



# GUIA TÉCNICO Nº 3

Vigilância da Saúde  
dos Trabalhadores  
Expostos a Fatores  
de Risco Psicossocial  
no Local de Trabalho

**VERSÃO SÍNTESE**

#### FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.  
Programa Nacional de Saúde Ocupacional / Divisão de Saúde Ambiental e Ocupacional / Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde.

GUIA TÉCNICO N.º 3: VIGILÂNCIA DA SAÚDE DOS TRABALHADORES EXPOSTOS A FATORES DE RISCO PSICOSSOCIAL NO LOCAL DE TRABALHO - Versão Síntese

Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2021.

#### PALAVRAS CHAVE

Riscos psicossociais; Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho; Avaliação de risco; Vigilância da saúde; Saúde ocupacional; Saúde mental.

#### 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

#### AUTORIA

##### 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, setembro 2021

#### Nota:

Este Guia foi alvo de Consulta Pública entre 30 de março e 30 de abril de 2021, tendo a mesma sido divulgada no site da Direção-Geral da Saúde e no microsite do Programa Nacional de Saúde Ocupacional. O presente documento é a versão síntese do Guia Técnico n.º 3 "Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no local de trabalho". A versão integral deste Guia pode ser consultada no microsite do Programa Nacional de Saúde Ocupacional da Direção-Geral da Saúde, através do seguinte link: [www.dgs.pt/saude-ocupacional.aspx](http://www.dgs.pt/saude-ocupacional.aspx)

# Índice

<b>1. Introdução</b>	8
<b>2. Enquadramento</b>	12
2.1. Saúde e bem-estar no trabalho	12
2.2. Contexto legal e normativo	15
<b>3. Fatores de risco profissional de natureza psicossocial</b>	16
<b>4. Efeitos na Saúde</b>	21
<b>5. Intervenção dos serviços de SST/SO no âmbito dos riscos psicossociais</b>	23
<b>6. Plano organizacional e coletivo – Ambiente de trabalho psicossocial</b>	28
6.1. Análise do risco psicossocial	28
6.1.1. Avaliação dos fatores de risco psicossocial	29
6.1.2. Avaliação de ocorrências críticas com risco psicossocial	29
6.1.3. Avaliação da perceção dos efeitos na saúde	30
6.2. Avaliação do risco psicossocial	31
6.3. Gestão do risco psicossocial	31
<b>7. Plano Individual - Vigilância da saúde dos trabalhadores</b>	33
7.1. Análise do risco	35
7.1.1. Anamnese	35
7.1.2. Exame objetivo	36
7.1.3. Exames complementares de diagnóstico	37
7.1.4. Instrumentos de avaliação específica	38
7.1.5. Avaliação do posto de trabalho	39
7.1.6. Diagnóstico clínico	40
7.2. Avaliação do risco	42
7.2.1. Decisão quanto à aptidão para o trabalho	43
7.3. Gestão do risco	44
7.3.1. Encaminhamento/referenciação de trabalhador com diagnóstico clínico presuntivo de perturbação mental	45
7.3.2. Internamento compulsivo devido a anomalia psíquica grave	46
7.3.3. Reabilitação psicossocial e reintegração profissional	46
7.3.4. Vigilância epidemiológica	47
7.3.5. Informação de resultados e recomendações preventivas	47
<b>8. Medidas de Prevenção</b>	48
8.1. Medidas de prevenção coletivas/transversais	50
8.2. Medidas de prevenção por fator de risco psicossocial	50
8.3. Medidas de prevenção por ocorrência crítica	55

<b>9. Medidas de Promoção da Saúde</b>	57
<b>10. Referências Bibliográficas</b>	60
<b>11. Anexos</b>	65
ANEXO 1: Modelo de registo de “Informação Inicial” da empresa/estabelecimento sobre organização e população trabalhadora para efeitos da prestação dos Serviços de SST/SO	65
ANEXO 2: Modelo de registo da avaliação do ambiente psicossocial	67
ANEXO 3: Critérios para a classificação da potencial perturbação mental	69
ANEXO 4: Escala de incapacidade de Sheehan ( <i>Sheehan Disability Scale</i> )	70
ANEXO 5: Escala de avaliação global do funcionamento (GAF)	71

# Índice de Quadros

Quadro 1. <b>Principais fatores de risco psicossocial</b>	17
Quadro 2. <b>Principal informação a solicitar ao empregador pelo Serviço de SST/SO</b>	25
Quadro 3. <b>Ocorrências críticas no contexto dos riscos psicossociais</b>	30
Quadro 4. <b>Intervenção preventiva em função do nível do risco</b>	32
Quadro 5. <b>Principais componentes da anamnese com especial relevância no contexto dos riscos psicossociais</b>	36
Quadro 6. <b>Principais quadros clínicos prioritários e de emergência a considerar pelos Serviços de Saúde do Trabalho</b>	42
Quadro 7. <b>Graduação do nível de risco profissional</b>	43
Quadro 8. <b>Intervenção preventiva em função do nível do risco</b>	43
Quadro 9. <b>Níveis de prevenção no âmbito do risco psicossocial</b>	49
Quadro 10. <b>Exemplos de medidas preventivas por fator de risco psicossocial</b>	51
Quadro 11. <b>Exemplos de medidas preventivas por ocorrência</b>	55
Quadro 12. <b>Promoção da saúde mental no local de trabalho (PSMLT) - Exemplos de intervenção</b>	58

# Índice de Figuras

Figura 1. <b>Benefícios dos bons níveis de saúde mental e bem-estar no trabalho</b> _____	14
Figura 2. <b>Categorias dos fatores de risco psicossocial</b> _____	16
Figura 3. <b>Principais efeitos na saúde resultantes da exposição a fatores de risco psicossocial</b> ____	22
Figura 4. <b>Modelo conceptual da atuação dos Serviços de SST/SO no âmbito dos riscos psicossociais</b> _____	24
Figura 5. <b>Vertentes para análise do risco psicossocial no plano organizacional e coletivo</b> _____	28
Figura 6. <b>Componentes do exame de saúde</b> _____	34
Figura 7. <b>Questões de partida do diagnóstico</b> _____	40
Figura 8. <b>Possibilidades de atuação no âmbito da gestão do risco</b> _____	44
Figura 9. <b>Pirâmide de necessidades de Maslow e reflexos no contexto de trabalho</b> _____	59

# 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 impacte importante ao reduzir perspectivas 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 empresas<sup>1</sup> 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.

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. Neste contexto, o conceito “empresas” inclui os organismos da Administração Pública.

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.

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.

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

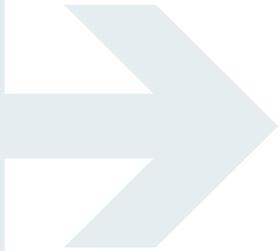
Neste contexto complexo, é imperativo assumir que o trabalho é, simultaneamente, uma importante fonte/origem de riscos psicossociais mas também o local ideal para os enfrentar, mediante adequadas intervenções (4,6). É por isso imprescindível garantir uma correta avaliação e gestão dos riscos profissionais (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<sup>2</sup> e presentismo<sup>3</sup> 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 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 e a Administração Pública 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.

<sup>2</sup> Absentismo – Vulgarmente definido como a não comparência no local de trabalho, traduz a falta do trabalhador aos seus compromissos laborais por motivos de doença ou questões pessoais (96).

<sup>3</sup> Presentismo – Estar [físicamente] no local de trabalho mas, devido a doença ou outra condição de saúde, ser incapaz de produzir em pleno (97).

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.

