox"/> Com termo incerto	<input type="checkbox"/> De curta duração	
<input type="checkbox"/> Sem termo	<input type="checkbox"/> Para prestação de teletrabalho	

4. Trabalhadores subcontratados (à data) na empresa/ estabelecimento:

<p>4.1. Subcontratação:</p> <input type="checkbox"/> Não aplicável <input type="checkbox"/> Aplicável. N.º total de trabalhadores:	<p>4.2. Áreas de subcontratação (assinale com X a(s) opção(ões) existentes):</p> <input type="checkbox"/> Higiene e Limpeza <input type="checkbox"/> Alimentação (bar, refeitório, etc.) <input type="checkbox"/> Manutenção <input type="checkbox"/> Segurança/vigilância <input type="checkbox"/> Informática <input type="checkbox"/> Outra(s):
--	---

5. Trabalho noturno e por turnos (à data) na empresa/ estabelecimento:

<p>5.1. Trabalho noturno:</p> <input type="checkbox"/> Não aplicável <input type="checkbox"/> Aplicável. N.º total de trabalhadores:	<p>5.2. Trabalho por turnos:</p> <input type="checkbox"/> Não aplicável <input type="checkbox"/> Aplicável. N.º total de trabalhadores:	<p>5.2.1. Tipo de turnos:</p> <input type="checkbox"/> Descontínuo <input type="checkbox"/> Contínuo (24 horas)	<p>5.2.2. Periodicidade de rotatividade de turnos (ex. n.º de dias, semanas, etc.):</p>
--	---	--	---

6. Outras informações:

6.1. Principais objetivos da empresa/estabelecimento:	
-	
6.2. Principal tipo produto(s)/serviço(s) produzido/prestado:	
-	
6.3. Período(s) mais críticos (indicar dias, semanas, meses do ano) de produção/prestação de serviços:	6.4. Sistematização da cadeia hierárquica:
-	(se complexa, anexar o organigrama da empresa)
6.5. A empresa/estabelecimento tem política de SST aprovada por órgão máximo/de topo? <input type="checkbox"/> Não; <input type="checkbox"/> Sim.	
6.6. A empresa/estabelecimento tem representante para SST? <input type="checkbox"/> Não; <input type="checkbox"/> Sim. Indique o nome:	

7. Relativamente ao ano transato (até 31 de dezembro) indique:

7.1. N.º total de horas suplementares efetuadas:	7.2. N.º total de dias (completos) encerrados:	7.3. Taxa de rotatividade anual (turnover) ⁶ :	7.3. Dias de trabalho perdidos devido a baixa: 7.3.1. N.º total de dias de baixa: 7.3.2. N.º total de dias de baixa por acidente: 7.3.3. N.º total de dias de baixa por doença:
--	--	---	--

8. Assinalar com X a opção(ões) adequada e aplicável à empresa/ estabelecimento:

8.1. Sistema de progressão na carreira: <input type="checkbox"/> Não existe <input type="checkbox"/> Por anos de serviço <input type="checkbox"/> Por Formação/ Certificação <input type="checkbox"/> Por avaliação de desempenho/ objetivos <input type="checkbox"/> Por reconhecimento profissional <input type="checkbox"/> Outro: _____	8.2. Sistema de incentivos financeiros: <input type="checkbox"/> Não existem <input type="checkbox"/> Por cargo/categoria/posto <input type="checkbox"/> Por número de horas extra realizadas <input type="checkbox"/> Por anos a trabalhar na empresa <input type="checkbox"/> Por objetivos individuais <input type="checkbox"/> Por objetivos de equipa <input type="checkbox"/> Por objetivos da empresa <input type="checkbox"/> Por tarefa concretizada (ex. comissões) <input type="checkbox"/> Outro: _____	8.3. Sistema de avaliação: <input type="checkbox"/> Não existe <input type="checkbox"/> Por objetivos <input type="checkbox"/> Por competências <input type="checkbox"/> Por metas da empresa (ex. produção, vendas, atendimentos, etc.) <input type="checkbox"/> Outro: _____
---	--	---

⁶ Taxa de rotatividade anual = $([\text{Total de trabalhadores admitidos} + \text{Total de trabalhadores demitidos ou que saíram}] \div 2) \div \text{N.º total de trabalhadores a 31 de dezembro} \times 100$

Anexo 4. Exemplos da aplicação de instrumentos para avaliação dos fatores de risco psicossocial

	FATOR DE RISCO PSICOSSOCIAL	INSTRUMENTOS				Observações
		COPSOQ II	Escala de Conflito Intragrupal	Job Content Questionnaire	Work Design Questionnaire	
1. Natureza, conteúdo e carga de trabalho	1.1. Monotonia do trabalho	X			X	
	1.2. Repetitividade de tarefas			X		
	1.3. Intensidade do ritmo de trabalho	X		X	X	
	1.4. Carga de trabalho	X		X	X	
	1.5. Exigência do trabalho	X		X	X	
	1.6. Inadequação da autonomia ou controlo sobre o trabalho	X		X	X	
	1.7. Inadequação de competências	X				
	1.8. Objetivos irrealistas	X				
2. Condições, organização e tempo de trabalho	2.1. Condições inadequadas do ambiente de trabalho	X			X	Ter em especial consideração avaliações de risco realizadas ao nível químico, biológico, físico biomecânico, etc.
	2.2. Falta de requisitos do equipamento de trabalho				X	
	2.3. Constrangimentos no tempo de trabalho (duração, pausas e organização)	X				
	2.4. Turnos					Alguma informação pode ser retirada do registado pela empresa no Anexo 3.
	2.5. Horário noturno					
3. Contextos sócio relacionais do trabalho	3.1. Falta de suporte (ou apoio) social	X	X	X	X	
	3.2. Conflitos laborais		X			
	3.3. Relações de poder e liderança disruptivas	X				
4. Relação trabalho / vida	4.1. Conflito "trabalho-família"	X				
	4.2. Insegurança no emprego	X			X	

Anexo 5. Exemplos de instrumentos para avaliação da percepção dos trabalhadores quanto aos efeitos adversos na saúde por exposição a fatores de risco psicossocial

Categorias	INSTRUMENTO					
	Bem-Estar Psicológico Geral	Felicidade subjetiva	MHI	SF-36	EUROHIS-QOL-8	Satisfação Geral com a Vida
Saúde geral	X		X	X	X	
Saúde física	X			X	X	
Bem-estar geral	X	X	X	X	X	X
Bem-estar no trabalho	X	X	X		X	
Stress	X		X	X	X	
Stress crónico no trabalho			X			
Stress pós-traumático						
Ansiedade			X	X	X	
Depressão	X		X		X	

5.1. BEM-ESTAR PSICOLÓGICO GERAL

Escala de Dupuy -1984 (117), validada para Portugal por Espírito-Santo – 2015 (118)

Instrução: nesta escala encontrará questões acerca do seu bem-estar e de como tem passado. Para cada questão deve escolher a resposta que melhor se aplica.

Nota: todas as questões desta escala referem-se aos sintomas e sentimentos vividos durante o último mês.

1. Como se tem sentido em geral?	5. De excelente humor; 4. De muito bom humor; 3. De bom humor quase sempre;	2. Tenho altos e baixos com frequência; 1. Quase sempre de mau humor; 0. De muito mau humor.
2. Com que frequência tem doenças, indisposições, dores?	0. Todos os dias; 1. Quase todos os dias; 2. Cerca de metade do tempo;	3. De vez em quando, mas menos de metade do tempo; 4. Raramente; 5. Nunca.
3. Sente-se deprimido/a?	0. Sim, a ponto de pensar em me matar; 1. Sim, a ponto de não ligar a nada; 2. Sim, muito deprimido/a quase todos os dias;	3. Sim, bastante deprimido/a muitas vezes; 4. Sim, um pouco deprimido/a de vez em quando; 5. Não, nunca me senti deprimido/a.
4. Tem tido controlo firme do seu comportamento, pensamentos, emoções ou sentimentos?	5. Sim, claramente; 4. Sim, quase sempre; 3. Geralmente;	2. Não muito bem; 1. Não e estou de certo modo perturbado/a; 0. Não e estou muito perturbado/a.
5. Tem sido incomodado/a pelo nervosismo ou pelos seus nervos?	0. Extremamente, a ponto de não poder trabalhar ou tratar das coisas; 1. Muito; 2. Bastante;	3. Um pouco, o suficiente para me incomodar; 4. Um pouco; 5. Nada.
6. Que energia, vigor ou vitalidade teve ou sentiu?	5. Muito cheio/a de energia, cheio/a de vigor; 4. Bastante energia a maior parte do tempo; 3. O meu nível de energia variou bastante;	2. Geralmente pouca energia ou vigor; 1. Muito pouca energia ou vigor a maior parte do tempo; 0. Nenhuma energia ou vigor a maior parte do tempo.
7. Sentia-me abatido/a e melancólico/a	5. Nunca; 4. Parte do tempo; 3. Algumas vezes;	2. Bastantes vezes; 1. A maior parte do tempo; 0. Todo o tempo.
8. Esteve geralmente tenso/a ou sentia alguma tensão?	0. Sim, extremamente tenso(a) a maior parte do tempo;	3. Sentia-me um pouco tenso/a algumas vezes; 4. O meu nível de tensão era bastante baixo;

	<p>1. Sim, muito tenso(a) a maior parte do tempo;</p> <p>2. Geralmente não tenso/a, mas sentia-me bastante tenso/a algumas vezes;</p>	<p>5. Nunca me senti tenso(a).</p>
9. Que felicidade, satisfação ou prazer tem tido na sua vida pessoal?	<p>5. Extremamente feliz, não poderia estar mais satisfeito/a ou contente;</p> <p>4. Muito feliz quase sempre;</p> <p>3. Geralmente satisfeito/a, contente;</p>	<p>2. Às vezes bastante feliz, às vezes bastante infeliz;</p> <p>1. Geralmente insatisfeito(a), infeliz;</p> <p>0. Muito insatisfeito/a ou infeliz a maior parte do tempo.</p>
10. Sentia-se com saúde suficiente para levar a cabo as coisas que gostaria ou tinha que fazer?	<p>5. Sim, perfeitamente;</p> <p>4. Para a maior parte do tempo;</p> <p>3. Problemas de saúde limitaram-me de certa forma;</p>	<p>2. Tinha saúde suficiente apenas para tratar de mim mesmo/a;</p> <p>1. Precisava de alguma ajuda apenas para tratar de mim;</p> <p>0. Precisava de alguém para me ajudar na maior parte de todas as coisas que tinha que fazer</p>
11. Já se sentiu triste, desencorajado/a, desesperado/a ou teve tantos problemas que se questionou se haveria alguma coisa que valesse a pena?	<p>0. Extremamente, a ponto de quase desistir;</p> <p>1. Muitíssimo;</p> <p>2. Bastante;</p>	<p>3. Bastante, o suficiente para me incomodar;</p> <p>4. Um pouco;</p> <p>5. Nada.</p>
12. Acordei, sentindo-me fresco/a e descansado/a	<p>0. Nunca;</p> <p>1. Poucas vezes;</p> <p>2. Algumas vezes;</p>	<p>3. Bastantes vezes;</p> <p>4. A maior parte das vezes;</p> <p>5. Sempre.</p>
13. Tem estado preocupado/a ou teve algum receio pela sua saúde?	<p>0. Muitíssimo;</p> <p>1. Muito;</p> <p>2. Um pouco;</p>	<p>3. Um pouco, mas não muito;</p> <p>4. Praticamente nunca;</p> <p>5. Nunca.</p>
14. Teve algum motivo para recear perder o juízo, ou perder o controlo no modo de agir, falar, sentir ou da memória?	<p>5. Não;</p> <p>4. Só um pouco;</p> <p>3. Um pouco, mas não o suficiente para me preocupar;</p>	<p>2. Um pouco e tenho estado um pouco preocupado/a;</p> <p>1. Um pouco e estou bastante preocupado/a;</p> <p>0. Sim, muito e estou muito preocupado/a.</p>
15. A minha vida diária estava cheia de coisas interessantes para mim.	<p>0. Nunca;</p> <p>1. Um pouco;</p> <p>2. Parte do tempo;</p>	<p>3. Bastante;</p> <p>4. A maior parte do tempo;</p> <p>5. Sempre.</p>
16. Sentia-se ativo/a, vigoroso/a, ou triste e indolente?	<p>5. Muito ativo/a, vigoroso/a - todos os dias;</p> <p>4. Quase sempre ativo/a, vigoroso/a - nunca triste, indolente;</p> <p>3. Bastante ativo/a, vigoroso/a - raramente triste, indolente;</p>	<p>2. Bastante triste, indolente - raramente ativo/a, vigoroso/a;</p> <p>1. Quase sempre triste, indolente - nunca verdadeiramente ativo/a, vigoroso/a;</p> <p>0. Muito triste, indolente todos os dias.</p>
17. Tem-se sentido ansioso/a, preocupado/a ou aborrecido/a?	<p>0. Muitíssimo, a ponto de ficar doente ou quase doente;</p> <p>1. Muito;</p> <p>2. Bastante;</p>	<p>3. Às vezes, o suficiente para me incomodar;</p> <p>4. Um pouco;</p> <p>5. Nada.</p>
18. Eu estava emocionalmente estável e seguro/a de mim mesmo/a	<p>0. Nunca;</p> <p>1. Um pouco;</p> <p>2. Algumas vezes;</p>	<p>3. Bastantes vezes;</p> <p>4. A maior parte do tempo;</p> <p>5. Todo o tempo.</p>
19. Sentia-se relaxado/a e à-vontade ou nervoso/a, apertado/a, fechado/a?	<p>5. Sentia-se relaxado/a e à-vontade todo o mês;</p> <p>4. Sentia-se relaxado/a e à-vontade a maior parte do tempo;</p> <p>3. Geralmente sentia-se relaxado/a, mas às vezes bastante nervoso/a;</p>	<p>2. Geralmente sentia-se nervoso/a, mas às vezes bastante relaxado;</p> <p>1. Sentia-se nervoso/a, apertado/a ou fechado/a a maior parte do tempo;</p> <p>0. Sentia-se nervoso/a, apertado/a, fechado/a durante todo o mês.</p>
20. Sentia-me alegre, jovial	<p>0. Nunca;</p> <p>1. Parte do tempo;</p> <p>2. Algumas vezes;</p>	<p>3. Bastantes vezes;</p> <p>4. A maior parte do tempo;</p> <p>5. Todo o tempo.</p>
21. Sentia-me cansado/a, esgotado/a ou exausto/a	<p>5. Nunca;</p> <p>4. Parte do tempo;</p> <p>3. Algumas vezes;</p>	<p>2. Bastantes vezes;</p> <p>1. A maior parte do tempo;</p> <p>0. Todo o tempo.</p>
22. Tem estado ou sentiu que estava debaixo de esforço, stress ou tensão?	<p>0. Sim, quase mais do que eu poderia suportar;</p> <p>1. Sim, bastante tensão;</p> <p>2. Sim, alguma, mais do que o normal;</p>	<p>3. Sim, alguma, mas quase o normal;</p> <p>4. Sim, um pouco;</p> <p>5. Não, nada.</p>

5.2. Escala da FELICIDADE SUBJETIVA

Escala de Lyubomirsky & Lepper – 1999 (119), versão portuguesa Pais-Ribeiro – 2012 (120)

Para cada uma das questões e/ou afirmações seguintes, por favor assinale na escala, entre 1 e 7, a que parece que melhor o/a descreve.

1. Em geral, considero-me:

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Uma pessoa que não é muito feliz *Uma pessoa muito feliz*

2. Comparativamente com as outras pessoas como eu, considero-me:

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Menos feliz *Mais feliz*

3. Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Elas gozam a vida apesar do que se passa à volta delas, conseguindo o melhor do que está disponível. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

De modo nenhum *Em grande parte*

4. Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

De modo nenhum *Em grande parte*

5.3. MENTAL HEALTH INVENTORY (MHI)

Veit & Ware – 1983 (121), versão portuguesa de Pais-Ribeiro – 2001 (122)

Abaixo vai encontrar um conjunto de questões acerca do modo como se sente no dia a dia. responda a cada uma delas assinalando num dos retângulos por baixo a resposta que melhor se aplica a si.

1- Quanto feliz e satisfeito você tem estado com a sua vida pessoal?

<i>extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita</i>	<i>muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo</i>	<i>geralmente satisfeito e feliz</i>	<i>por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz</i>	<i>geralmente insatisfeito, infeliz</i>	<i>muito insatisfeito, e infeliz a maior parte do tempo</i>
---	--	--------------------------------------	--	---	---

2- Durante quanto tempo se sentiu só no passado mês?

<i>sempre</i>	<i>quase sempre</i>	<i>a maior parte do tempo</i>	<i>durante algum tempo</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	---------------------	-------------------------------	----------------------------	--------------------	--------------

3- Com que frequência se sentiu nervoso ou apreensivo perante coisas que aconteceram, ou perante situações inesperadas, no último mês?

<i>sempre</i>	<i>com muita frequência</i>	<i>frequentemente</i>	<i>com pouca frequência</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------------------	--------------------	--------------

4- Durante o mês passado com que frequência sentiu que tinha um futuro promissor e cheio de esperança?

<i>sempre</i>	<i>com muita frequência</i>	<i>frequentemente</i>	<i>com pouca frequência</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------------------	--------------------	--------------

5- Com que frequência, durante o último mês, sentiu que a sua vida no dia a dia estava cheia de coisas interessantes?

<i>sempre</i>	<i>com muita frequência</i>	<i>frequentemente</i>	<i>com pouca frequência</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------------------	--------------------	--------------

6- Com que frequência, durante o último mês, se sentiu relaxado e sem tensão?

<i>sempre</i>	<i>com muita frequência</i>	<i>frequentemente</i>	<i>com pouca frequência</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------------------	--------------------	--------------

7- Durante o último mês, com que frequência sentiu prazer nas coisas que fazia?

<i>sempre</i>	<i>com muita frequência</i>	<i>frequentemente</i>	<i>com pouca frequência</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------------------	--------------------	--------------

8- Durante o último mês, teve alguma vez razão para se questionar se estaria a perder a cabeça, ou a perder o controlo sobre os seus atos, as suas palavras, os seus, pensamentos, sentimentos ou memória?

<i>não, nunca</i>	<i>talvez um pouco</i>	<i>sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso</i>	<i>sim, e fiquei um bocado preocupado</i>	<i>sim, e isso preocupa-me</i>	<i>sim, e estou muito preocupado com isso</i>
-------------------	------------------------	---	---	--------------------------------	---

9- Sentiu-se deprimido durante o último mês?

<i>sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias</i>	<i>sim, muito deprimido quase todos os dias</i>	<i>sim, deprimido muitas vezes</i>	<i>sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido</i>	<i>não, nunca me sinto deprimido</i>
---	---	------------------------------------	---	--------------------------------------

10- Durante o último mês, quantas vezes se sentiu amado e querido?

<i>sempre</i>	<i>quase sempre</i>	<i>a maior parte das vezes</i>	<i>algumas vezes</i>	<i>muito poucas vezes</i>	<i>nunca</i>
---------------	---------------------	--------------------------------	----------------------	---------------------------	--------------

11- Durante quanto tempo, no mês passado se sentiu muito nervoso?

<i>sempre</i>	<i>quase sempre</i>	<i>a maior parte do tempo</i>	<i>durante algum tempo</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	---------------------	-------------------------------	----------------------------	--------------------	--------------

12- Durante o último mês, com que frequência esperava ter um dia interessante ao levantar-se?

<i>sempre</i>	<i>com muita frequência</i>	<i>frequentemente</i>	<i>com pouca frequência</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------------------	--------------------	--------------

13- No último mês, durante quanto tempo se sentiu tenso e irritado?

<i>sempre</i>	<i>quase sempre</i>	<i>a maior parte do tempo</i>	<i>durante algum tempo</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	---------------------	-------------------------------	----------------------------	--------------------	--------------

14- Durante o último mês sentiu que controlava perfeitamente o seu comportamento, pensamento, emoções e sentimentos?

<i>sim, completamente</i>	<i>sim, geralmente</i>	<i>sim, penso que sim</i>	<i>não muito bem</i>	<i>não e ando um pouco perturbado por isso</i>	<i>não, e ando muito perturbado por isso</i>
---------------------------	------------------------	---------------------------	----------------------	--	--

15- Durante o último mês, com que frequência sentiu as mãos a tremer quando fazia alguma coisa?

<i>sempre</i>	<i>com muita frequência</i>	<i>frequentemente</i>	<i>com pouca frequência</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------------------	--------------------	--------------

16- Durante o último mês, com que frequência sentiu que não tinha futuro, que não tinha para onde orientar a sua vida?

<i>sempre</i>	<i>com muita frequência</i>	<i>frequentemente</i>	<i>com pouca frequência</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------------------	--------------------	--------------

17- Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu calmo e em paz?

<i>sempre</i>	<i>quase sempre</i>	<i>a maior parte do tempo</i>	<i>durante algum tempo</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	---------------------	-------------------------------	----------------------------	--------------------	--------------

18- Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu emocionalmente estável?

<i>sempre</i>	<i>quase sempre</i>	<i>a maior parte do tempo</i>	<i>durante algum tempo</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	---------------------	-------------------------------	----------------------------	--------------------	--------------

19- Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu triste e em baixo?

<i>sempre</i>	<i>quase sempre</i>	<i>a maior parte do tempo</i>	<i>durante algum tempo</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	---------------------	-------------------------------	----------------------------	--------------------	--------------

20- Com que frequência, no mês passado se sentiu como se fosse chorar?

<i>sempre</i>	<i>com muita frequência</i>	<i>frequentemente</i>	<i>com pouca frequência</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------------------	--------------------	--------------

21- Durante o último mês, com que frequência você sentiu que as outras pessoas se sentiriam melhor se você não existisse?

<i>sempre</i>	<i>com muita frequência</i>	<i>frequentemente</i>	<i>com pouca frequência</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------------------	--------------------	--------------

22- Quanto tempo, durante o último mês, se sentiu capaz de relaxar sem dificuldade?

<i>sempre</i>	<i>quase sempre</i>	<i>a maior parte do tempo</i>	<i>durante algum tempo</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	---------------------	-------------------------------	----------------------------	--------------------	--------------

23- No último mês, durante quanto tempo sentiu que as suas relações amorosas eram total ou completamente satisfatórias?

<i>sempre</i>	<i>quase sempre</i>	<i>a maior parte do tempo</i>	<i>durante algum tempo</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	---------------------	-------------------------------	----------------------------	--------------------	--------------

24- Com que frequência, durante o último mês, sentiu que tudo acontecia ao contrário do que desejava?

<i>sempre</i>	<i>com muita frequência</i>	<i>frequentemente</i>	<i>com pouca frequência</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------------------	--------------------	--------------

25- Durante o último mês, quão incomodado é que você se sentiu devido ao nervoso?

<i>extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia</i>	<i>muito incomodado</i>	<i>um pouco incomodado pelos meus nervos</i>	<i>algo incomodado, o suficiente para que desse por isso</i>	<i>apenas de forma muito ligeira</i>	<i>nada incomodado</i>
--	-------------------------	--	--	--------------------------------------	------------------------

26- No mês que passou, durante quanto tempo sentiu que a sua vida era uma aventura maravilhosa?

<i>sempre</i>	<i>quase sempre</i>	<i>a maior parte do tempo</i>	<i>durante algum tempo</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	---------------------	-------------------------------	----------------------------	--------------------	--------------

27- Durante quanto tempo, durante o mês que passou, se sentiu triste e em baixo, de tal modo que nada o conseguia animar?

<i>sempre</i>	<i>com muita frequência</i>	<i>frequentemente</i>	<i>com pouca frequência</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------------------	--------------------	--------------

28- Durante o último mês, alguma vez pensou em acabar com a vida?

<i>sim, muitas vezes</i>	<i>sim, algumas vezes</i>	<i>sim, umas poucas de vezes</i>	<i>sim, uma vez</i>	<i>não, nunca</i>
--------------------------	---------------------------	----------------------------------	---------------------	-------------------

29- No último mês, durante quanto tempo se sentiu, cansado inquieto e impaciente?

<i>sempre</i>	<i>quase sempre</i>	<i>a maior parte do tempo</i>	<i>durante algum tempo</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	---------------------	-------------------------------	----------------------------	--------------------	--------------

30- No último mês, durante quanto tempo se sentiu rabugento ou de mau humor?

<i>sempre</i>	<i>quase sempre</i>	<i>a maior parte do tempo</i>	<i>durante algum tempo</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	---------------------	-------------------------------	----------------------------	--------------------	--------------

31- Durante quanto tempo, no último mês, se sentiu alegre, animado e bem disposto?

<i>sempre</i>	<i>quase sempre</i>	<i>a maior parte do tempo</i>	<i>durante algum tempo</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	---------------------	-------------------------------	----------------------------	--------------------	--------------

32 - Durante o último mês, com que frequência se sentiu confuso ou perturbado?

<i>sempre</i>	<i>com muita frequência</i>	<i>frequentemente</i>	<i>com pouca frequência</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------------------	--------------------	--------------

33- Durante o último mês sentiu-se ansioso ou preocupado?

<i>sim, extremamente, ao pouco de ficar doente ou quase</i>	<i>sim, muito</i>	<i>sim, um pouco</i>	<i>sim, o suficiente para me incomodar</i>	<i>sim, de forma muito ligeira</i>	<i>não, de maneira nenhuma</i>
---	-------------------	----------------------	--	------------------------------------	--------------------------------

34- No o último mês durante quanto tempo se sentiu uma pessoa feliz?

<i>sempre</i>	<i>quase sempre</i>	<i>a maior parte do tempo</i>	<i>durante algum tempo</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	---------------------	-------------------------------	----------------------------	--------------------	--------------

35- Com que frequência durante o último mês, se sentiu com dificuldade em se manter calmo?

<i>sempre</i>	<i>com muita frequência</i>	<i>frequentemente</i>	<i>com pouca frequência</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
---------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------------------	--------------------	--------------

36- No último mês, durante quanto tempo se sentiu espiritualmente em baixo?

<i>sempre</i>	<i>quase sempre</i>	<i>uma boa parte do tempo</i>	<i>durante algum tempo</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca acordo com a sensação de descansado</i>
---------------	---------------------	-------------------------------	----------------------------	--------------------	--

37- Com que frequência durante o último mês, acordou de manhã sentindo-se fresco e repousado?

<i>sempre, todos os dias</i>	<i>quase todos os dias</i>	<i>frequentemente</i>	<i>algumas vezes, mas normalmente não</i>	<i>quase nunca</i>	<i>nunca</i>
------------------------------	----------------------------	-----------------------	---	--------------------	--------------

38- Durante o último mês, esteve, ou sentiu-se debaixo de grande pressão ou stress?

<i>sim, quase a ultrapassar os meus limites</i>	<i>sim, muita pressão</i>	<i>sim, alguma, mais do que o costume</i>	<i>sim, alguma, como de costume</i>	<i>sim, um pouco</i>	<i>não, nenhuma</i>
---	---------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------

5.4. PERCEÇÃO GERAL DE SAÚDE (SF-36)

Escala de Ware – 1976 (123), validada para Portugal por Ferreira – 1998 (124)

Por favor, leia cada uma das frases e depois desenhe um círculo à volta de um dos números de cada linha, para indicar se a frase é verdadeira ou falsa para si. Não existem respostas certas ou erradas. Se a frase for completamente verdadeira, assinale um círculo à volta do número correspondente. Se a frase for verdadeira, assinale um círculo à volta do número correspondente. Se não souber se a frase é verdadeira ou falsa, assinale um círculo à volta do número correspondente. Se a frase for falsa, assinale um círculo à volta do número correspondente. Se a frase for completamente falsa, assinale um círculo à volta do número correspondente. Algumas das afirmações podem parecer iguais. Mas cada uma é diferente e deve ser classificada por si própria.