**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).

## 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):



**1. 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.



**2. 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.

**3. 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).

**4. A SAÚDE MENTAL tem um impacte considerável no desempenho profissional e na produtividade e competitividade das empresas (4,5),**

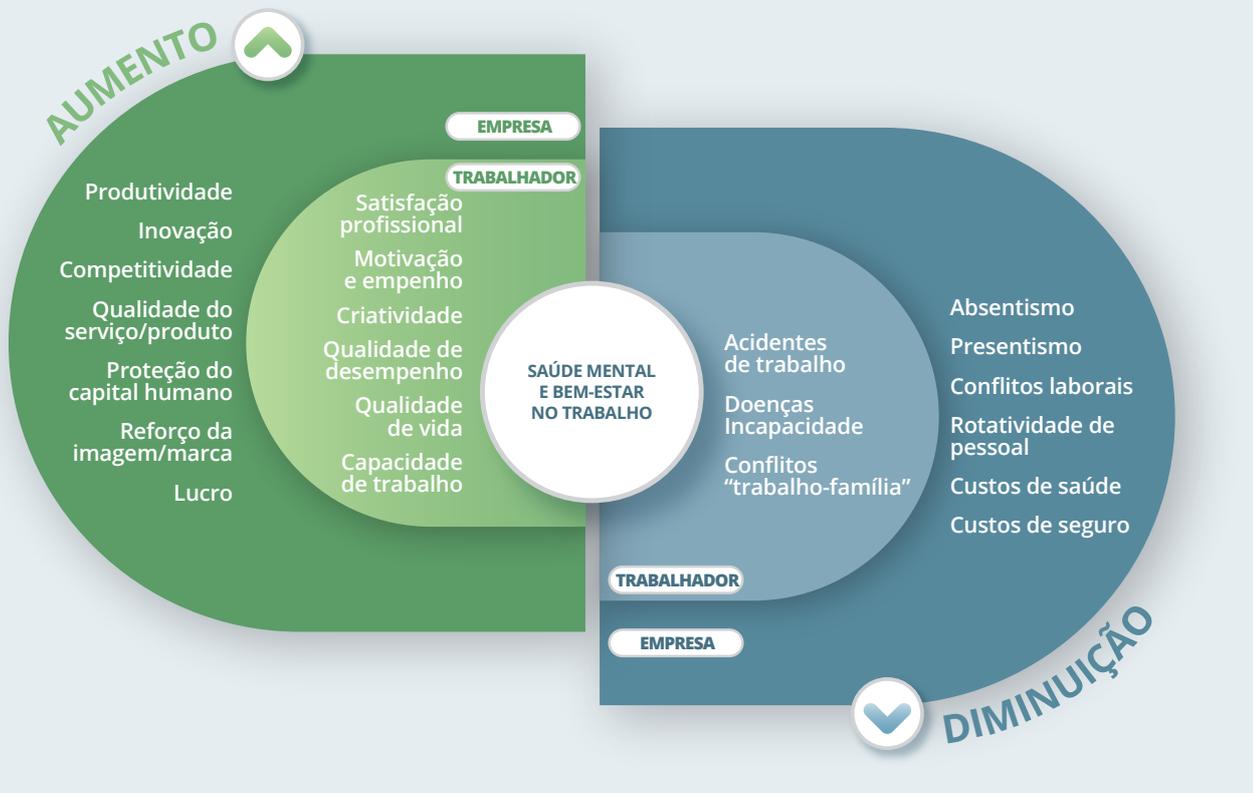
pelo que é crucial que o trabalhador goze de bem-estar, seja consciente das suas capacidades, possa enfrentar as exigências normais da vida e do trabalho de forma frutífera e produtiva, e seja capaz de contribuir para a sua comunidade (6).

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 percepções 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**. 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).

## 2.2. Contexto legal e normativo

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

- a. Constituição da República Portuguesa;**
- b. Código do Trabalho** (Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, na sua atual redação);
- c. Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas**, aprovada em anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de junho;
- d. Lei de Bases da Saúde** (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, na sua atual redação);
- e. Lei da Saúde Mental** (Lei n.º 36/98, de 24 de julho);
- f. Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho** aprovado pela Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, na sua atual redação;
- g. Código Penal** (Decreto-Lei n.º 48/95, na sua atual redação).

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.

Destacam-se ainda os seguintes documentos com especial relevância no contexto europeu: a) Livro Verde “Melhorar a saúde mental da população” (6); b) “Mental health in workplace settings - Consensus Paper” (24); c) Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-estar (25); d) Linhas de Ação Estratégica para a Saúde mental e Bem-estar da União Europeia (26).

# 3 Fatores de risco profissional de natureza psicossocial

Em termos gerais podem-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 2).

Figura 2. 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 percebidas 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:
<b>1. NATUREZA, CONTEÚDO E CARGA DE TRABALHO</b>	
<p><b>1.1. Monotonia do trabalho</b> – a atividade profissional não possui variedade de tarefas, é pobre em estímulos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> <li>• Integra o conceito de “trabalho monótono”.</li> </ul>
<p><b>1.2. Repetitividade de tarefas</b> - 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"> <li>• 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).</li> <li>• Integra o conceito de “trabalho repetitivo”.</li> </ul>
<p><b>1.3. Intensidade do ritmo trabalho</b> - 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"> <li>• 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.</li> </ul>
<p><b>1.4. Exigência do trabalho<sup>4</sup></b> – 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"> <li>• 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"> <li>• <b>Exigência cognitiva</b> – esforço mental elevado para processamento de informação; concentração elevada e/ou excesso de solicitações sensoriais, cognitivas e intelectuais que conduzem a fadiga mental.</li> <li>• <b>Exigência emocional</b> – 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).</li> <li>• <b>Exigência física</b> - 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.</li> </ul> </li> </ul>

4. Integra aspetos qualitativos e quantitativos da carga de trabalho

FATOR DE RISCO PSICOSSOCIAL - CONCEITO	CONSIDERAÇÕES:
<p><b>1.5. Inadequação da autonomia ou controlo sobre o trabalho</b> - 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>	<p>O fator de risco é um agente suscetível de provocar efeito adverso (dano) na saúde do trabalhador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Quando a avaliação realizada estima que existe:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Carência de autonomia/controlo</b>, ou seja, é inexistente ou existem poucas possibilidades de o trabalhador decidir e planear 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 de desenvolver ideias e soluções inovadoras.</li> <li>• <b>Excesso de autonomia/controlo</b>, ou seja, o trabalhador sente elevados níveis de insegurança, incapacidade e/ou desmotivação para planear e executar as tarefas de trabalho.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>1.6. Inadequação de competências</b> – 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"> <li>• <b>Quando a avaliação realizada estima que</b> o trabalhador para desempenhar a sua atividade profissional: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tem excesso de competências</b> (ex. sobre qualificação), sentindo usualmente falta de interesse no trabalho por este não promover o desenvolvimento dos seus conhecimentos e/ou não valorizar a sua capacidade intelectual.</li> <li>• <b>Tem carência de competências</b> (ex. infra qualificação), sentindo usualmente falta de confiança e segurança no trabalho que realiza, dificuldade na sua concretização e/ou sentimento de “exploração” das suas capacidades.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>1.7. Objetivos irrealistas</b> – os objetivos de trabalho são mal definidos, ambíguos, improváveis ou impossíveis de alcançar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Quando a avaliação realizada estima que</b> 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.</li> </ul>
<p><b>2. CONDIÇÕES, ORGANIZAÇÃO E TEMPO DE TRABALHO</b></p>	
<p><b>2.1. Condições inadequadas do ambiente de trabalho</b> – atividade profissional é realizada em instalações precárias, inseguras, insalubres e/ou com insuficiente(s) condição(ões) ambiental(ais) (ex: físicas, químicas, biológicas, etc.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Quando a avaliação realizada estima que</b> 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.</li> <li>• <b>Integra o conceito de “trabalho em condições adversas”.</b></li> </ul>
<p><b>2.2. Falta de requisitos do equipamento de trabalho</b> – 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"> <li>• <b>Quando a avaliação realizada estima que</b> o trabalhador percebe que, pelo menos, um dos requisitos 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.</li> </ul>
<p><b>2.3. Constrangimentos no tempo de trabalho</b> (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"> <li>• <b>Quando a avaliação realizada estima que:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frequentemente são ultrapassados os limites de duração do período normal de trabalho.</li> <li>• 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.).</li> <li>• 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.</li> <li>• 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).</li> <li>• As pausas de trabalho não são respeitadas.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>2.4. Turnos</b> – 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Quando a avaliação realizada estima/verifica que:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A duração de trabalho de cada turno ultrapassa os limites máximos dos períodos normais de trabalho.</li> <li>• 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).</li> <li>• 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 encontram disponíveis a qualquer momento (art.º 222.º Código Trabalho).</li> <li>• Existe um desajuste do trabalhador aos turnos, evidenciando-se efeitos adversos na saúde e bem-estar<sup>5</sup>.</li> </ul> </li> <li>• <b>Integra o conceito de “trabalho por turnos”.</b></li> </ul>

5 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) (98) e o sistema metabólico (diabetes tipo 2, síndrome metabólica) (99).

FATOR DE RISCO PSICOSSOCIAL - CONCEITO	CONSIDERAÇÕES:
<p><b>2.5. Horário noturno</b> – 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>	<p>O fator de risco é um agente suscetível de provocar efeito adverso (dano) na saúde do trabalhador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Quando a avaliação realizada estima/verifica que:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 significativa<sup>6</sup>.</li> <li>• 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): 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).</li> <li>• Existe um desajuste do trabalhador ao trabalho noturno, evidenciando-se efeitos adversos na saúde e bem-estar<sup>7</sup>.</li> </ul> </li> <li>• <b>Integra o conceito de “trabalho noturno”.</b></li> </ul>

**3. CONTEXTOS SÓCIO RELACIONAIS DO TRABALHO**

<p><b>3.1. Falta de suporte (ou apoio) social</b> - 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"> <li>• <b>Quando a avaliação realizada estima que</b> 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"> <li>• Apoio emocional, relativo às emoções e à provisão de empatia, cuidado, confiança, afeto, escuta e estima;</li> <li>• Apoio de apreciação, relativo ao provimento de informações específicas relativas à avaliação do valor profissional do trabalhador e da qualidade do seu trabalho.</li> <li>• Apoio informativo, relativo a informações diversas que contribuam para a boa prossecução do trabalho e resolução de problemas.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>3.2. Conflitos laborais</b> - 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"> <li>• <b>Quando a avaliação realizada estima que</b> o trabalhador sente que existe conflito no trabalho, em pelo menos uma das seguintes categorias: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflitos Pessoais: 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.</li> <li>• Conflitos Interpessoais ou intergrupais: são semelhantes aos anteriores, mas envolvem o desentendimento entre várias pessoas ou equipas da empresa.</li> <li>• Conflitos com outros trabalhos: surgem quando existem outros trabalhos ou tarefas, dentro ou fora da empresa, que impossibilitam que o trabalho seja devidamente concretizado.</li> <li>• Conflitos entre necessidades e valores: surgem 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.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>3.3. Relações de poder e liderança disruptivas</b> - 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"> <li>• <b>Quando a avaliação realizada revela que</b> as condutas e atitudes no local de trabalho, de superiores, subordinados ou colegas são inadequadas e/ou inapropriadas e afetam negativamente a saúde e bem-estar do trabalhador. Incluem-se situações de assédio, de violência e de mobbing, assim como as lideranças autoritárias, desmotivantes, sem transparência e adequada comunicação e outros aspetos de liderança</li> </ul>

6. 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).

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

FATOR DE RISCO PSICOSSOCIAL - CONCEITO	CONSIDERAÇÕES:
<p>O fator de risco é um agente suscetível de provocar efeito adverso (dano) na saúde do trabalhador:</p>	
<p><b>4. RELAÇÃO TRABALHO / VIDA</b></p>	
<p><b>4.1. Conflito “trabalho-família”</b> – 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"> <li>• <b>Quando a avaliação realizada estima que</b> o tempo despendido pelo trabalhador ou o stress que resulta do desempenho da atividade profissional, prejudicam o desempenho de outros papéis (cônjuge, parental, comunitário).</li> </ul>
<p><b>4.2. Insegurança no emprego</b> – o trabalhador tem a percepção ou a experiência pessoal das consequências negativas das condições de emprego que possui. Pode estar relacionado / é relacionável com a precaridade laboral (37).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Quando a avaliação realizada estima que</b> o trabalhador sente insegurança a nível: a) quantitativo, ou seja medo de perder o emprego, sem ser a sua vontade; b) qualitativo, ou seja medo de perder regalias ou certas características do trabalho que valoriza, aprecia e/ou tem direito (ex. ausência de subsídios).</li> <li>• Usualmente estas situações não estão associadas ao “trabalho tradicional” (19,37) que assegura (ao trabalhador) um trabalho a tempo inteiro, com duração indeterminada, proteção social (ex. reforma, subsídio de desemprego, férias, etc.) e salário.</li> </ul>

## 4 Efeitos na Saúde

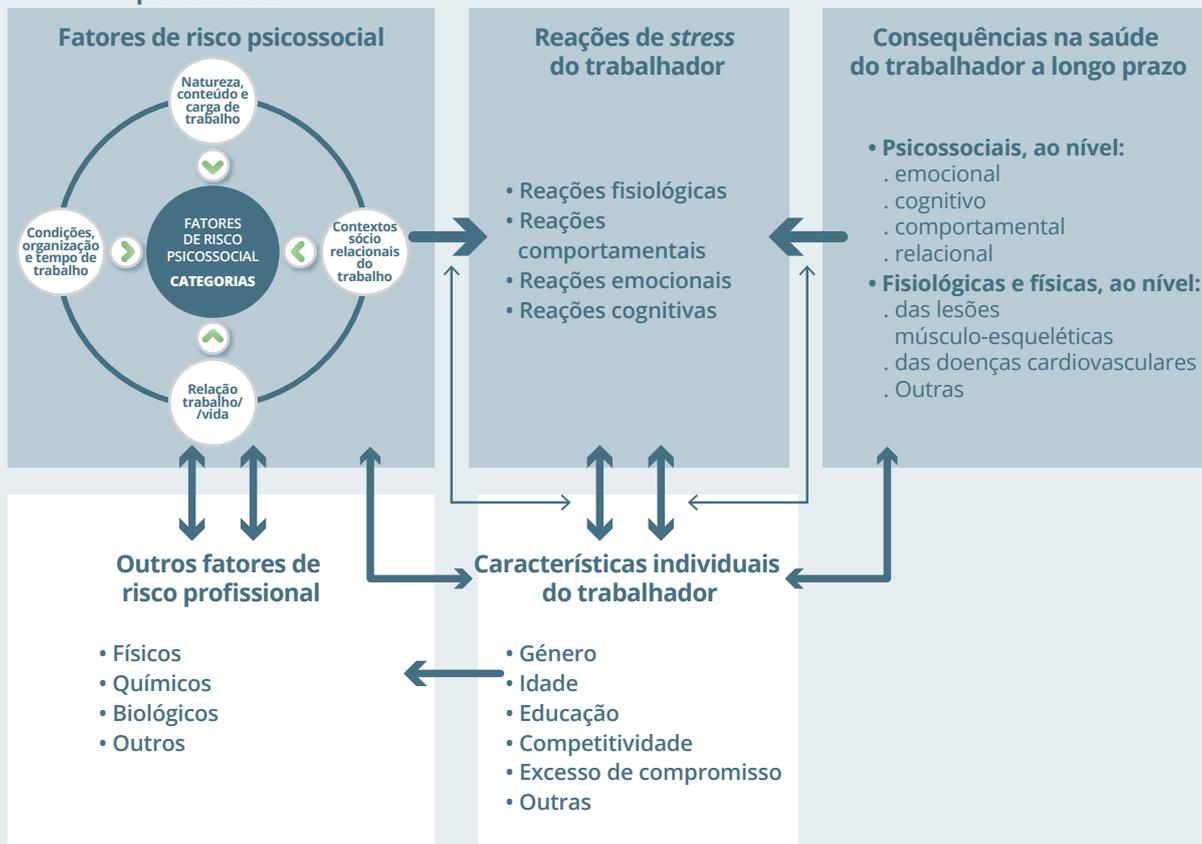
Um inadequado ambiente de trabalho psicossocial e o *stress* relacionado com o trabalho podem ter um impacto negativo, quer direto, quer indireto, na saúde física e bem-estar dos trabalhadores.