	1	2	3	4	5
1. De acordo com os médicos por mim consultados, a minha saúde está agora excelente.					
2. Tento evitar que a doença interfira na minha vida.					
3. Parece que adoço mais facilmente do que as outras pessoas.					
4. Sinto-me melhor agora do que alguma vez me senti.					
5. Provavelmente, no futuro, ficarei doente muitas vezes.					
6. Nunca me preocupo com a minha saúde.					
7. A maioria das pessoas adoce mais facilmente do que eu.					
8. Não gosto de ir ao médico.					
9. Estou um pouco doente.					
10. No futuro, espero ter mais saúde do que outras pessoas que conheço.					
11. Uma vez estive tão doente que pensei que morreria.					
12. Não sou tão saudável agora, como já fui.					
13. Preocupo-me mais com a minha saúde do que os outros com a saúde deles.					
14. Quando estou doente, tento continuar como de costume.					
15. O meu corpo parece resistir muito bem à doença.					
16. Ficar doente, de vez em quando, faz parte da minha vida.					
17. Sou mais saudável do que qualquer outra pessoa que conheço.					
18. Penso que a minha saúde no futuro será pior do que é agora.					
19. Nunca tive uma doença que durasse muito tempo.					
20. Os outros parecem mais preocupados com a saúde deles do que eu com a minha.					
21. Quando estou doente, tento guardar isso para mim.					
22. A minha saúde é excelente.					
23. Espero ter uma vida com muita saúde.					
24. A minha saúde é uma preocupação na minha vida.					
25. Às vezes, sinto que vou adoecer.					
26. Ultimamente, tenho-me sentido mal.					
27. Não me incomoda ir ao médico.					
28. Nunca estive seriamente doente.					
29. Quando alguma coisa está para acontecer, geralmente apercebo-me.					
30. Os médicos dizem que, agora, tenho pouca saúde.					

	1	2	3	4	5
31. Quando me sinto a adoecer, luto contra isso.					
32. Sinto-me tão bem agora como sempre me tenho sentido.					
33. Durante os últimos três meses, quanto é que a sua saúde o preocupou ou aborreceu?					

Escala de resposta: 5 pontos / 1- Completamente Falsa; 2 - Falsa; 3 - Não sei; 4 - Verdadeira; 5 - Completamente verdadeira.

5.5. QUALIDADE DE VIDA DA OMS (EUROHIS-QOL-8)

Power – 2003 (125), versão Portuguesa de Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. – 2011 (126)

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas.

<p>1. Como avalia a sua qualidade de vida?</p> <p><input type="checkbox"/> Muito má</p> <p><input type="checkbox"/> Má</p> <p><input type="checkbox"/> Nem boa nem má</p> <p><input type="checkbox"/> Boa</p> <p><input type="checkbox"/> Muito boa</p>	<p>2. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> Muito insatisfeito(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Insatisfeito(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Satisfeito(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Muito satisfeito(a)</p>
<p>3. Tem energia suficiente para a sua vida diária?</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> <p><input type="checkbox"/> Pouco</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante</p> <p><input type="checkbox"/> Completamente</p>	<p>4. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?</p> <p><input type="checkbox"/> Muito insatisfeito(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Insatisfeito(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Satisfeito(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Muito satisfeito(a)</p>
<p>5. Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> Muito insatisfeito(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Insatisfeito(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Satisfeito(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Muito satisfeito(a)</p>	<p>6. Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?</p> <p><input type="checkbox"/> Muito insatisfeito(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Insatisfeito(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Satisfeito(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Muito satisfeito(a)</p>
<p>7. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?</p> <p><input type="checkbox"/> Nada</p> <p><input type="checkbox"/> Pouco</p> <p><input type="checkbox"/> Moderadamente</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante</p> <p><input type="checkbox"/> Completamente</p>	<p>8. Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?</p> <p><input type="checkbox"/> Muito insatisfeito(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Insatisfeito(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Satisfeito(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Muito satisfeito(a)</p>

5.6. SATISFAÇÃO GERAL COM A VIDA

Escala de Diener, Emmons, Larsen & Griffin – 1985 (127), versão portuguesa de Simões – 1992 (128)

	1	2	3	4	5	6	7
1. De muitas formas a minha vida está próxima do meu ideal.							
2. As minhas condições de vida são excelentes.							
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.							
4. Até agora tenho conseguido as coisas importantes que eu quero na vida.							
5. Se pudesse viver a minha vida novamente, não mudaria quase nada.							

Escala de resposta: de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente).

Anexo 6. Modelo de registo da avaliação do ambiente psicossocial

	I. Foi avaliado?			II. Se sim no número anterior, indique:						
	N/A	Não	Sim	Metodologia(s)/ Instrumento(s) de avaliação	Data ou período de avaliação	População avaliada	Avaliação do risco psicossocial			
							Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
FACTOR DE RISCO PSICOSSOCIAL										
1. Natureza, conteúdo e carga de trabalho										
1.1. Monotonia do trabalho										
1.2. Repetitividade de tarefas										
1.3. Intensidade do ritmo trabalho										
1.4. Carga de trabalho										
1.5. Exigência do trabalho										
1.6. Inadequação da autonomia ou controlo sobre o trabalho										
1.7. Inadequação de competências										
1.8. Objetivos irrealistas										
2. Condições, organização e tempo de trabalho										
2.1. Condições inadequadas do ambiente de trabalho										
2.2. Falta de requisitos do equipamento de trabalho										
2.3. Constrangimentos no tempo de trabalho (duração, pausas e organização)										
2.4. Turnos										
2.5. Horário noturno										
3. Contextos sócio relacionais do trabalho										
3.1. Falta de suporte social										
3.2. Conflitos laborais										
3.3. Relações de poder e liderança disruptivas										
4. Relação trabalho / vida										
4.1. Conflito "trabalho-família"										
4.2. Insegurança no emprego										

Ocorrências críticas

Âmbito da avaliação	Metodologia(s)/ Instrumento(s) de avaliação	Data ou período de avaliação	População avaliada	Principais conclusões
Assédio				
Violência				
Acontecimentos de emergência ou catástrofe				

Outras avaliações realizadas, incluindo sobre a perceção dos efeitos adversos na saúde:

Âmbito da avaliação	Metodologia(s)/ Instrumento(s) de avaliação	Data ou período de avaliação	População avaliada	Principais conclusões

(acrescentar as linhas necessárias à tabela)

MEDIDAS DE PREVENÇÃO RECOMENDADAS DE ÂMBITO GERAL

FACTOR DE RISCO PSICOSSOCIAL	MEDIDAS DE PREVENÇÃO RECOMENDADAS
1. Natureza, conteúdo e carga de trabalho	
1.1. <i>Monotonia do trabalho</i>	
1.2. <i>Repetitividade de tarefas</i>	
1.3. <i>Intensidade do ritmo trabalho</i>	
1.4. <i>Carga de trabalho</i>	
1.5. <i>Exigência do trabalho</i>	
1.6. <i>Inadequação da autonomia ou controlo sobre o trabalho</i>	
1.7. <i>Inadequação de competências</i>	
1.8. <i>Objetivos irrealistas</i>	
2. Condições, organização e tempo de trabalho	
2.1. <i>Condições inadequadas do ambiente de trabalho</i>	
2.2. <i>Falta de requisitos do equipamento de trabalho</i>	
2.3. <i>Constrangimentos no tempo de trabalho (duração, pausas e organização)</i>	
2.4. <i>Turnos</i>	
2.5. <i>Horário noturno</i>	
3. Contextos sócio relacionais do trabalho	
3.1. <i>Falta de suporte social</i>	
3.2. <i>Conflitos laborais</i>	
3.3. <i>Relações de poder e liderança disruptivas</i>	
4. Relação trabalho / vida	
4.1. <i>Conflito "trabalho-família"</i>	
4.2. <i>Insegurança no emprego</i>	
OCORRÊNCIAS CRÍTICAS	
Assédio	
Violência (interpessoal)	
Acontecimentos de emergência ou catástrofe	
OUTROS ASPETOS	

(acrescentar as linhas necessárias à tabela)

Nome dos avaliadores	Título profissional dos avaliadores	Data de preenchimento

(acrescentar as linhas necessárias à tabela)

Anexo 7. Exemplos de instrumentos para avaliação de hábitos e estilos de vida

7.1. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test

Fonte: *Versão original (144) e versão portuguesa (145)*

No caso de autopreenchimento, para cada questão, circunde o número que melhor corresponda à sua situação.

Questão a colocar	Resposta e Pontuação
1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?	0 = nunca; 1 = uma vez por mês ou menos; 2 = duas a quatro vezes por mês; 3 = duas a três vezes por semana; 4 = quatro ou mais vezes por semana.
2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?	0 = uma ou duas; 1 = três ou quatro; 2 = cinco ou seis; 3 = de sete a nove; 4 = dez ou mais.
3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?	0 = nunca; 1 = menos de uma vez por mês; 2 = pelo menos uma vez por mês; 3 = pelo menos uma vez por semana; 4 = diariamente ou quase diariamente.
4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?	0 = nunca; 1 = menos de uma vez por mês; 2 = pelo menos uma vez por mês; 3 = pelo menos uma vez por semana; 4 = diariamente ou quase diariamente.
5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exige, por ter bebido?	0 = nunca; 1 = menos de uma vez por mês; 2 = pelo menos uma vez por mês; 3 = pelo menos uma vez por semana; 4 = diariamente ou quase diariamente.
6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?	0 = nunca; 1 = menos de uma vez por mês; 2 = pelo menos uma vez por mês; 3 = pelo menos uma vez por semana; 4 = diariamente ou quase diariamente.
7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?	0 = nunca; 1 = menos de uma vez por mês; 2 = pelo menos uma vez por mês; 3 = pelo menos uma vez por semana; 4 = diariamente ou quase diariamente.
8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?	0 = nunca; 1 = menos de uma vez por mês; 2 = pelo menos uma vez por mês; 3 = pelo menos uma vez por semana; 4 = diariamente ou quase diariamente.
9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?	0 = não; 2 = sim, mas não nos últimos 12 meses; 4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses.
10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?	0 = não; 2 = sim, mas não nos últimos 12 meses; 4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses.

Pontuação do AUDIT e proposta de intervenção

PONTUAÇÃO AUDIT	INTERVENÇÃO
0-7	Educação e informação sobre risco
8-15 (risco)	Aconselhamento simples
16-19 (nocivo)	Intervenção breve + seguimento
20-40 (dependência)	Referenciar para tratamento Serviços especializados em dependências

AUDIT-C: The Alcohol Use Disorders Identification Test

Fonte: *Versão original* (160) e *versão portuguesa* (145)

Questão	0	1	2	3	4
1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?	<i>Nunca</i>	<i>1 vez por mês ou menos</i>	<i>2 a 4 vezes por mês</i>	<i>2 a 3 vezes por semana</i>	<i>4 ou mais por semana</i>
2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?	<i>1 ou 2</i>	<i>3 ou 4</i>	<i>5 ou 6</i>	<i>7 ou 9</i>	<i>10 ou mais</i>
3. Com que frequência consome 6 bebidas ou mais numa única ocasião?	<i>Nunca</i>	<i>1 vez por mês ou menos</i>	<i>2 a 4 vezes por mês</i>	<i>2 a 3 vezes por semana</i>	<i>4 ou mais por semana</i>
Total =					

NOTA: As perguntas têm uma cotação entre 0 e 4 pontos. Os resultados expressam-se em valores entre 0 e 12. O score máximo é 12 e acima de 4 (maior ou igual a 5) no homem e acima de 3 (maior ou igual a 4) na mulher existe consumo excessivo. No entanto, quando o score obtido decorre exclusivamente da resposta à pergunta 1, com pontuação nula nas restantes perguntas, pode assumir-se que os consumos estão dentro de valores aceitáveis, sugerindo-se a repetição do teste para confirmação, em consultas subsequentes. Usualmente, quanto maior o score, maior a probabilidade de existirem consumos de álcool acima do recomendado.

7.2. Fagerström Test for Nicotine Dependence

Fonte: *Versão original* (146) e *versão portuguesa adaptada* (147)

Questão a colocar	Opções de resposta	Pontuação da resposta
1. Após acordar, quando é que fuma o 1º cigarro?	<i>Nos primeiros 5 minutos</i> <i>Após 6 - 30 minutos</i> <i>Após 31 - 60 minutos</i> <i>Após > 60 minutos</i>	<i>3</i> <i>2</i> <i>1</i> <i>0</i>
2. É difícil para si não fumar em espaços onde é proibido fumar (cinemas, viagens de avião, etc.)?	<i>Sim</i> <i>Não</i>	<i>1</i> <i>0</i>
3. Qual o cigarro que teria mais dificuldade em abandonar?	<i>O primeiro da manhã</i> <i>outros</i>	<i>1</i> <i>0</i>
4. Quantos cigarros fuma por dia?	<i>< = 10</i> <i>11 - 20</i> <i>21 - 30</i> <i>> 31</i>	<i>0</i> <i>1</i> <i>2</i> <i>3</i>
5. Fuma mais frequentemente nas primeiras horas após acordar do que no resto do dia?	<i>Sim</i> <i>Não</i>	<i>1</i> <i>0</i>
6. Fuma, mesmo quando está doente e acamado?	<i>Sim</i> <i>Não</i>	<i>1</i> <i>0</i>
7. Após acordar, quando é que fuma o 1º cigarro?	<i>Nos primeiros 5 minutos</i> <i>Após 6 - 30 minutos</i> <i>Após 31 - 60 minutos</i> <i>Após > 60 minutos</i>	<i>3</i> <i>2</i> <i>1</i> <i>0</i>
8. É difícil para si não fumar em espaços onde é proibido fumar (cinemas, viagens de avião, etc.)?	<i>Sim</i> <i>Não</i>	<i>1</i> <i>0</i>
9. Qual o cigarro que teria mais dificuldade em abandonar?	<i>O primeiro da manhã</i> <i>outros</i>	<i>1</i> <i>0</i>
10. Quantos cigarros fuma por dia?	<i>< = 10</i> <i>11 - 20</i> <i>21 - 30</i> <i>> 31</i>	<i>0</i> <i>1</i> <i>2</i> <i>3</i>
11. Fuma mais frequentemente nas primeiras horas após acordar do que no resto do dia?	<i>Sim</i> <i>Não</i>	<i>1</i> <i>0</i>
12. Fuma, mesmo quando está doente e acamado?	<i>Sim</i> <i>Não</i>	<i>1</i> <i>0</i>

NOTA: A pontuação máxima é de 10. Os fumadores que obtenham uma pontuação de 6, ou mais, podem considerar-se muito dependentes. Os que obtenham uma pontuação inferior a 6, pouco dependentes.