A Figura 3 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 diferente 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 percebidos pelo trabalhador é determinante no impacto sobre a sua saúde e bem-estar. **A mesma situação pode ser percebida como um desafio ou como uma ameaça ou perda. Esta percepção terá impactos 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, nomeadamente 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 repetidamente 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 3. Principais efeitos na saúde resultantes da exposição a fatores de risco psicossocial



Fonte: Adaptado de WHO, 2010 (11)

# 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 15.º do RJPSST). Para o efeito, é essencial uma “correta e permanente avaliação de riscos” (ponto 3, artigo 5.º do RJPSST) 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 4 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, psicólogo do trabalho e outros profissionais que integrem os Serviços (ex. assistentes sociais, ergonomistas, entre outros);
- c. Clarificar e melhorar os procedimentos de vigilância de saúde específica e dirigida em matéria de riscos psicossociais.

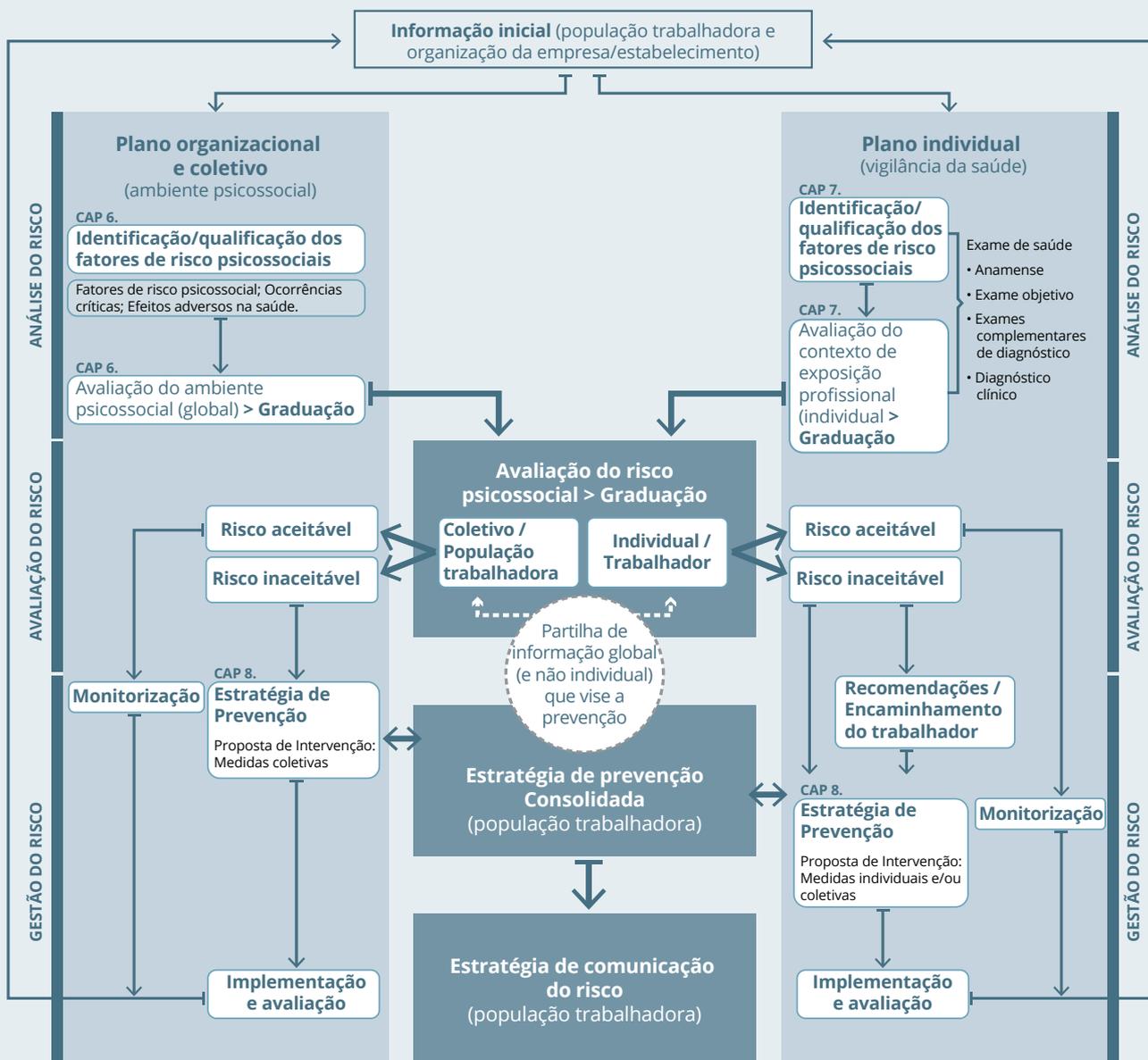
O processo apresentado na Figura 4 tem por base a metodologia de análise, avaliação e gestão do risco profissional e deve ser entendido como um **processo dinâmico** que **visa a ação pela adoção de medidas** preventivas e de proteção que eliminem ou minimizem o risco psicossocial.

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:

Figura 4. **Modelo conceptual da atuação dos Serviços de SST/SO no âmbito dos riscos psicossociais**



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 1.

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

## 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 1) 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 4) estabeleça dois planos distintos (o “Plano organizacional e coletivo” e o “Plano individual”), 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 percepção dos trabalhadores quanto aos efeitos de saúde adversos (Figura 5).

Figura 5. **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 1, 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 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. (28) e versão portuguesa de Silva, C.F. (29);
- b. Job Content Questionnaire** - versão original de Karasek (31) e versão portuguesa de Villas-Boas & Cerqueira (32);
- c. Work Design Questionnaire** - versão original de Morgeson FP & Humphrey SE (33) e versão portuguesa de Proença (34);
- d. Outros instrumentos** relativos a temas específicos como por exemplo:
  - » Ausência de Reciprocidade - versão original de Schaufeli (35);
  - » Conflito trabalho-família - versão original de Carlson, Kacmar, & Williams (36) e versão portuguesa de Vieira, Lopez & Mena-Matos (37);
  - » Dissonância Emocional - Versão original de Zapf et al. (38);
  - » Escala de Conflito Intragrupal – versão original de Dimas & Lourenço (30);
  - » *Scale of Perceived Overqualification (SPOQ)* - versão original de Khan & Morrow (39) e versão portuguesa de Gonçalves Neto et al. (40);
  - » *Standard Shiftwork Index (SSI)* - versão original de Barton (41) e versão portuguesa de Silva, et al. (42) com a designação de Estudo Padronizado do Trabalho por Turnos (EPTT);
  - » *Utrecht Work Engagement Scale (UWES)* – Escala de Schaufeli et al. (42), 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 (44)) poderá ser útil na avaliação do assédio no local de trabalho.

Quadro 3. **Ocorrências críticas no contexto dos riscos psicossociais**

OCORRÊNCIA CRÍTICA	CARACTERIZAÇÃO
<p><b>Assédio</b>                      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.                      Este comportamento ou prática é manifestada de forma recorrente, isto é, resulta de um processo e não de ato único ou pontual.                      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><b>É uma situação crítica quando a avaliação evidencia que</b> 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 (45):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 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.</li> <li>b) 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.</li> <li>c) A prática de assédio é verificada “em termos da consequência para o assediado, e não pela intenção de assediar”.</li> </ul>
<p><b>Violência (interpessoal)</b>                      É um ato ou fenómeno de “agressão física, psicológica ou sexual, de discriminação e/ou constrangimento social” (46) que ocorre em contexto laboral, de forma isolada ou enquadrada no processo de assédio, de elevada gravidade.</p>	<p><b>É uma situação crítica quando a avaliação evidencia que</b> houve uma transgressão aos sistemas de normas e valores, mediante (adaptado de DGS 2014 (46)):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Violência física:</b> 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.</li> <li>• <b>Violência psicológica:</b> 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.</li> <li>• <b>Violência sexual:</b> passa por obrigar, coagir, ameaçar ou forçar a vítima a práticas sexuais contra a sua vontade.</li> <li>• <b>Privação e negligência:</b> 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.</li> </ul>
<p><b>Acontecimentos de emergência ou catástrofe</b>                      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><b>É uma situação crítica quando a avaliação evidencia que</b> 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 (47).                      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 perceção dos efeitos na saúde

Diversas metodologias poderão ser utilizadas para se proceder à análise da perceção 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, 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 (48), validada para a população portuguesa por Espírito-Santo (49);
  - b. Felicidade subjetiva** - Escala de Lyubomirsky & Lepper (50), validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro (51);
  - c. *Mental Health Inventory*** (MHI) – Veit & Ware (52), validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro (53);
  - d. Perceção Geral de Saúde** (SF-36) - Escala de Ware (54), validada para a população portuguesa por Portugal por Ferreira (55);
  - e. Qualidade de Vida da OMS** (EUROHIS-QOL-8) – Power (56), validada para a população portuguesa por Pereira, et al.(57);
  - f. Satisfação Geral com a Vida** - Escala de Diener et al. (58), validada para a população portuguesa por Simões (59).