7.3. Richmond Test for predicting abstention following intervention to stop smoking

Fonte: *Versão original (148) e versão portuguesa adaptada (147)*

A motivação para parar de fumar resulta da conjugação de dois fatores: a importância atribuída à mudança de comportamento e a perceção sobre a capacidade para mudar (autoconfiança ou autoeficácia). A avaliação da importância e da confiança pode ser efetuada com o auxílio de uma escala analógica, de 1 a 10.

Questão a colocar	Opções de resposta	Pontuação da resposta
Gostaria de deixar de fumar se o pudesse fazer facilmente?	Não Sim	0 1
Tem realmente vontade de deixar de fumar?	Nenhuma Pouca Alguma Muita	0 1 2 3
Acredita que conseguirá deixar de fumar nas próximas 2 semanas?	Não Talvez Provavelmente De certeza	0 1 2 3
Pensa que será ex-fumador(a) dentro de 6 meses?	Difícilmente Pode ser Provavelmente De certeza	0 1 2 3

NOTA: Pontuação máxima de 10. Motivação baixa se pontuação total de 0-6 pontos; Motivação moderada se 7-9 pontos; Motivação elevada se 10 pontos.

7.4. Questionário STOP-BANG

Fonte: *Versão original (149) e versão portuguesa adaptada (150)*

- **reSsonar?** **Ressona alto** (alto o bastante para ser ouvido através de portas fechadas ou seu o parceiro sente-se incomodado por rressonar à noite)? () Sim () Não
- **faTigado?** Sente-se frequentemente **cansado, fatigado ou sonolento** durante o dia (por exemplo, adormecendo enquanto conduz)? () Sim () Não
- **Observado?** Alguém já o **observou a parar de respirar ou a engasgar/sufocar** durante o sono? () Sim () Não
- **hiPertensão?** Tem ou está sendo tratado a **hipertensão arterial**? () Sim () Não
- **oBesidade** com índice de massa corporal (IMC) maior que 35 kg/m²? **Índice de massa corporal (IMC) maior que 35 kg/m²?** () Sim () Não
- **idAde?** **Idade superior a 50 anos?** () Sim () Não
- **circuNferência** do pescoço (medida na altura do "pomo-de-adão") Para homens: circunferência cervical, ≥ 43 cm. Para mulheres: circunferência cervical ≥ 41 cm () Sim () Não
- **Género masculino?** () Sim () Não

Critérios de pontuação para a população em geral:

Baixo risco de apneia obstrutiva do sono (AOS): Sim para 0-2 questões

Risco intermédio de AOS: Sim para 3-4 questões

Alto risco de AOS: Sim para 5-8 questões

ou "Sim" para 2 ou mais das 4 questões iniciais (STOP) + género masculino

ou "Sim" para 2 ou mais das 4 questões iniciais (STOP) + IMC > 35 kg/m²

ou "Sim" para 2 ou mais das 4 questões iniciais (STOP) + circunferência cervical ≥ 43 cm para homens

ou ≥ 41 cm para mulheres.

7.5. PSQI - Índice de qualidade do sono de Pittsburgh

Fonte: Versão original (151) e versão portuguesa adaptada (152)

As questões a seguir são referentes à sua qualidade de sono apenas durante o **mês passado**. As suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na **maioria** dos dias e noites do último mês. Por favor responda a todas as questões.

- 1) Durante o mês passado, a que horas se deitou à noite na maioria das vezes?
Horário de deitar: h min
- 2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer na maioria das vezes?
Minutos demorou a adormecer: min
- 3) Durante o mês passado, a que horas acordou (levantou) de manhã na maioria das vezes?
Horário de acordar: h min
- 4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu? (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama).
Horas de noite de sono: h min

Para cada uma das questões seguintes, escolha **uma única resposta**, a que lhe pareça mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

- 5) Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:
 - a) Demorar mais de 30 minutos para adormecer:
() Nunca; () Menos de 1x/semana; () 1 ou 2x/semana; () 3x/semana ou mais
 - c) Acordar ao meio da noite ou de manhã muito cedo:
() Nunca; () Menos de 1x/semana; () 1 ou 2x/semana; () 3x/semana ou mais
 - c) Levantar-se para ir à casa de banho:
() Nunca; () Menos de 1x/semana; () 1 ou 2x/semana; () 3x/semana ou mais
 - d) Ter dificuldade para respirar:
() Nunca; () Menos de 1x/semana; () 1 ou 2x/semana; () 3x/semana ou mais
 - e) Tossir ou ressonar alto:
() Nunca; () Menos de 1x/semana; () 1 ou 2x/semana; () 3x/semana ou mais
 - f) Sentir muito frio:
() Nunca; () Menos de 1x/semana; () 1 ou 2x/semana; () 3x/semana ou mais
 - g) Sentir muito calor:
() Nunca; () Menos de 1x/semana; () 1 ou 2x/semana; () 3x/semana ou mais
 - h) Ter sonhos maus ou pesadelos:
() Nunca; () Menos de 1x/semana; () 1 ou 2x/semana; () 3x/semana ou mais
 - i) Sentir dores:
() Nunca; () Menos de 1x/semana; () 1 ou 2x/semana; () 3x/semana ou mais
 - j) Outra razão (por favor, descreva): _____

Quantas vezes teve problemas para dormir por esta razão, durante o mês passado?:

() Nunca; () Menos de 1x/semana; () 1 ou 2x/semana; () 3x/semana ou mais

6) Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?

() Muito boa; () Boa; () Má; () Muito má

7) Durante o mês passado, tomou algum medicamento para dormir receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar), ou mesmo por sua iniciativa?

() Nunca; () Menos de 1x/semana; () 1 ou 2x/semana; () 3x/semana ou mais

8) Durante o mês passado, teve problemas em ficar acordado durante as refeições, ou enquanto conduzia, ou enquanto participava nalguma atividade social?

() Nunca; () Menos de 1x/semana; () 1 ou 2x/semana; () 3x/semana ou mais

9) Durante o mês passado, sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?

() Nunca; () Menos de 1x/semana; () 1 ou 2x/semana; () 3x/semana ou mais

10) Vive com um(a) companheiro(a)?

() Não; () Sim, mas noutro quarto; () Sim, no mesmo quarto, mas não na mesma cama; () Sim, na mesma cama

Se tem um(a) companheiro(a) de cama ou quarto, pergunte-lhe se, no mês passado, você:

a) Ressonou alto:

() Nunca; () Menos de 1x/semana; () 1 ou 2x/semana; () 3x/semana ou mais

b) Teve pausas longas na respiração durante o sono:

() Nunca; () Menos de 1x/semana; () 1 ou 2x/semana; () 3x/semana ou mais

c) Teve movimentos de pernas durante o sono:

() Nunca; () Menos de 1x/semana; () 1 ou 2x/semana; () 3x/semana ou mais

d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono:

() Nunca; () Menos de 1x/semana; () 1 ou 2x/semana; () 3x/semana ou mais

e) Outros sintomas na cama enquanto dorme (por favor, descreva) _____

7.6. ESS – Epworth Sleepiness Scale

Fonte: *Versão original (153) e versão portuguesa (154)*

Qual a probabilidade de dormir (passar pelas brasas) ou de adormecer — e não apenas sentir-se cansado/a — nas seguintes situações?

Este questionário refere-se ao seu modo de vida habitual nos últimos tempos. Mesmo que não tenha feito algumas destas coisas ultimamente, tente imaginar como é que elas o/a afetariam.

Use a escala que se segue para escolher o número mais apropriado para cada situação: 0 = nenhuma probabilidade de dormir 1 = ligeira probabilidade de dormir 2 = moderada probabilidade de dormir 3 = forte probabilidade de dormir

Situação	Probabilidade de dormir
Sentado(a) a ler	
A ver televisão	
Sentado(a) inativo(a) num lugar público (por exemplo, sala de espera, cinema, reunião)	
Como passageiro(a) num carro durante uma hora, sem paragem	
Deitado(a) a descansar à tarde, quando as circunstâncias o permitem	
Sentado(a) a conversar com alguém	
Sentado(a) calmamente depois de um almoço sem ter bebido álcool	
Ao volante, parado(a) no trânsito durante uns minutos	

Anexo 8. Exemplos de instrumentos para avaliação específica de problemas de saúde mental

8.1. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Fonte: *Versão original (134) e versão portuguesa (135)*

Leia cada item e coloque uma cruz na frase que mais se aproxima da forma como se tem sentido na última semana.

<p>1 (A) - Sinto-me tenso/ a ou nervoso/a: Quase sempre = 3; Muitas vezes = 2; Por vezes = 1; Nunca = 0</p>	<p>8 (D) - Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar: Quase sempre = 3; Muitas vezes = 2; Por vezes = 1; Nunca = 0</p>
<p>2 (D) - Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar: Tanto como antes = 0; Não tanto como agora = 1; Só um pouco = 2; Quase nada = 3</p>	<p>9 (A) - Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago: Nunca = 0; Por vezes = 1; Muitas vezes = 2; Quase sempre = 3</p>
<p>3 (A) - Tenho uma sensação de medo como se algo terrível estivesse para acontecer: Sim, e muito forte = 3; Sim, mas não muito forte = 2; Um pouco, mas não me aflige = 1; De modo algum = 0</p>	<p>10 (D) - Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico: Completamente = 3; Não dou a atenção que devia = 2; Talvez cuide menos que antes = 1; Tenho o mesmo interesse de sempre = 0</p>
<p>4 (D) - Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas: Tanto como antes = 0; Não tanto como antes = 1; Muito menos agora = 2; Nunca = 3</p>	<p>11 (A) - Sinto-me de tal forma inquieto (a) que não consigo estar parado/a: Muito = 3; Bastante = 2; Não muito = 1; Nada = 0</p>
<p>5 (A) - Tenho a cabeça cheia de preocupações: A maior parte do tempo = 3; Muitas vezes = 2; Por vezes = 1; Quase nunca = 0</p>	<p>12 (D) - Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro: Tanto como antes = 0; Não tanto como antes = 1; Bastante menos agora = 2; Quase nunca = 3</p>
<p>6 (D) - Sinto-me animado/a: Nunca = 3; Poucas vezes = 2; De vez em quando = 1; Quase sempre = 0</p>	<p>13 (A) - De repente tenho sensações de pânico: Muitas vezes = 3; Bastantes vezes = 2; Por vezes = 1; Nunca = 0</p>
<p>7 (A) - Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a: Quase sempre = 0; Muitas vezes = 1; Por vezes = 2; Nunca = 3</p>	<p>14 (D) - Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão: Muitas vezes = 0; De vez em quando = 1; Poucas vezes = 2; Quase nunca = 3</p>
HAD - A: _____	HAD - D: _____

Interpretação: < 7: sem sinais de perturbação; 7-10: duvidoso; > 11: com sinais de perturbação - clinicamente significativa.

8.2. Inventário de Depressão de Beck

Fonte: *Versão original (136) e versão portuguesa (137)*

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como se tem sentido esta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem aplicar-se igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

- 0 = Não me sinto triste (); 1 = Sinto-me triste (); 2 = Estou sempre triste e não consigo sair disso (); 3 = Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar ().
- 0 = Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro (); 1 = Sinto-me desanimado quanto ao futuro (); 2 = Acho que nada tenho a esperar (); 3 = Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar ().
- 0 = Não me sinto um fracasso (); 1 = Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum (); 2 = Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos (); 3 = Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso ().