## 6.2. Avaliação do risco psicossocial

Qualquer metodologia utilizada deverá permitir alcançar uma **graduação (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 2, 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 **perceção 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 2. 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.

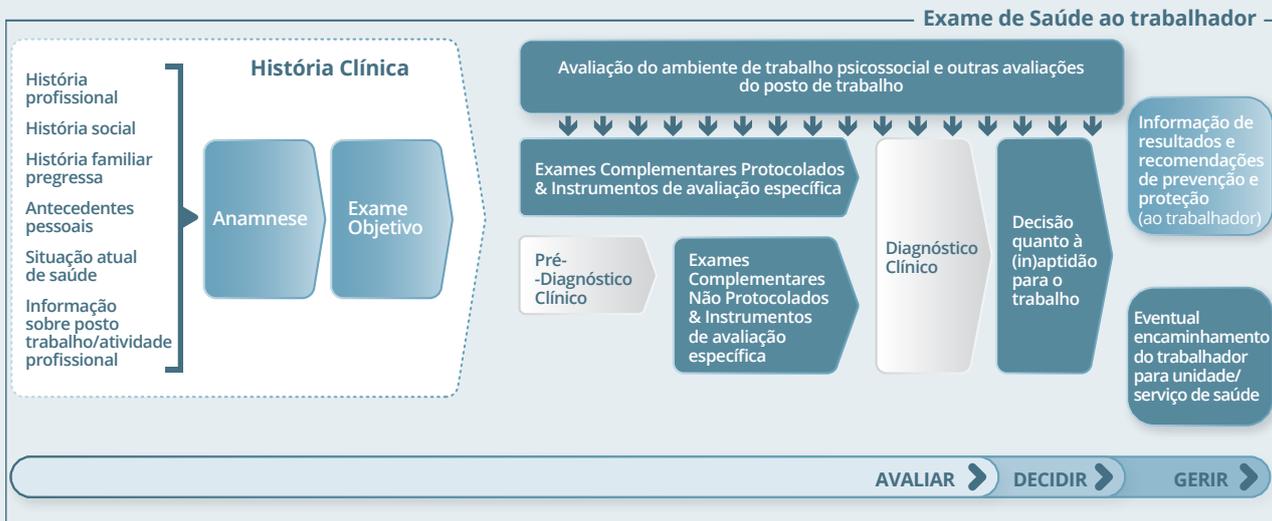
No âmbito da vigilância da saúde a realização de exames de saúde tem como objetivo “comprovar e **avaliar a aptidão física e psíquica do trabalhador para o exercício da atividade, bem como a repercussão desta e das condições em que é prestada na saúde do mesmo**” (ponto 1, artigo 108.º do RJPST). Assim 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.

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 RJPST).

Os exames de saúde de **admissão e periódicos** (que são programados) deverão integrar as fases e componentes indicados na Figura 6.

Figura 6. Componentes do exame de saúde



Fonte: adaptado do Guia Técnico n.º 2 de Saúde Ocupacional da DGS, 2018 (60)

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 6. 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). Durante o processo de reabilitação psicossocial, a intervenção de assistentes sociais poderá ser muito relevante na realização de eventuais avaliações complementares e no procedimento de reinserção social mais adequado para o trabalhador.

## 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 (61) 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 progressiva, 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 dos determinantes sociais - **Apontamento 3**.

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”.
- **Habilitações 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/Etnia:** “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”.

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

HISTÓRIA PROFISSIONAL	HISTÓRIA SOCIAL	HISTÓRIA FAMILIAR PREGRESSA
<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"> <li>• Número de anos de trabalho (ou data em que começou a trabalhar);</li> <li>• Principais postos de trabalho (anteriores e atual) e ocorrência de situações graves que comprometeram a saúde mental (ex. ataque de pânico, depressão, <i>stress</i> grave, <i>bullying</i>);</li> <li>• Funções exercidas e dificuldades verificadas no seu desempenho;</li> <li>• Acidentes de trabalho ou doenças profissionais, designadamente aquelas que tenham originado sequelas ou limitações com influência na saúde mental;</li> <li>• Tipo de vínculo contratual/contrato de trabalho;</li> <li>• Desenvolvimento e estado da carreira profissional;</li> <li>• Atividades profissionais que são concomitantes.</li> </ul>	<p>O trabalhador deverá ser inquirido sobre os seguintes aspetos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Composição do agregado familiar (incluindo filhos, pais, sogros, tios, entre outros parentescos) e responsabilidades/ carga familiar/ doméstica;</li> <li>• Número de filhos/crianças ao cuidado do trabalhador e respetiva idade (ter em atenção sobretudo crianças com idade inferior a 3 anos);</li> <li>• Existência de atividade de cuidador informal, respetivo motivo (ex: familiar com demência, com deficiência, etc.) e duração;</li> <li>• Condição socioeconómica e habitacional do trabalhador (incluindo a distância casa-trabalho e meio de deslocação);</li> <li>• Vivências traumáticas (20,46) (ex. experiências de rejeição, abandono, negligência, violência, incluindo durante a infância).</li> </ul>	<p>O trabalhador deverá ser inquirido sobre os antecedentes familiares relativos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perturbações mentais – doenças mentais (quadros de neurose ou de psicose).</li> <li>• Outras patologias com eventual fator hereditário (ex. cardiovascular, respiratória, alérgica, oncológica) dada a possibilidade de influenciarem negativamente a saúde e o bem-estar mental do trabalhador.</li> </ul>

**ANTECEDENTES PESSOAIS E SITUAÇÃO ATUAL DE SAÚDE**

<p>O trabalhador deverá ser inquirido sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patologia crónica (ex. doenças mentais crónicas, diabetes, doenças osteomusculares, etc.);</li> <li>• Perturbações mentais, comportamentais e do neuro desenvolvimento, assim como respetiva evolução;</li> <li>• 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);</li> <li>• Acompanhamento em consultas de outras especialidades, designadamente de Psiquiatria, Psicologia e outras;</li> <li>• História ginecológica/obstétrica incluindo informação relativa à gestação (tempo de gestação e data e tipo de parto, abortamentos, se aplicável) e amamentação;</li> <li>• Disfunções sexuais;</li> <li>• Situações de assédio, violência e tentativas de suicídio;</li> <li>• Internamentos, tratamentos anteriores e antecedentes cirúrgicos;</li> <li>• Sequelas de acidentes (ex. viação, desportivos, de lazer ou domésticos) relevantes;</li> <li>• Sintomatologia atual relevante (queixa(s) de saúde) referida pelo trabalhador e sua relação com a atividade profissional.</li> <li>• Hábitos e estilos de vida (*): a) Hábitos tabágicos, alcoólicos e relativos a outras substâncias psicoativas; b) Hábitos alimentares; c) Comportamentos 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”).</li> </ul>
--

**INFORMAÇÃO SOBRE POSTO DE TRABALHO/ATIVIDADE PROFISSIONAL**

<p>Inquirir o trabalhador sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarefas: a) Principais tarefas; b) Condições de trabalho em que as tarefas são desempenhadas.</li> <li>• 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.</li> <li>• Turnos (se aplicável): a) Tipo de turnos; b) Sequência dos turnos; c) Número de turnos noturnos/mês; d) Adaptação aos turnos de trabalho.</li> <li>• Dias de ausência ao trabalho.</li> <li>• Perceção do trabalhador relativamente ao seu trabalho.</li> </ul>
--

**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** (61). 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 6.

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 (62), 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 (63).

#### **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 (64).

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 (65).

#### **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:

##### **a. Depressão, ansiedade e stress:**

- » HADS - *Hospital Anxiety and Depression Scale* de Zigmund & Snaith (66), versão portuguesa de Silva et al. (67).
- » Inventário da Depressão de Beck (68), com versão portuguesa de Gomes-Oliveira et al. (69).
- » EADS - Escalas de Ansiedade, Depressão e *Stress* de 21 itens de Lovibond & Lovibond (70), com versão portuguesa de Pais Ribeiro (71,72). b) *Burnout*
- » *Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)* – Escala de Demerouti e Nachreiner (73), validada para a população portuguesa por Sinval et al. (74).



## b. Situações traumáticas

- » *Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist (PCL-5)* – Escala de Weathers et al. (75), validada para a população portuguesa por Carvalho, da Motta e Pinto-Gouveia (76).

## c. Álcool:

- » *AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test (77)*, versão portuguesa da Direção-Geral da Saúde (78).

## d. Tabaco:

- » *The Fagerström Test for Nicotine Dependence (79)*, versão portuguesa da Direção-Geral da Saúde (80).
- » *Richmond Test (81)*, versão portuguesa da Direção-Geral da Saúde (80).
- » *STOP-Bang Questionnaire (82)*, versão portuguesa de Reis et al. (83).
- » *PSQI - Pittsburgh sleep quality index (84)*, versão portuguesa de Del Rio João et al. (85).

## e. Sono:

- » *STOP-Bang Questionnaire (82)*, versão portuguesa de Reis et al. (83).
- » *PSQI - Pittsburgh sleep quality index (84)*, versão portuguesa de Del Rio João et al. (85).
- » *ESS - Epworth Sleepiness Scale (86)*, versão portuguesa de Bertolazi et al. (87).

## f. Obesidade:

- » *IMC - Índice de Massa Corporal*, proposto por Adolphe Quetelet entre 1830 e 1850 e desenvolvido por Keys et al., (88) 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. Indicam-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; gases, como o monóxido de carbono; compostos orgânicos voláteis, como o 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.

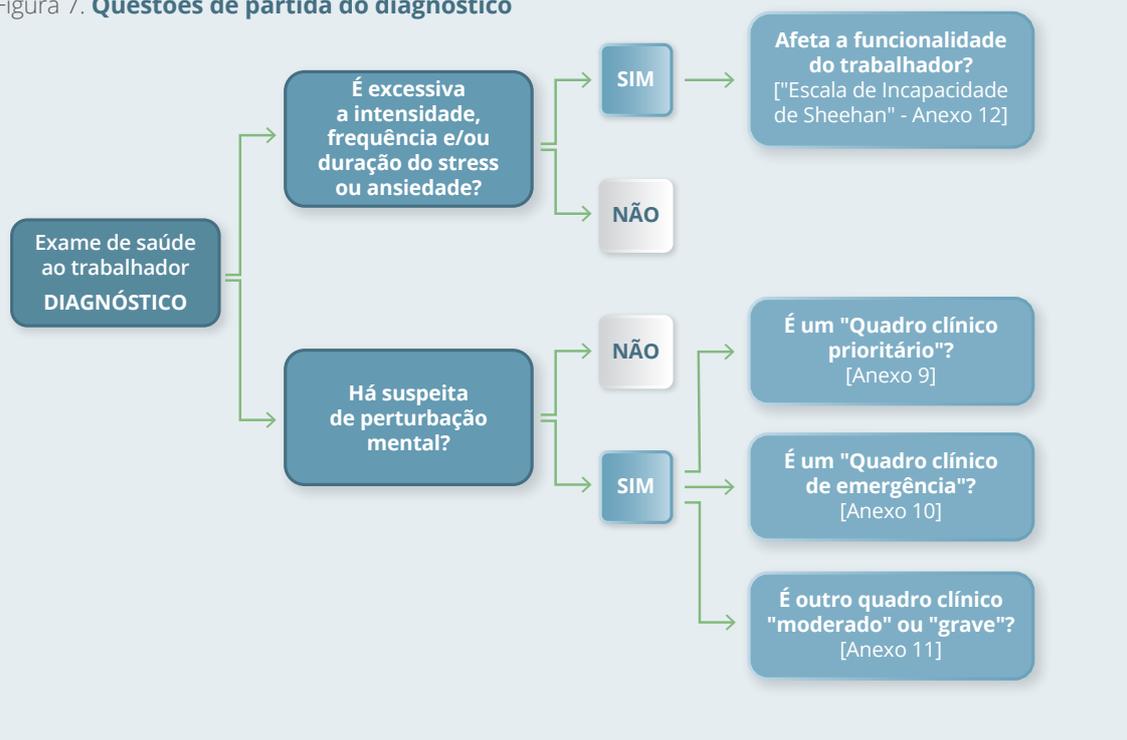
### 7.1.6. Diagnóstico clínico

O diagnóstico clínico exige uma avaliação de **contexto e a conjugação** (23) de **informação diversa**, 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 (61) para unidades de saúde “não especializadas em saúde mental”, estabelece-se que o diagnóstico clínico deverá ter como objetivo a deteção e avaliação (Figura 7):

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

Figura 7. **Questões de partida do diagnóstico**



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

- **Quadro clínico prioritário:** situações agudas, em que o trabalhador não está em risco de vida iminente, mas existe o risco de evolução para complicações mais graves 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:** 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 3): 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 4) e a *Global Assessment of Functioning* (Anexo 5), 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 4).

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 (89) e identifica os quadros que devem ser considerados como **eventos sentinela** (23) dada a sua relação com o trabalho.

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.

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

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

## 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. **Gradação do nível de risco profissional**

GRAVIDADE DO DANO NA SAÚDE					FATOR DE CORREÇÃO INDIVIDUAL (DECISÃO DO MÉDICO DO TRABALHO)
	Muito Ligeira	Ligeira	Grave	Muito Grave	
FREQUÊNCIA (PREJUÍZO NO DESEMPENHO PROFISSIONAL E SOCIAL)	Baixa	Risco Baixo	Risco Baixo	Risco Médio	Risco Médio
	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

Graduação final do nível de risco profissional: \_\_\_\_\_

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, supervisores, chefias e/ou clientes, 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 8.  
Figura 8. **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

Avaliação da necessidade de:

- **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”** (Anexo3) **ou que integrem o “Quadro clínico de emergência”** – devem ser encaminhadas para hospital com urgência de psiquiatria, sempre que necessário.
- b. **“Moderadas”** (Anexo3) **ou que integrem o “Quadro clínico prioritário”** – 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, pertencentes à DICAD (Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências) de cada Administração Regional de Saúde. 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 a situação de perturbação mental do 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 salvaguardar 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 as pessoas que recebem apoio de serviços de reabilitação de saúde mental têm maior possibilidade de reintegrar a vida comunitária e de trabalho de forma mais sustentada (90).