4. 0 = Tenho tanto prazer em tudo como antes (); 1 = Não sinto mais prazer nas coisas como antes (); 2 = Não encontro um prazer real em mais nada (); 3 = Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo ().
5. 0 = Não me sinto especialmente culpado (); 1 = Por vezes sinto-me culpado (); 2 = Sinto-me culpado na maior parte do tempo (); 3 = Sinto-me sempre culpado ().
6. 0 = Não acho que esteja a ser castigado (); 1 = Acho que posso ser castigado (); 2 = Creio que vou ser castigado (); 3 = Acho que estou a ser castigado ().
7. 0 = Não me sinto dececionado comigo mesmo (); 1 = Estou dececionado comigo mesmo (); 2 = Estou enojado de mim (); 3 = Odeio-me ().
8. 0 = Não me sinto de qualquer modo pior que os outros (); 1 = Sou crítico em relação a mim devido às minhas fraquezas ou aos meus erros (); 2 = Culpo-me sempre por minhas falhas (); 3 = Culpo-me por tudo de mal que acontece ().
9. 0 = Não tenho quaisquer ideias de me matar (); 1 = Tenho ideias de me matar, mas não as executaria (); 2 = Gostaria de me matar (); 3 = Matar-me-ia se tivesse oportunidade ().
10. 0 = Não choro mais que o habitual (); 1 = Choro mais agora do que costumava (); 2 = Agora, choro o tempo todo (); 3 = Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira ().
11. 0 = Não me irritado agora mais do que dantes (); 1 = Fico incomodado ou irritado mais facilmente do que costumava (); 2 = Atualmente sinto-me sempre irritado (); 3 = Absolutamente não me irritado com as coisas que costumavam irritar-me ().
12. 0 = Não perdi o interesse nas outras pessoas (); 1 = Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas (); 2 = Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas (); 3 = Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas ().
13. 0 = Tomo decisões mais ou menos tão bem como dantes (); 1 = Adio as minhas decisões mais do que costumava (); 2 = Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que dantes (); 3 = Não consigo mais tomar decisões ().
14. 0 = Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser (); 1 = Preocupo-me por estar a parecer velho ou sem atrativos (); 2 = Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos (); 3 = Considero-me feio ().
15. 0 = Posso trabalhar tão bem como dantes (); 1 = Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa (); 2 = Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa (); 3 = Não consigo fazer nenhum trabalho ().
16. 0 = Durmo tão bem quanto habitualmente (); 1 = Não durmo tão bem quanto costumava (); 2 = Acordo uma ou duas horas mais cedo do que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir (); 3 = Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade em voltar a dormir ().
17. 0 = Não fico mais cansado do que habitualmente (); 1 = Fico cansado com mais facilidade do que costumava (); 2 = Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa (); 3 = Estou demasiado cansado para fazer qualquer coisa ().
18. 0 = O meu apetite não está pior do que habitualmente (); 1 = O meu apetite não é tão bom quanto costumava ser (); 2 = O meu apetite está muito pior agora (); 3 = Não tenho mais nenhum apetite ().
19. 0 = Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente (); 1 = Perdi mais de 2,5 Kg (); 2 = Perdi mais de 5,0 Kg (); 3 = Perdi mais de 7,5 Kg ().
- Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()
20. 0 = Não me preocupo mais do que habitualmente com a minha Saúde (); 1 = Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre (); 2 = Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar noutra coisa que não isso (); 3 = Estou tão preocupado com os meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa ().
21. 0 = Não tenho observado qualquer mudança recente no meu interesse sexual (); 1 = Estou menos interessado por sexo que costumava (); 2 = Estou bem menos interessado em sexo atualmente (); 3 = Perdi completamente o interesse pelo sexo ().

8.3. Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)

Fonte: Versão original (138) e versão portuguesa (139)

EADS-21 - Nome		Data ___/___/___			
Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada . Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.					
<i>A classificação é a seguinte:</i> 0- não se aplicou nada a mim; 1-aplicou-se a mim algumas vezes; 2- aplicou-se a mim de muitas vezes; 3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes.					
1	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

8.4. OLDI - Oldenburg Burnout Inventory

Fonte: Versão original (140) e versão portuguesa (141)

“Abaixo encontram-se afirmações com as quais pode, ou não, concordar em diferentes graus. Usando a escala seguinte (1 – “Discordo totalmente” a 5 – “Concordo totalmente”), indique por favor o seu grau de concordância com as 15 afirmações que se seguem.”

Item	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	
						1
Distanciamento						
Burnout	1 ^R	Encontro com frequência assuntos novos e interessantes no meu trabalho				
	3	Cada vez mais falo de forma negativa do meu trabalho				
	6	Ultimamente tenho pensado menos no meu trabalho e faço as tarefas de forma quase mecânica				
	7 ^R	Considero que o meu trabalho é um desafio positivo				
	9	Com o passar do tempo, sinto-me desligado do meu trabalho				
	11	Às vezes, sinto-me farto das minhas tarefas no trabalho				
15 ^R	Sinto-me cada vez mais empenhado no meu trabalho					
Exaustão						
2	Há dias em que me sinto cansado antes mesmo de chegar ao trabalho					

4	Depois do trabalho, preciso de mais tempo para relaxar e sentir-me melhor do que precisava antigamente	
5 ^R	Consigo aguentar bem a pressão do meu trabalho	
8	Durante o meu trabalho, muitas vezes sinto-me emocionalmente esgotado	
10 ^R	Depois do trabalho, tenho energia suficiente para minhas atividades de lazer	
12	Depois do trabalho sinto-me cansado e sem energia	
14 ^R	De uma forma geral, consigo administrar bem a quantidade de trabalho que tenho	
16 ^R	Quando trabalho, geralmente sinto-me com energia	

Nota: ^R- Itens a serem invertidos na sua cotação (1=5; 2=4;3=3;4=2;5=1).

O item 13 foi eliminado, ficando a versão com 15 itens, um a menos do que a versão de base para a adaptação. As médias, desvios-padrão e quartis para os diferentes sexos, e países (i.e., Portugal e Brasil) encontram-se no artigo (em acesso aberto): Sinal, J., Queirós, C., Pasion, S. R., & Marôco, J. (2019). Transcultural adaptation of the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) for Brazil and Portugal. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-28. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00338>

8.5. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist (PCL-5)

Fonte: *Versão original* (142) e *versão portuguesa* (143)

A lista a seguir apresenta uma série de eventos difíceis ou traumatizantes que podem acontecer com as pessoas. Para cada evento marque uma ou mais opções para indicar se: (a) o evento aconteceu diretamente com você; (1) você presenciou o evento acontecer com outra pessoa; (2) você ficou sabendo que o evento aconteceu com um membro próximo da sua família ou um amigo próximo; (3) você foi exposto ao evento como parte do seu trabalho (por exemplo, paramédico, policial, militar ou outro tipo de socorrista); (4) você não tem certeza se o evento se encaixa nas opções anteriores; ou (5) não se aplica a você.

Certifique-se de considerar a sua vida inteira (desde a infância até a idade adulta) ao responder a lista de eventos.

Evento	Aconteceu comigo	Presenciei	Fiquei sabendo	Parte do meu trabalho	Não tenho certeza	Não se aplica
1. Desastre natural (por exemplo, enchente, deslizamento de terra, desabamento).	0	1	2	3	4	5
2. Incêndio ou explosão.	0	1	2	3	4	5
3. Acidente com meio de transporte (por exemplo, acidente de carro, barco, trem, avião).	0	1	2	3	4	5
4. Acidente grave no trabalho, em casa ou durante uma atividade de lazer.	0	1	2	3	4	5
5. Exposição à substância tóxica (por exemplo, produtos químicos perigosos, radiação).	0	1	2	3	4	5
6. Agressão física (por exemplo, ser atacado fisicamente, apanhar, levar tapas, ser chutado, ser espancado).	0	1	2	3	4	5
7. Agressão com arma (por exemplo, levar um tiro, ser esfaqueado, ser ameaçado com faca, arma de fogo ou bomba).	0	1	2	3	4	5
8. Agressão sexual (estupro, tentativa de estupro, ser obrigado a fazer qualquer tipo de ato sexual à força ou sob ameaça de agressão).	0	1	2	3	4	5
9. Outras experiências sexuais indesejadas ou não consentidas.	0	1	2	3	4	5
10. Combate ou exposição a uma área de guerra ou de conflitos urbanos violentos (como militar ou como civil).	0	1	2	3	4	5
11. Ser mantido em cativeiro (por exemplo, ser raptado, sequestrado, ser mantido como refém ou prisioneiro de guerra).	0	1	2	3	4	5
12. Doença, ferimento ou lesão com risco de morte.	0	1	2	3	4	5
13. Experiência de sofrimento físico grave ou intenso.	0	1	2	3	4	5
14. Morte violenta inesperada (por exemplo, homicídio, suicídio).	0	1	2	3	4	5
15. Morte acidental inesperada.	0	1	2	3	4	5
16. Lesão grave, ferimento ou morte que você causou a alguém.	0	1	2	3	4	5
17. Qualquer outro evento ou experiência muito traumatizante.	0	1	2	3	4	5

PARTE 2:

A. Se você marcou a questão 17 da PARTE 1, cite brevemente o evento em que você estava pensando:

B. Se você vivenciou mais de um dentre os eventos listados na PARTE 1, pense sobre aquele que você considera o pior evento, ou seja, o evento que mais lhe incomoda atualmente. Se você vivenciou apenas um dos eventos descritos na PARTE 1, considere-o como sendo o pior evento. Por favor, responda às perguntas a seguir pensando no pior evento que você já vivenciou (marque todas as opções que se aplicam):

1. Descreva resumidamente o pior evento (por exemplo, o que aconteceu, quem estava envolvido, etc)

2. Há quanto tempo o evento aconteceu? _____ (Por favor, calcule o tempo aproximado se você não tiver certeza)

3. Como você vivenciou o evento?

a) *Aconteceu diretamente comigo*

b) *Eu presenciei o evento*

c) *Eu fiquei sabendo que este evento aconteceu com um membro próximo da minha família ou um amigo próximo*

d) *Eu fui repetidamente exposto a detalhes do evento como parte do meu trabalho (por exemplo, paramédico, policial, militar ou outro tipo de socorrista)*

e) *Outro, por favor, descreva: _____*

4. A vida de alguém estava em perigo?

a) *Sim, a minha vida*

b) *Sim, a vida de outra pessoa*

c) *Não*

5. Alguém ficou gravemente ferido ou morreu?

a) *Sim, eu fiquei gravemente ferido*

b) *Sim, outra pessoa ficou gravemente ferida ou morreu*

c) *Não*

6. O evento envolveu violência sexual?

a) *Sim*

b) *Não*

7. Se o evento envolveu a morte de um membro próximo da sua família ou amigo próximo, foi devido a algum tipo de acidente ou violência, ou foi devido a causas naturais?

a) *Acidente ou violência*

b) *Causas naturais*

c) *Não se aplica (o evento não envolveu a morte de um membro próximo da minha família ou amigo próximo)*

8. Quantas vezes você vivenciou um evento semelhante tão traumatizante ou quase tão traumatizante quanto o pior evento descrito?

a) *Apenas uma vez*

b) *Mais de uma vez (por favor, calcule aproximadamente o total de vezes que você teve essa experiência: ___ vezes)*

PARTE 3

A seguir é apresentada uma lista de dificuldades que as pessoas podem enfrentar após vivenciar uma experiência muito traumatizante. Mantendo o seu pior evento em mente, por favor, leia cuidadosamente cada uma das dificuldades e então circule um dos números à direita para indicar o quanto você tem se sentido incomodado por essa dificuldade no último mês.

<i>No último mês, quanto você se sentiu incomodado por:</i>	Absolutamente nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Lembranças repetidas, perturbadoras e involuntárias da experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
2. Sonhos repetidos e perturbadores referentes à experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
3. De repente, se sentir ou agir como se a experiência traumatizante estivesse realmente acontecendo de novo (como se você estivesse lá de volta revivendo a situação).	0	1	2	3	4
4. Sentir-se muito perturbado quando algo lhe faz lembrar da experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
5. Apresentar reações físicas intensas quando algo lhe faz lembrar da experiência traumatizante (por exemplo, coração bater forte, dificuldades para respirar, suor excessivo).	0	1	2	3	4
6. Evitar lembranças, pensamentos ou sentimentos relacionados à experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
7. Evitar algo ou alguém que lembre você da experiência traumatizante (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações).	0	1	2	3	4
8. Dificuldades de se lembrar de partes importantes da experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
9. Ter fortes crenças negativas sobre si mesmo, sobre outras pessoas ou sobre o mundo (por exemplo, ter pensamentos como: eu sou ruim, há algo muito errado comigo, não se pode confiar em ninguém, o mundo é um lugar muito perigoso).	0	1	2	3	4
10. Culpar a si mesmo ou a outra pessoa pela experiência traumatizante ou pelo que aconteceu depois de tal experiência.	0	1	2	3	4

11. Ter fortes sentimentos negativos, tais como medo, horror, raiva, culpa ou vergonha.	0	1	2	3	4
12. Perder o interesse em atividades que você costumava gostar.	0	1	2	3	4
13. Sentir-se distante ou isolado das outras pessoas.	0	1	2	3	4
14. Dificuldades para experimentar sentimentos positivos (por exemplo, ser incapaz de sentir felicidade ou de ter sentimentos afetuosos pelas pessoas próximas a você).	0	1	2	3	4
15. Comportamento irritável, explosões de raiva, ou agir de forma agressiva.	0	1	2	3	4
16. Arriscar-se muito ou fazer coisas que podem causar algum mal a você.	0	1	2	3	4
17. Estar "superalerta" ou hipervigilante.	0	1	2	3	4
18. Sentir-se sobressaltado ou assustar-se facilmente.	0	1	2	3	4
19. Ter dificuldades para se concentrar.	0	1	2	3	4
20. Dificuldades para "pegar no sono" ou para permanecer dormindo.	0	1	2	3	4

Anexo 9. Avaliação e gestão de quadros clínicos prioritários
*Adaptado de “Mental Health Gap Action Programme / WHO” (130) e de
“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5 / WHO”(60):*

DEPRESSÃO (130)	
Deteção/ Avaliação	<p>1. O trabalhador apresentou, durante 2 semanas, no mínimo, 2 dos sintomas característicos da depressão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humor deprimido (a maior parte do dia, quase todos os dias) - Perda do interesse ou prazer em atividades que normalmente são prazerosas - Diminuição da energia ou fadiga fácil <p>2. Durante as últimas 2 semanas o trabalhador teve no mínimo outras 3 características de depressão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Redução da capacidade de concentração e de atenção - Redução da autoestima e da autoconfiança - Ideias de culpa e de desvalia - Visão pessimista e vazia do futuro - Ideias ou atos autodestrutivos ou suicidas - Perturbação do sono - Perturbação do apetite <p>3. O trabalhador teve dificuldades para desempenhar as suas tarefas habituais de trabalho e em casa ou as suas atividades sociais?</p>
Hipótese de Diagnóstico	Se “sim” para as 3 questões anteriores, então é provável o diagnóstico de depressão moderada-grave .
Registo	A avaliação e a hipótese de diagnóstico devem ser registadas na Ficha Clínica do Trabalhador.
Atuação	<ul style="list-style-type: none"> - (Re)analisar os fatores de risco psicossocial e o nível de exposição profissional aos mesmos. - (Re)avaliar o risco de suicídio / autoagressão e possível perturbação por consumo de álcool ou de drogas. - Investigar outras doenças concomitantes, particularmente sinais e sintomas sugestivos de hipotireoidismo, anemia, cancro, hipertensão, diabetes, HIV/SIDA, obesidade ou uso de medicamentos que podem exacerbar a depressão (ex. esteroides). - Alertar o trabalhador de numa situação de urgência deverá contactar a Linha SNS24 para encaminhamento psicológico. - Avaliar cuidadosamente a necessidade de afastamento do trabalho (baixa médica) para efeitos de tratamento e recuperação. O trabalhador deve ser envolvido, quando possível, na decisão. - Acompanhar a situação de saúde do trabalhador e avaliar a sua aptidão para o trabalho. - Orientar chefias e colegas de como lidar com a depressão (sem identificar o trabalhador em questão), dado que esta doença embora não apresente lesão física evidente, é caracterizada por uma enorme angústia, que compromete a capacidade de trabalho (23). - Averiguar se existem outros casos na empresa (exposição profissional similar).
Referenciação / Sinalização	- Encaminhar o trabalhador para o respetivo médico de família, alertando para a situação clínica e para a eventual necessidade de seguimento por médico especialista.