#### **7.3.4. Vigilância epidemiológica**

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 a situação em causa;
- 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, a capacitação para o desempenho e a qualidade de vida no trabalho 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
<b>PREVENÇÃO PRIMÁRIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminar ou reduzir os fatores de risco psicossociais e promover ambientes de trabalho saudáveis;</li> <li>• Evitar alterações adversas na saúde e bem-estar do trabalhador;</li> <li>• Evitar a ocorrência de doença ou outro efeito adverso na saúde do trabalhador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar e avaliar os fatores de risco psicossocial existentes no local de trabalho;</li> <li>✓ Propor ao empregador medidas que evitem/minimizem a exposição profissional;</li> <li>✓ (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.</li> </ul>
<b>PREVENÇÃO SECUNDÁRIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceder ao diagnóstico/deteção precoce de problemas de saúde mental em indivíduos/trabalhadores;</li> <li>• Fomentar a existência de tratamento adequado da perturbação mental;</li> <li>• Impedir a progressão, duração e/ou gravidade da doença ou de outro efeito nocivo (diminuição da prevalência da doença);</li> <li>• Minimizar as implicações na capacidade de trabalho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar e avaliar a(s) situação(ões) de exposição profissional;</li> <li>✓ Corrigir as condições de trabalho que levaram à exposição profissional;</li> <li>✓ 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;</li> <li>✓ Garantir o adequado encaminhamento do trabalhador, sempre que necessário, e acompanhar a intervenção terapêutica associada.</li> </ul>
<b>PREVENÇÃO TERCÍARIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar na reabilitação e recuperação dos trabalhadores que tenham sofrido perturbações mentais graves.</li> <li>• Evitar complicações e/ou o agravamento do estado de saúde do trabalhador;</li> <li>• Evitar recidivas da doença mental ou morte precoce;</li> <li>• Evitar ou minimizar as sequelas e o sofrimento do trabalhador;</li> <li>• Minimizar as implicações na capacidade de trabalho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Acompanhar a reabilitação clínica;</li> <li>✓ Indicar ao trabalhador a necessária readaptação do posto de trabalho;</li> <li>✓ Recomendar medidas para a reabilitação profissional;</li> <li>✓ Contribuir para a reintegração profissional e para a reabilitação psicossocial e profissional.</li> </ul>

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 coletivas/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 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 (61);
  - Acompanhar as situações de absentismo, em particular as ausências ao trabalho por doença (91), pelos Serviços de Saúde do Trabalho.
  - Adotar procedimentos específicos para as reclamações efetuadas pelos trabalhadores (91).
  - Reduzir o estigma da doença mental, assim como a marginalização e discriminação das pessoas afetadas por esta doença (61), através da informação e sensibilização dos trabalhadores e o esclarecimento claro sobre estas doenças (46).
  - Promover a inclusão dos trabalhadores com perturbações mentais, neurológicas e com comportamentos aditivos (ex. consumo de álcool e outras drogas) (61).
  - Dar especial atenção aos padrões de direitos humanos nacionais e internacionais (61).

## 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 (PRINCIPAL)
<b>1. NATUREZA, CONTEÚDO E CARGA DE TRABALHO</b>	
<b>1.1. Monotonia do trabalho</b>	<b>→ Enriquecimento do trabalho</b>
<p><b>Exemplos de medidas de prevenção:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenuar o trabalho monótono em função do tipo de atividade e exigências em matéria de SST, designadamente ao: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Introduzir interrupções e pausas regulares ao longo da jornada de trabalho.</li> <li>✓ Proceder à movimentação corporal durante as pausas ou interrupções de trabalho.</li> <li>✓ Organizar as tarefas de trabalho de forma a combinar várias posturas de trabalho.</li> <li>✓ Configurar o ambiente de trabalho com estímulos de luz, cor e/ou música adequada.</li> <li>✓ Fornecer atividades significativas aos trabalhadores para realizarem.</li> </ul> </li> <li>• Desenvolver competências e conhecimentos que permitam a ampliação e variação de tarefas realizadas pelo trabalhador.</li> </ul>	
<b>1.2. Repetitividade de tarefas</b>	<b>→ Diversificação do trabalho</b>
<p><b>Exemplos de medidas de prevenção:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenuar a cadência do trabalho em função das capacidades físicas e mentais do trabalhador, designadamente ao: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evitar ciclos de trabalho muito curtos, com trabalho fragmentado e desprovido de sentido.</li> <li>✓ Contemplar a rotatividade de trabalhadores visando a execução de tarefas diferentes e variadas ao longo da jornada de trabalho.</li> <li>✓ Introduzir interrupções e pausas regulares ao longo da jornada de trabalho.</li> </ul> </li> <li>• Desenvolver competências e conhecimentos que permitam ao trabalhador realizar uma maior diversidade de tarefas.</li> </ul>	
<b>1.3. Intensidade do ritmo trabalho</b>	<b>→ Moderação do ritmo de trabalho</b>
<p><b>Exemplos de medidas de prevenção:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuir a cadência ou o encadeamento da tarefa de trabalho, designadamente ao: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Introduzir interrupções e pausas regulares ao longo da jornada de trabalho.</li> <li>✓ Possibilitar ao trabalhador mudar o período de início/conclusão de um ciclo de trabalho pré-determinado/padronizado (ex. regulado por uma máquina).</li> <li>✓ Aumentar o período de tempo de trabalho estabelecido para a realização de uma tarefa.</li> </ul> </li> <li>• Configurar posições de trabalho corretas e confortáveis ao trabalhador que facilitem a execução da tarefa.</li> </ul>	
<b>1.4. Exigência do trabalho</b>	<b>→ Adequação das exigências às capacidades individuais</b>
<p><b>Exemplos de medidas de prevenção:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Reformular os processos de trabalho, procedendo à rotação de trabalhadores nas tarefas mais difíceis e exigentes.</li> <li>• Adotar/melhorar os sistemas informatizados de controlo de processos contínuos, que facilitem a execução/monitorização pelos trabalhadores.</li> <li>• Proporcionar aos trabalhadores técnicas e abordagens psicoeducativas na área de gestão de <i>stress</i>, regulação emocional e mental.</li> <li>• Fornecer aos trabalhadores meios adequados e formação específica para uma movimentação de cargas segura.</li> <li>• Adequar o trabalho às capacidades individuais do trabalhador.</li> </ul>	
<b>1.5. Inadequação da autonomia ou controlo sobre o trabalho</b>	<b>→ Oportunidade de desenvolvimento e de controlo</b>
<p><b>Exemplos de medidas de prevenção:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequar a carga de trabalho (mental) às capacidades individuais do trabalhador.</li> <li>• 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.</li> <li>• Acordar entre todos os elementos da equipa uma forma justa de distribuir o trabalho e as diversas tarefas.</li> <li>• Reformular os processos de trabalho, procedendo à rotação de trabalhadores nas tarefas mais difíceis e exigentes.</li> <li>• Assegurar recursos humanos adicionais em períodos de atividade laboral mais intensa.</li> <li>• Adotar/melhorar os sistemas informatizados de controlo de processos contínuos, que facilitem a execução/monitorização pelos trabalhadores.</li> <li>• Proporcionar aos trabalhadores técnicas e abordagens psicoeducativas na área de gestão de <i>stress</i>, regulação emocional e mental.</li> </ul>	

FATOR DE RISCO PROFISSIONAL	FATOR PROTETOR (PRINCIPAL)
<p><b>1.6. Inadequação de competências</b></p> <p><b>Exemplos de medidas de prevenção:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atribuir funções adequadas às competências e categoria profissional do trabalhador na fase de recrutamento e ao longo do percurso profissional.</li> <li>• Proporcionar horário de trabalho que facilite a frequência de curso escolar ou formação técnica ou profissional.</li> <li>• Excesso de competências: avaliar a possibilidade de o trabalhador integrar outra área/serviço e/ou executar outras tarefas na empresa mais adequadas às suas competências.</li> <li>• Carência de competências: disponibilizar/incentivar o trabalhador a ter mais formação/qualificação, de forma a potenciar o seu desenvolvimento profissional e pessoal.</li> </ul>	<p><b>→ Adequação e desenvolvimento de competências</b></p>
<p><b>1.7. Objetivos irrealistas</b></p> <p><b>Exemplos de medidas de prevenção:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clarificar os objetivos definidos.</li> <li>• 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.</li> <li>• Estabelecer objetivos profissionais que estejam bem conciliados com a vida pessoal, dado que desta forma estabelecem mais confiança e segurança ao trabalhador.</li> <li>• Determinar 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.</li> <li>• Assegurar que os objetivos definidos são justos.</li> </ul>	<p><b>→ Clareza de objetivos</b></p>
<p><b>2. CONDIÇÕES, ORGANIZAÇÃO E TEMPO DE TRABALHO</b></p>	
<p><b>2.1. Condições inadequadas do ambiente de trabalho</b></p> <p><b>Exemplos de medidas de prevenção:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurar condições de trabalho salubres e seguras.</li> <li>• 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).</li> <li>• Adotar medidas de higienização adequadas, nomeadamente pela limpeza periódica dos pavimentos, paredes e outras superfícies.</li> <li>• Promover locais de trabalho “humanizados” em que os trabalhadores sintam bem-estar e conforto.</li> </ul>	<p><b>→ Conforto e bem-estar no trabalho</b></p>
<p><b>2.2. Falta de requisitos do equipamento de trabalho</b></p> <p><b>Exemplos de medidas de prevenção:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• Garantir que os equipamentos se encontram em bom estado de funcionamento e conservação, informando os trabalhadores do cumprimento destes requisitos.</li> <li>• Assegurar que os trabalhadores têm a formação e o conhecimento suficiente e adequado para utilizar o equipamento de trabalho.</li> </ul>	<p><b>→ Equipamentos seguros e operacionais; Adequação do equipamento</b></p>
<p><b>2.3. Constrangimentos no tempo de trabalho (duração, pausas e organização)</b></p> <p><b>Exemplos de medidas de prevenção:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a distribuição do trabalho para que todas as tarefas sejam realizadas no horário normal de trabalho.</li> <li>• Respeitar os intervalos de descanso diário, semanal ou compensatório do trabalhador, nomeadamente suprimindo os contactos telefónicos, por <i>mail</i> ou outras vias de comunicação.</li> <li>• Aumentar os prazos de entrega estabelecidos e/ou o tempo destinado à conclusão de determinada tarefa.</li> <li>• Atribuir prioridades às tarefas distribuídas ao trabalhador (prioridades de trabalho) e planificar previamente as tarefas.</li> <li>• Identificar “economizadores” / “desperdiçadores” de tempo visando melhorar a gestão do tempo - técnicas de gestão de tempo.</li> <li>• Adequar o tempo de trabalho à quantidade e qualidade da informação trabalhada.</li> <li>• 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.</li> <li>• Realizar atividades de trabalho similares de forma sequencial.</li> <li>• 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.</li> <li>• Proporcionar horários de trabalho flexíveis ou trabalho a tempo parcial de acordo com as necessidades dos trabalhadores e as respetivas responsabilidades familiares.</li> </ul>	<p><b>→ Boa gestão do tempo</b></p>

**FATOR DE RISCO PROFISSIONAL**

**FATOR PROTETOR (PRINCIPAL)**

**2.4. Turnos**

→ Respeitar os tempos de descanso

**Exemplos de medidas de prevenção:**

- 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**

→ Diminuir a exposição/ intensidade à/da luz

**Exemplos de medidas de prevenção:**

- Evitar, sempre que possível, o 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, nesses períodos, 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**

→ Apoio, Confiança e Solidariedade

**Exemplos de medidas de prevenção:**

**Apoio emocional**

- Manter uma comunicação regular entre chefias/supervisores e trabalhadores e entre colegas.
- Atribuir especial atenção e ajuda:
  - 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 (61);
- Preparar o trabalhador para as mudanças naturais da vida (gravidez, amamentação, menopausa, reforma, etc.) e sua influência no trabalho (61).
- Teletrabalho: Manter e ativar 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..

**Apoio de apreciação**

- 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.

**Apoio informativo**

- 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 informação para o desempenho profissional.
- Prestar *feedbacks* pessoais e construtivos, que reflitam e melhorem a postura do trabalhador e o seu desempenho nas tarefas.

**FATOR DE RISCO PROFISSIONAL**

**FATOR PROTETOR (PRINCIPAL)**

**3.2. Conflitos laborais**

→ **Respeito, Negociação e Justiça**

**Exemplos de medidas de prevenção:**

- 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” (46).
- Atribuir 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 a nível:
  - 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 partilhadas.

**3.3. Relações de poder e de liderança disruptivas**

→ **Adequada liderança**

**Exemplos de medidas de prevenção:**

- 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).
- Informar trabalhadores, clientes e prestadores de serviços das condutas internas e da intolerância a situações de assédio e violência.
- Formação de chefias quanto à liderança e capacitação para lidar com subordinados com diferentes padrões de desempenho e/ou desadequação ao nível da saúde e bem-estar.

**4. RELAÇÃO TRABALHO / VIDA**

**4.1. Conflito “trabalho-família”**

→ **Equilíbrio trabalho/família**

**Exemplos de medidas de prevenção:**

- 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**

→ **Sentimento de pertença e de futuro na empresa; segurança do emprego**

**Exemplos de medidas de prevenção:**

- 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 mental (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)
<p><b>Assédio</b></p>	<p>→ <b>Conduta de tolerância “zero”</b></p>
<p><b>Exemplos de medidas de prevenção:</b></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 (46).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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-la 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 tolerada (47) .</li> <li>• Distribuir informação sobre a política de prevenção de assédio nos locais de trabalho.</li> <li>• Constituir uma comissão de inquérito, sempre que possível com elementos externos à empresa, que avalie a situação e proponha soluções.</li> <li>• 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.</li> <li>• Desenvolver competências dos trabalhadores para “saber pedir ajuda” ou “para ajudar quem precisa” (5).</li> <li>• 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 (92).</li> </ul> <p><b>Após a ocorrência</b> de uma situação de assédio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proteger os trabalhadores envolvidos e a sua privacidade, relativamente às pessoas que apresentam queixa, às vítimas, às testemunhas, e a quem denunciam (47). 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 (92).</li> <li>• Assegurar a confidencialidade da informação prestada na queixa, na medida do possível e conforme o caso (47) e da informação obtida na investigação/inquérito da ocorrência.</li> <li>• Prestar o necessário apoio psicológico à vítima de assédio ou de violência e apoio e aconselhamento em matéria de procedimentos administrativos e legais.</li> <li>• Proceder a uma avaliação de riscos centrada especificamente no assédio, de modo a identificarem-se as medidas adicionais que são necessárias implementar (92).</li> <li>• Registrar a ocorrência dos factos e as medidas implementadas.</li> </ul> <p>Consoante a situação, <b>poderá ainda haver necessidade</b> de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 (47).</li> <li>• Interromper a atividade laboral em caso de perigo iminente para a vida ou para a saúde dos trabalhadores (47).</li> <li>• Comunicar e solicitar a intervenção da autoridade policial.</li> </ul>	

OCORRÊNCIA CRÍTICA	FATOR PROTETOR (PRINCIPAL)
<p><b>Violência</b> (interpessoal)</p> <p><b>Exemplos de medidas de prevenção:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar e implementar medidas que evitem ou minimizem a exposição profissional:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- <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 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).</li> <li>- <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 a outros que promovam violência/discriminação).</li> <li>- <i>medidas organizacionais</i> (92) que melhorem práticas e métodos de gestão (29):                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir e reduzir filas de espera, de forma a ter o menor número de clientes/utentes junto à zona de atendimento;</li> <li>• Prestar informação periódica sobre atrasos;</li> <li>• Admitir pessoal em número suficiente;</li> <li>• Evitar o trabalho isolado e, quando imprescindível, manter contacto periódico com estes trabalhadores.</li> <li>• Adaptar o horário de expediente aos clientes;</li> <li>• Remover periodicamente dinheiro/valores e privilegiar alternativas que não envolvam o uso de moedas ou notas;</li> <li>• Verificar a identificação dos visitantes.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Reduzir o acesso a álcool na empresa, visando diminuir situações de violência.</li> <li>• Estabelecer e divulgar práticas que estimulem a igualdade de género (46), o respeito, a colaboração e a integração entre os trabalhadores (29) da empresa/estabelecimento (ex. iniciativas que reforcem a comunicação interna, o diálogo e a interajuda).</li> <li>• 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.</li> <li>• Prestar o necessário apoio, incluindo o psicológico, à vítima de violência.</li> <li>• Proceder a uma