PSICOSE (130)	
Deteção/ Avaliação	<p>1. Analisar se o trabalhador apresenta os seguintes sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discurso incoerente ou irrelevante - Delírios - Alucinações - Isolamento, agitação, comportamento desorganizado - Crença em que estão a introduzir pensamentos na sua cabeça ou a roubá-los - Isolamento social e negligência das suas responsabilidades habituais relacionadas com o trabalho ou às atividades domésticas e sociais <p>2. Questionar: quando o episódio começou, se houve episódios anteriores, pormenores de qualquer tratamento prévio ou atual</p>
Hipótese de Diagnóstico	Se houver diversos dos sintomas anteriormente indicados, é provável que seja um episódio psicótico agudo (primeiro episódio, recaída ou agravamento de sintomas psicóticos).
Registo	A avaliação e a hipótese de diagnóstico devem ser registadas na Ficha Clínica do Trabalhador.
Atuação	<ul style="list-style-type: none"> - (Re)analisar os fatores de risco psicossocial e o nível de exposição profissional aos mesmos. - Confirmar que a situação não está relacionada com o consumo de álcool ou de drogas. - (Re)avaliar o risco de suicídio / autoagressão. - Investigar outras doenças concomitantes, particularmente sinais e sintomas sugestivos de acidente vascular cerebral, diabetes, hipertensão, HIV/SIDA, malária cerebral, ou uso de medicamentos (ex. esteróides). - Alertar o trabalhador de que numa situação de urgência deverá contactar a Linha SNS24 para encaminhamento psicológico.
Referenciação / Sinalização	- Encaminhar o trabalhador para o respetivo médico de família, alertando para a situação clínica e para a eventual necessidade de seguimento por médico especialista.

PERTURBAÇÃO BIPOLAR (130)	
Deteção/ Avaliação	<p>1. Analisar se o trabalhador apresenta os seguintes sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humor exaltado, expansivo ou irritado - Atividade aumentada, inquietação, excitação - Verborreia (fala excessiva) - Perda das inibições sociais normais - Redução da necessidade de dormir - Aumento excessivo da autoestima - Distração aumentada - Aumento da energia sexual ou desinibição sexual <p>2. Questionar: duração dos sintomas; se os sintomas interferem com as responsabilidades habituais relacionadas com o trabalho ou às atividades domésticas e sociais</p>
Hipótese de Diagnóstico	Se o trabalhador tiver sintomas múltiplos (com duração de uma semana no mínimo) de gravidade suficiente para intervir significativamente com o desempenho no trabalho ou social, ou que tenha requerido uma hospitalização anterior, é provável o diagnóstico de episódio maníaco . Se estiver associado a um estado de profunda depressão ou, em oposto, a estados de muita energia e hiperexcitação pode estar relacionada com uma perturbação bipolar .
Registo	A avaliação e a hipótese de diagnóstico devem ser registadas na Ficha Clínica do Trabalhador.
Atuação	<ul style="list-style-type: none"> - (Re)analisar os fatores de risco psicossocial e o nível de exposição profissional aos mesmos. - (Re)avaliar o risco de suicídio / autoagressão e possível perturbação por consumo de álcool ou de drogas. - Investigar outras doenças concomitantes, particularmente sinais e sintomas sugestivos de hipo ou hipertireoidismo, doenças renais ou cardiovasculares. - Alertar o trabalhador de que numa situação de urgência deverá contactar a Linha SNS24 para encaminhamento psicológico.
Referenciação / Sinalização	- Encaminhar o trabalhador para o respetivo médico de família, alertando para a situação clínica e para a eventual necessidade de seguimento por médico especialista.

EPILEPSIA/CONVULSÕES (130)	
Deteção/ Avaliação	<p>1. Questione quanto aos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perda ou perturbação da consciência - Rigidez ou endurecimento do corpo que dura mais que 1-2 minutos - Movimentos convulsivos que duram mais que 1-2 minutos - Mordedura de língua ou lesões autoinfligidas - Incontinência urinária e/ou fecal - Após movimentos anormais: cansaço, tontura, sonolência, confusão mental, comportamentos anormais, dor de cabeça ou dores musculares
Hipótese de Diagnóstico	<p>Se a pessoa apresentar 2 ou mais critérios indicados anteriormente, suspeite de convulsão não epilética ou de outra doença.</p> <p>Se a pessoa tiver convulsões mais 2 outros critérios indicados anteriormente, suspeite de etiologia aguda (ex. traumatismo craniano, hiponatremia) ou de epilepsia.</p>
Registo	A avaliação e a hipótese de diagnóstico devem ser registadas na Ficha Clínica do Trabalhador.
Atuação	<ul style="list-style-type: none"> - (Re)analisar os fatores de risco psicossocial e o nível de exposição profissional aos mesmos. - Investigar outras doenças concomitantes, particularmente se houve traumatismo de crânio ou de pescoço, infeção do SNC, depressão, psicose ou autoagressão. - Alertar o trabalhador de que numa situação de urgência deverá contactar a Linha SNS24.
Referenciação / Sinalização	- Encaminhar o trabalhador para o respetivo médico de família, alertando para a situação clínica e para a eventual necessidade de seguimento por médico especialista.

DEMÊNCIA (23,60):	
Deteção/ Avaliação <i>(critérios)</i>	<p>Analisar se o trabalhador reúne os seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Critério A): declínio cognitivo adquirido em um ou mais domínios (ex. capacidade de aprendizagem e de resolução de problemas, memória, atenção, concentração, comunicação, comportamento social), com base na: <ul style="list-style-type: none"> 1) preocupação com a cognição por parte do indivíduo, de um informador conhecedor ou do clínico; e 2) avaliação objetiva do desempenho, que fica aquém do nível esperado, ou declínio observado ao longo do tempo. <p><i>NOTA: Tanto a preocupação como a evidência objetiva são necessárias, pois são complementares.</i></p> - (Critério B): relaciona-se com o nível de independência individual do trabalhador nas atividades diárias, e se existe comprometimento ou incapacidade pessoal para as mesmas. <p><i>NOTA: A gravidade desta perturbação neurocognitiva é suficiente para interferir na independência do trabalhador, a ponto de outros terem de assumir tarefas que antes este conseguia realizar.</i></p>
Hipótese de Diagnóstico	Se sim nos 2 critérios indicados anteriormente, suspeite de demência ou de outra doença.
Registo	A avaliação e a hipótese de diagnóstico devem ser registadas na Ficha Clínica do Trabalhador.
Atuação	<ul style="list-style-type: none"> - Se aplicável, afastamento do trabalhador da exposição ao agente químico (ex. substância química neurotóxica) e implementação de medidas que visem a eliminação ou a redução dos níveis do agente químico. - (Re)avaliar os riscos profissionais. - Averiguar se existem outros casos na empresa (exposição profissional similar). - Orientar chefias e colegas de como lidar com o problema de saúde mental (demência). - Investigar outras doenças concomitantes do trabalhador, particularmente se houve traumatismo de crânio ou de pescoço, neuroinfeção, depressão, psicose ou autoagressão. - Alertar o trabalhador de que numa situação de urgência deverá contactar a Linha SNS24.
Referenciação / Sinalização	- Encaminhar o trabalhador para o respetivo médico de família, alertando para a situação clínica e para a eventual necessidade de seguimento por médico especialista.

ESQUIZOFRENIA (60):	
Deteção/ Avaliação (critérios)	<p>A. Dois (ou mais) dos itens a seguir, cada um presente por uma quantidade significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos um deles deve ser "1", "2" ou "3":</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Delírios. 2. Alucinações. 3. Discurso desorganizado. 4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatónico. 5. Sintomas negativos (i.e., expressão emocional diminuída ou avolia). <p>B. Por período significativo de tempo desde o aparecimento da perturbação, o nível de funcionamento em uma ou mais áreas importantes do funcionamento, como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, está acentuadamente abaixo do nível inicial alcançado.</p> <p>C. Sinais contínuos de perturbação persistem durante, pelo menos, seis meses. Esse período de seis meses deve incluir, no mínimo, um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que precisam satisfazer o Critério A (ex. sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrómicos ou residuais. Durante esses períodos prodrómicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas listados no Critério A presentes numa forma atenuada (p. ex., crenças esquisitas, experiências preceptivas incomuns).</p> <p>D. Perturbação esquizoafetiva e perturbação depressiva ou perturbação bipolar com características psicóticas são descartados porque: 1) não ocorreram episódios depressivos maiores ou maníacos concomitantemente com os sintomas da fase ativa, ou 2) se episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve em relação aos períodos ativo e residual da doença.</p> <p>E. A perturbação pode ser atribuída aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica.</p> <p><i>Nota:</i> Cerca de 5 a 6% dos indivíduos com esquizofrenia morrem por suicídio; cerca de 20% tentam suicídio em uma ou mais ocasiões, e muitos mais têm intenção suicida importante. Um comportamento suicida ocorre, por vezes, em resposta ao comando das alucinações para se prejudicar a si mesmo ou a outros.</p>
Hipótese de Diagnóstico	Se sim nos critérios indicados anteriormente, suspeite de esquizofrenia ou de outra doença.
Registo	A avaliação e a hipótese de diagnóstico devem ser registadas na Ficha Clínica do Trabalhador.
Atuação	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar outras doenças concomitantes do trabalhador. - Orientar chefias e colegas de como lidar com o problema de saúde mental (esquizofrenia). - Na situação de afastamento do trabalho, para tratamento do trabalhador, programar, com o empregador e equipa SST, a reabilitação e readaptação profissional. - Alertar o trabalhador de que numa situação de urgência deverá contactar a Linha SNS24.
Referenciação / Sinalização	- Encaminhar o trabalhador para o respetivo médico de família, alertando para a situação clínica e para a eventual necessidade de seguimento por médico especialista.

PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO (60):	
Deteção/ Avaliação (critérios)	<p>A. Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual numa (ou mais) das seguintes formas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vivenciar diretamente o evento traumático. 2. Testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas. 3. Saber que o evento traumático ocorreu com familiar ou amigo próximo. Nos casos de episódio concreto ou ameaça de morte envolvendo um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental. 4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (p. ex., socorristas que recolhem restos de corpos humanos; autoridades policiais repetidamente expostas a detalhes de abuso infantil). <p><i>Nota:</i> O Critério A4 não se aplica à exposição por meios eletrónicos, televisão, filmes ou fotografias, a menos que tal exposição esteja relacionada com o trabalho.</p> <p>B. Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando após a sua ocorrência:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático. 2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados com o evento traumático.

	<p>3. Reações dissociativas (p. ex., <i>flashbacks</i>) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente. (essas reações podem ocorrer num continuum, com a expressão mais extrema na forma de uma perda completa de percepção do ambiente em redor.)</p> <p>4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspeto do evento traumático.</p> <p>5. Reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspeto do evento traumático.</p> <p>C. Evicção persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos dos seguintes aspetos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evicção ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de/ou associados de perto ao evento traumático. 2. Evicção ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de/ou associados de perto ao evento traumático. <p>D. Alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspetos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incapacidade de recordar algum aspeto importante do evento traumático (geralmente devido a amnésia dissociativa, e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas). 2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p. ex., “Sou mau”, “Não se deve confiar em ninguém”, “O mundo é perigoso”, “Todo o meu sistema nervoso está arruinado para sempre”). 3. Cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar-se a si mesmo ou aos outros. 4. Estado emocional negativo persistente (p. ex., medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha). 5. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas. 6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros. 7. Incapacidade persistente de sentir emoções positivas (p. ex., incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor). <p>E. Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspetos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comportamento irritadiço e surtos de ira (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos. 2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo. 3. Hipervigilância. 4. Resposta de sobressalto exagerada. 5. Problemas de concentração. 6. Perturbação do sono (ex. dificuldade para iniciar ou manter o sono; sono agitado). <p>F. A perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês.</p> <p>G. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou noutras áreas importantes da vida do indivíduo.</p> <p>H. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento, álcool) ou a outra condição médica.</p>
Hipótese de Diagnóstico	Se sim nos critérios indicados anteriormente, suspeite de perturbação de stress pós-traumático ou de outra doença.
Registo	A avaliação e a hipótese de diagnóstico devem ser registadas na Ficha Clínica do Trabalhador.
Atuação	<p>- (Re)avaliar os riscos profissionais e adotar as necessárias medidas corretivas.</p> <p>- Identificar se existem outros trabalhadores na empresa com situações similares de exposição.</p> <p>- Orientar chefias e colegas de como lidar com o problema de saúde mental (stress pós-traumático).</p> <p>- Na situação de afastamento do trabalho, para tratamento do trabalhador, programar, com o empregador e equipa SST, a reabilitação profissional, uma vez que as sequelas podem impedir o retorno ao posto de trabalho anterior (23).</p> <p>- Alertar o trabalhador de que numa situação de urgência poderá contactar a Linha SNS24.</p>
Referenciação / Sinalização	- Encaminhar o trabalhador para o respetivo médico de família, alertando para a situação clínica e para a eventual necessidade de seguimento por médico especialista.

PERTURBAÇÃO DO SONO-VIGÍLIA DO RITMO CIRCADIANO (60):	
Deteção/ Avaliação <i>(critérios)</i>	<p>A. Queixas de insatisfação predominantes com a quantidade ou a qualidade do sono associadas a um (ou mais) dos seguintes sintomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dificuldade para iniciar o sono. 2. Dificuldade para manter o sono, que se caracteriza por despertares frequentes ou por problemas para voltar ao sono depois de cada despertar 3. Despertar antes do horário habitual com incapacidade de voltar ao sono. <p>B. A perturbação do sono causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional, educacional, académico, comportamental ou noutras áreas importantes da vida do indivíduo.</p> <p>C. As dificuldades relacionadas com o sono ocorrem pelo menos três noites por semana.</p> <p>D. As dificuldades relacionadas com o sono permanecem durante pelo menos três meses.</p> <p>E. As dificuldades relacionadas com o sono ocorrem a despeito de oportunidades adequadas para dormir.</p> <p>F. A insónia não é melhor explicada ou não ocorre exclusivamente durante o curso de outra perturbação do sono-vigília (p. ex., narcolepsia, perturbação do sono relacionado à respiração, perturbação do sono-vigília do ritmo circadiano, parassonia).</p> <p>G. A insónia não é atribuída aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p. ex., abuso de drogas ilícitas, medicamentos).</p> <p>H. A coexistência de perturbações mentais e de condições médicas não explica adequadamente a queixa predominante de insónia.</p> <p><i>Especificar se:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Com comorbidade mental causada por perturbação não relacionada com o sono, incluindo perturbações por consumo de substâncias psicoativas; • Com outra comorbidade; • Com outra perturbação do sono.
Hipótese de Diagnóstico	Se sim nos critérios indicados anteriormente, suspeite de perturbação do sono-vigília ou de outra doença.
Registo	A avaliação e a hipótese de diagnóstico devem ser registadas na Ficha Clínica do Trabalhador.
Atuação	<ul style="list-style-type: none"> - (Re)avaliar os riscos profissionais e adotar as necessárias medidas corretivas. - Identificar se existem outros trabalhadores na empresa com situações similares de exposição. - Ponderar a possibilidade de maior repouso entre turnos de pequenas pausas, durante o turno, que possibilitem dormir. Em casos graves recomenda-se a mudança de horário de trabalho (23). - Alertar o trabalhador de que numa situação de urgência poderá contactar a Linha SNS24.
Referenciação / Sinalização	- Encaminhar o trabalhador para o respetivo médico de família, alertando para a situação clínica e para a eventual necessidade de seguimento por médico especialista.

BURNOUT (60):	
Deteção/ Avaliação <i>(critérios)</i>	<p>A. Presença de experiências persistentes ou recorrentes de despersonalização, desrealização ou ambas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Despersonalização: Experiências de irrealidade, distanciamento ou de ser um observador externo dos próprios pensamentos, sentimentos, sensações, corpo ou ações (p. ex., alterações da perceção, sensação distorcida do tempo, sensação de irrealidade ou senso de si mesmo irreal ou ausente, anestesia emocional e/ou física). 2. Desrealização: Experiências de irrealidade ou distanciamento em relação ao ambiente ao redor (p. ex., indivíduos ou objetos são vivenciados como irreais, oníricos, nebulosos, inertes ou visualmente distorcidos). <p>B. Durante as experiências de despersonalização ou desrealização, o teste de realidade permanece intacto.</p> <p>C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p> <p>D. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., convulsões).</p> <p>E. A perturbação não é mais bem explicada por outra perturbação mental, como esquizofrenia, perturbação de pânico, perturbação depressiva maior, perturbação de stress agudo, perturbação de stress pós-traumático ou outra perturbação dissociativa.</p>

	<i>Nota:</i> Na história profissional constata-se que existiu um grande envolvimento subjetivo com o trabalho, função, profissão ou empreendimento assumido, que muitas vezes ganha o carácter de missão. Assim, a queixa de sentimento de diminuição da competência e do sucesso no trabalho é usual (42).
Hipótese de Diagnóstico	Se sim nos critérios indicados anteriormente, suspeite de burnout ou de outra doença.
Registo	A avaliação e a hipótese de diagnóstico devem ser registadas na Ficha Clínica do Trabalhador.
Atuação	<ul style="list-style-type: none"> - (Re)avaliar os riscos profissionais e adotar as necessárias medidas corretivas. - Identificar se existem outros trabalhadores na empresa com situações similares de exposição. - Orientar chefias e colegas de como lidar com o problema de saúde mental (<i>burnout</i>). - Propor recomendações ao empregador (ex. diminuição da intensidade de trabalho, estabelecimento de restrições à exploração do desempenho individual, diminuição da competitividade, instituição de metas coletivas que incluam o bem-estar de cada um, etc.). - Na situação em que existe afastamento do trabalho, para tratamento do trabalhador, o médico do trabalho deve, na medida do possível, envolver o trabalhador na decisão. - Na situação de retorno ao trabalho, após tratamento do trabalhador, programar, com o empregador e equipa SST, a reabilitação e readaptação profissional. - Alertar o trabalhador de que numa situação de urgência poderá contactar a Linha SNS24.
Referenciação / Sinalização	- Encaminhar o trabalhador para o respetivo médico de família, alertando para a situação clínica e para a eventual necessidade de seguimento por médico especialista.

PERTURBAÇÕES POR CONSUMO DE RISCO DE ÁLCOOL (130)	
Deteção/ Avaliação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Questione o trabalhador se toma bebidas alcoólicas. 2. Se “sim” à questão 1 verifique se o trabalhador consome bebidas alcoólicas numa quantidade que o coloca em risco. 3. Se “sim” à questão 2 pesquise quanto à história de consumo de bebidas alcoólicas: <ul style="list-style-type: none"> - Desejo muito forte ou compulsão para tomar bebidas alcoólicas. - Dificuldades para controlar o uso em termos de início, término ou quantidade. - Um estado fisiológico de abstinência quando o uso da bebida foi interrompido ou reduzido, indicado pelas características da síndrome de abstinência de álcool; ou uso da bebida (ou outra substância muito parecida) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência. - Evidência de tolerância, ou seja, são necessárias doses maiores da bebida para obter os mesmos efeitos que antes eram obtidos com doses menores. - Negligência progressiva de interesses ou prazeres alternativos devido ao uso, ou ao tempo necessário para obter ou consumir a bebida, ou para se recuperar dos seus efeitos. - Persistência do uso da bebida, apesar das claras evidências das suas consequências prejudiciais à saúde.
Hipótese de Diagnóstico	Se 3 ou mais características estiveram presentes na resposta à questão 3, então é provável que o diagnóstico seja dependência de álcool . Se pelo contrário o trabalhador não é dependente (< de 3 características na resposta à questão 3) há uma forte possibilidade de consumo de risco/nocivo de álcool .
Registo	A avaliação e a hipótese de diagnóstico devem ser registadas na Ficha Clínica do Trabalhador.
Atuação	<ul style="list-style-type: none"> - Informe claramente o trabalhador sobre os resultados da avaliação relativa ao consumo de álcool e explique a ligação entre o consumo de álcool, problemas de saúde de curto e longo prazo e situações prejudiciais no trabalho e na vida em sociedade. - Forneça recomendações claras ao trabalhador para reduzir ou a cessar o consumo de álcool. - Reveja o programa de prevenção de álcool e outras substâncias psicoativas ou, na sua ausência, proceda à sua elaboração. <p>De acordo com a Informação Técnica n.º 05/2013, da DGS, o médico do trabalho pode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar ficha de aptidão com “inapto temporariamente para o trabalho”, conforme a avaliação clínica, o resultado de eventual teste e a avaliação de interferência na capacidade de trabalho e nas condições de segurança; • Propor alterações às atividades profissionais com risco para terceiros; • Aumentar a frequência dos exames em casos específicos.
Referenciação / Sinalização	De acordo com a Informação Técnica n.º 05/2013, da DGS, o médico do trabalho, numa situação crónica / continuada ou aguda repetitiva deve elaborar plano individual de adesão voluntária para tratamento na empresa (se existirem meios para tal) ou proceder à referenciação para médico de família, que o poderá encaminhar para serviços especializados.

PERTURBAÇÕES POR CONSUMO DE DROGAS (130)	
Deteção/ Avaliação	<p>1. Questione o trabalhador sobre o uso recente de drogas.</p> <p>2. Se “sim” à questão 1 verifique se o consumo foi a primeira vez / situação pontual ou é algo recorrente.</p> <p>3. Se “sim” à questão 2 pesquise se existem indicações de dependência de droga:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desejo muito forte ou compulsão para usar drogas. - Dificuldades para controlar o uso em termos de início, término ou quantidade. - Um estado fisiológico de abstinência quando o uso da droga foi interrompido ou reduzido, indicado pelas características da síndrome de abstinência da droga; ou uso da mesma substância (ou outra substância muito parecida) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência. - Evidência de tolerância, ou seja, são necessárias doses maiores da substância para obter os mesmos efeitos que antes eram obtidos com doses menores. - Negligência progressiva de interesses ou prazeres alternativos devido ao uso, ou ao tempo necessário para obter ou consumir a droga, ou para se recuperar dos seus efeitos. - Persistência do uso da droga, apesar das claras evidências das suas consequências prejudiciais à saúde.
Hipótese de Diagnóstico	<p>Se 3 ou mais características estiveram presentes na resposta à questão 3, então é provável que o diagnóstico seja dependência de drogas.</p> <p>Se pelo contrário o trabalhador não é dependente (< de 3 características na resposta à questão 3) há uma forte possibilidade de consumo nocivo de drogas.</p>
Registo	A avaliação e a hipótese de diagnóstico devem ser registadas na Ficha Clínica do Trabalhador.
Atuação	<p>- Informe claramente o trabalhador sobre os resultados da avaliação relativa ao consumo de drogas e explique a ligação entre o consumo de drogas, problemas de saúde de curto e longo prazo e situações prejudiciais no trabalho e na vida em sociedade.</p> <p>- Forneça recomendações claras ao trabalhador para reduzir ou a cessar o consumo drogas.</p> <p>- Reveja o programa de prevenção de álcool e outras substâncias psicoativas ou, na sua ausência, proceda à sua elaboração.</p> <p>De acordo com a Informação Técnica n.º 05/2013, da DGS, o médico do trabalho pode:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar ficha de aptidão com “inapto temporariamente para o trabalho”, conforme a avaliação clínica e a avaliação de interferência na capacidade de trabalho e nas condições de segurança; • Propor alterações às atividades profissionais com risco para terceiros; • Aumentar a frequência dos exames em casos específicos.
Referenciação / Sinalização	De acordo com a Informação Técnica n.º 05/2013, da DGS, o médico do trabalho numa situação crónica / continuada ou aguda repetitiva deve proceder à referenciação do trabalhador para médico de família, que o poderá encaminhar para serviços especializados.

Anexo 10. Avaliação e gestão de quadros clínicos de emergência
Adaptado de Mental Health Gap Action Programme – World Health Organization (130)

EPILEPSIA/CONVULSÕES (130)	
Pesquisa e Avaliação	<p><i>Meça:</i> pressão arterial, temperatura e frequência respiratória.</p> <p><i>Investigue:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinais de traumatismo grave de crânio ou coluna - Pupilas: dilatadas ou punctiformes? Desiguais? Sem reação à luz? - Défices focais <p><i>Pergunte sobre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Se o trabalhador estiver inconsciente, pergunte ao acompanhante se o trabalhador teve alguma convulsão recentemente - Duração das convulsões/perdas de consciência - Número das convulsões - História de traumatismo craniano ou de lesão no pescoço - História de epilepsia - Outros problemas de saúde ou com medicamentos ou com álcool ou drogas
Decisão	É provável que seja um episódio de epilepsia ou confirma-se a situação de convulsão .
Ação	<p><i>Contacte o INEM (112)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar o trabalhador para os Serviços de Urgência <p><i>Gestão da situação</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Verifique as vias aéreas, a respiração e a circulação. Se houver suspeita de traumatismo craniano ou de pescoço não movimente o pescoço devido ao risco de uma possível lesão. - Proteja o trabalhador de ferimentos: certifique-se de que o trabalhador está num lugar seguro, longe do fogo e de outras coisas que possam feri-lo. - Não deixe o trabalhador sozinho. Busque ajuda se necessário. - Coloque o trabalhador deitado de lado (posição lateral de segurança – PLS), para impedir a aspiração de conteúdo gástrico. - Não coloque nada na boca. - Administre a medicação SOS, caso o trabalhador a possua.
Registo	O episódio/ocorrência deve ser registado na Ficha Clínica do Trabalhador.

AUTOAGRESSÃO/SUICÍDIO (130)	
Pesquisa e Avaliação	<p><i>Pesquise:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinais de envenenamento ou intoxicação - Sinais/sintomas que requerem tratamento médico urgente, como: <ul style="list-style-type: none"> • hemorragia devido a ferimentos autoinfligidos • perda de consciência • extrema letargia <p><i>Questione sobre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Intoxicação ou autoagressão recentes
Decisão	É provável a ocorrência de lesões ou envenenamento no trabalhador decorrente da autoagressão/suicídio (tentativa) .
Ação	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorize o trabalhador de forma a impedir o suicídio ou a continuidade da autoagressão. - Trate, sempre que possível, as lesões e coloque o trabalhador num ambiente “seguro e protetor”. - Encaminhe o trabalhador para o Serviço de Urgência se existirem lesões graves, intoxicação ou visando impedir um suicídio. - Proceder à referência da situação do trabalhador para o respetivo médico de família, que o poderá encaminhar para serviços especializados.
Registo	O episódio/ocorrência deve ser registado na Ficha Clínica do Trabalhador.

	PERTURBAÇÕES POR CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL (130)	PERTURBAÇÕES POR CONSUMO ABUSIVO DE DROGAS (130)
Pesquisa e Avaliação	<p><i>Pesquise:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Halitose alcoólica - Fala embotada - Comportamento desinibido <p><i>Avalie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nível de consciência - Cognição e percepção 	<p>1. <i>Verifique se o trabalhador apresenta:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pupilas dilatadas - Excitação, pensamento acelerado e desorganizado, paranóia - Uso recente de cocaína ou de outros estimulantes - Pulso e pressão arterial aumentados - Comportamento agressivo, imprevisível ou violento <p>2. <i>Verifique ainda se o trabalhador está:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sem reação ou com reações mínimas - Frequência respiratória baixa - Pupilas punctiformes (overdose de opióide)
Decisão	É provável intoxicação por álcool , se houver alterações do nível de consciência, da cognição, da sensopercepção, dos afetos ou do comportamento após o consumo recente de álcool.	Se o trabalhador apresenta as características indicadas em 1 é provável que seja uma intoxicação aguda ou overdose de cocaína ou de estimulante (ex. anfetaminas). Se o trabalhador apresenta as características indicadas em 2 é provável que seja uma overdose de um opióide ou de outro sedativo ou mistura de drogas.
Ação	<ul style="list-style-type: none"> - Avalie a respiração e as vias aéreas. - Coloque o trabalhador em posição lateral de segurança para impedir a aspiração, caso vomite. - Encaminhe para um hospital, se necessário, ou mantenha o trabalhador em observação até que os efeitos do álcool se tenham dissipado. - Reveja o programa de prevenção de álcool e outras substâncias psicoativas ou, na sua ausência, proceda à sua elaboração. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorize a pressão arterial, a frequência cardíaca, a frequência respiratória e a temperatura de 2 em 2 horas. - Se o trabalhador se queixar de dor no peito, apresentar taquiarritmias ou se tornar violento ou incontrolável, deve encaminhar o trabalhador, de imediato, para o Serviço de Urgência. - Se existe suspeita de overdose de opióides de longa duração deve encaminhar o trabalhador para o Serviço de Urgência. - Reveja o programa de prevenção de substâncias psicoativas ou, na sua ausência, proceda à sua elaboração.
	<p>De acordo com a Informação Técnica n.º 05/2013, da DGS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O médico do trabalho pode: <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar ficha de aptidão com “inapto temporariamente para o trabalho”, conforme a avaliação clínica, o resultado de eventual teste e a avaliação de interferência na capacidade de trabalho e nas condições de segurança; • Propor alterações às atividades profissionais com risco para terceiros; • Aumentar a frequência dos exames em casos específicos. - Numa situação crónica / continuada ou aguda repetitiva deve-se elaborar plano individual de adesão voluntária para tratamento na empresa (se existirem meios para tal) ou através da referência para médico de família, que o poderá encaminhar para serviços especializados. 	
Registo	O episódio/ocorrência deve ser registado na Ficha Clínica do Trabalhador.	

Anexo 11. Critérios para a classificação da potencial perturbação mental

Perturbação mental	Graves	<p>São as perturbações que cumprem <u>um</u> dos seguintes critérios:</p> <p>CRITÉRIO 1:</p> <ul style="list-style-type: none">• Perturbação bipolar <u>ou</u>• Dependência de substâncias com síndrome de dependência fisiológica <u>ou</u>• Tentativa de suicídio, <p>Em conjugação com qualquer tipo de perturbação do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, atualmente na sua quinta revisão – DSM-5) nos últimos 12 meses.</p> <p>CRITÉRIO 2:</p> <p>Incapacidade severa devida a uma perturbação mental em pelo menos duas áreas de funcionamento medidas pela <i>Sheehan Disability Scale</i>.</p> <p>CRITÉRIO 3:</p> <p>Incapacidade funcional global consistente com um score de 50 ou menos na escala GAF (<i>Global Assessment of Functioning</i>).</p>
	Moderadas	<p>CRITÉRIO:</p> <ul style="list-style-type: none">• Perturbação constante no DSM-5 nos últimos 12 meses <u>ou</u>• Dependência de substâncias sem síndrome de dependência fisiológica, <p>Com uma interferência moderada em algum dos domínios da <i>Sheehan Disability Scale</i>.</p>
	Ligeiras	<p>Todas as outras perturbações.</p>

Fonte: Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1.º Relatório (20)

Anexo 12. Escala de incapacidade de Sheehan (Sheehan Disability Scale)

Uma breve, classificação do paciente, medida de incapacidade e deficiência.

Por favor, assinale com um círculo em cada escala.

Trabalho*

Os sintomas têm perturbado o seu trabalho:

Nada Levemente Moderadamente Marcadamente Extremamente

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

Não trabalhei durante a última semana por motivos não relacionados aos sintomas.

* Trabalho inclui trabalho remunerado, trabalho voluntário não remunerado ou formação.

Vida social

Os sintomas têm perturbado a sua vida social/atividades de lazer:

Nada Levemente Moderadamente Marcadamente Extremamente

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

Vida familiar/responsabilidades domésticas

Os sintomas têm perturbado a sua vida familiar/responsabilidades domésticas:

Nada Levemente Moderadamente Marcadamente Extremamente

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

Dias perdidos

Quantos dias na última semana os seus sintomas fizeram com que você faltasse ao trabalho ou o deixasse incapaz de desempenhar as suas responsabilidades diárias normais? _____

Dias improdutivos

Quantos dias na última passada se sentiu tão prejudicado pelos sintomas que, mesmo trabalhando, a sua produtividade foi reduzida? _____

Anexo 13. Escala de avaliação global do funcionamento (GAF)

Considerar o funcionamento psicológico, social e profissional num continuum hipotético de saúde mental-doença. Não inclua dificuldades no funcionamento devido a limitações físicas (ou ambientais).

		Avaliação*
100 91	Funcionamento superior num largo espectro de atividades; os problemas da vida nunca parecem ficar sem solução; é procurado por outros devido às suas muitas qualidades positivas. Ausência de sintomatologia.	
90 81	Sintomas ausentes ou mínimos (ex. <i>ansiedade ligeira antes de um exame</i>); bom funcionamento em todas as áreas; interessado e envolvido em atividades; socialmente capaz; em geral satisfeito com a vida; sem problemas para além dos relacionados com a vida quotidiana (ex. <i>uma discussão ocasional com membros da família</i>).	
80 71	Se os sintomas estão presentes, são reações transitórias e expectáveis a fatores de stress psicossocial (ex. <i>dificuldade de concentração após discussão familiar</i>); ligeira dificuldade no funcionamento social, profissional ou escolar (ex. <i>stress na entrega de trabalhos</i>).	
70 61	Sintomas ligeiros (ex. <i>hábito depressivo e insónia ligeira</i>) OU alguma dificuldade no funcionamento social, profissional ou escolar (ex. <i>absentismo ocasional ou roubo dentro de casa</i>); mantém capacidade funcional no relacionamento interpessoal, assim como relações interpessoais significativas.	
60 51	Sintomas moderados (ex. <i>desprendimento emocional e discursos de circunstância, ataques de pânico ocasionais</i>) OU moderada dificuldade no funcionamento social, profissional ou escolar (ex. <i>número reduzido de amigos, conflitos com pares ou com outros trabalhadores</i>).	
50 41	Sintomas marcados (ex. <i>intenção suicida, rituais obsessivos severos, furtos frequentes em lojas</i>) OU séria incapacidade social, profissional ou escolar (ex. <i>sem amigos, incapacidade de conservar um trabalho</i>).	
40 31	Algumas perturbações na perceção da realidade ou na comunicação interpessoal (ex. <i>discurso por vezes ilógico, obscuro ou irrelevante</i>) OU grande incapacidade em várias áreas como trabalho ou escola, relacionamento familiar raciocínio crítico, humor ou pensamento (ex. <i>pessoa deprimida que evita amigos, negligencia a família e é incapaz de trabalhar</i>).	
30 21	Comportamento é consideravelmente influenciado por delírios ou alucinações OU grave incapacidade de comunicação interpessoal ou raciocínio crítico (ex. <i>por vezes incoerente, age desadequadamente de forma grosseira, preocupações suicidas</i>) OU incapacidade para funcionar em quase todas as áreas (ex. <i>permanece na cama o dia inteiro; sem trabalho, casa ou amigos</i>).	
20 11	Alguns riscos de auto e hétero-agressão (ex. <i>tentativas de suicídio sem pensamento claro das consequências fatais; violento frequentemente; excitabilidade maníaca</i>) OU falhas ocasionais em manter a higiene pessoal mínima (ex. <i>manchas de fezes</i>) OU alteração muito grave na comunicação (ex. <i>muito incoerente ou não dialoga</i>).	
10 01	Risco permanente de auto e hétero-agressão (ex. <i>violência recorrente</i>) OU incapacidade permanente para manter a higiene pessoal mínima OU graves atos suicidários com clara expectativa de morte.	
0	Informação inadequada	

* Nota: Use avaliação intermédia quando apropriado, ex. 45, 68, 72.

Anexo 14. Hospitais com consulta de psiquiatria por região administrativa e respetivas urgências

HOSPITAIS COM CONSULTA DE PSIQUIATRIA	URGÊNCIA DIURNA	URGÊNCIA NOTURNA	Observações
NORTE			
Hospital de Vila do Conde (CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde)	X	X	
Hospital da Póvoa de Varzim (CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde)	X	X	
Hospital Eduardo Santos Silva (CH Vila Nova de Gaia / Espinho)	X	X	
Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia (CH Vila Nova de Gaia/Espinho)	X	X	
Hospital Senhora da Oliveira (Guimarães)	X ^{a)}	X ^{a)}	^{a)} Braga
Hospital São Sebastião (CH Entre Douro e Vouga)	X	X	
Hospital de Famalicão (CH Médio Ave)	X	X	
Hospital de Santo Tirso (CH Médio Ave)	X	X	
Hospital Geral de Santo António (CH Universitário do Porto)	X	X	
Hospital de São João (CH Universitário de São João)	X	X	
Hospital Distrital de Chaves (CH Trás-os-Montes e Alto Douro)	X ^{a)}		^{a)} Vila Real
Hospital Distrital de Lamego (CH Trás-os-Montes e Alto Douro)	X ^{a)}		^{a)} Vila Real
Hospital São Pedro – Vila Real (CH Trás-os-Montes e Alto Douro)	8-20h (presença física)	SU geral	
Hospital Padre Américo – Vale do Sousa (CH Tâmega e Sousa)	X	X	
Hospital de Braga	X	Por chamada (00-8h)	Possível mudança
Hospital Psiquiátrico Magalhães Lemos – Porto	X	X	
Hospital Conde de Berlandos – Ponte de Lima (ULS Alto Minho)	X ^{a)}	X ^{a)}	^{a)} Viana do Castelo
Hospital Santa Luzia – Viana do Castelo (ULS Alto Minho)	X (8-14h)		^{a)} Braga (após as 14h)
Hospital Pedro Hispano (ULS Matosinhos)	X	X	
Hospital Distrital de Bragança (ULS Nordeste)	8-20h (Presença física)	Por chamada (20-8h)	
Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros (ULS Nordeste)	X ^{a)}	X ^{a)}	Bragança
Hospital Distrital de Mirandela (ULS Nordeste)	X ^{a)}	X ^{a)}	Bragança
CENTRO			
Hospital de Santo André – Leiria (CH Leiria)	b)	b)	
Hospital Infante D. Pedro – Aveiro (CH Baixo Vouga)	b)	b)	
Hospital Pêro da Covilhã – Covilhã (CH Cova da Beira)	b)	b)	
Hospital São Teotónio – Viseu (CH Tondela/Viseu)	b)	b)	
Hospitais da Universidade de Coimbra (CH Universitário de Coimbra)	b)	b)	
Hospital Psiquiátrico Sobral Cid (CH Universitário de Coimbra)	b)	b)	
Hospital Distrital da Figueira da Foz	b)	b)	
Hospital Amato Lusitano – Castelo Branco (ULS Castelo Branco)	b)	b)	
Hospital Nossa Senhora da Assunção – Seia (ULS Guarda)	b)	b)	
Hospital Sousa Martins – Guarda (ULS Guarda)	b)	b)	
LISBOA E VALE DO TEJO			
Hospital São Bernardo (CH Setúbal)	X	Por chamada	
Hospital Nossa Senhora do Rosário (CH Barreiro/Montijo)	X	Por chamada	
Hospital Psiquiátrico Júlio de Matos (CH Psiquiátrico de Lisboa)	X	X	A urgência realiza-se no H S José
Hospital Santa Maria (CH Universitário de Lisboa Norte)	X	X	
Hospital Egas Moniz (CH Lisboa Ocidental)	X		A urgência realiza-se no HSFx
Hospital São Francisco Xavier (CH Lisboa Ocidental)	X	Por chamada	
Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar (CH Médio Tejo)	X	Por chamada	A urgência realiza-se no CHLN
Hospital Distrital de Caldas da Rainha (CH Oeste)	X		A urgência realiza-se no CHLN
Hospital São Pedro Gonçalves Telmo – Peniche (CH Oeste)	b)	b)	
Hospital Beatriz Ângelo – Loures (PPP)		Médicos de apoio ao SU	
Hospital de Vila Franca de Xira (PPP)		Médicos de apoio ao SU	
Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida (PPP)		Médicos de apoio ao SU	
Hospital Distrital de Santarém	X		
Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca – Amadora	X	Por chamada	
Hospital Garcia de Orta – Almada	X	Por chamada	
ALENTEJO			
Hospital Espírito Santo – Évora	X	Por chamada	
Hospital Litoral Alentejano (ULS Litoral Alentejano)			Urgências pontuais
Hospital José Joaquim Fernandes – Beja (ULS Baixo Alentejo)	X	Por chamada	
Hospital Dr. José Maria Grande – Portalegre (ULS Norte Alentejano)	X	Por chamada	
ALGARVE			
Hospital de Portimão (CH Universitário do Algarve)	X		
Hospital de Faro (CH Universitário do Algarve)	X		

- a) Referenciação para outra unidade hospitalar
b) Dados não disponibilizados

Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa | Portugal

Tel.: +351 218 430 500 | Fax: +351 218 430 530

E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt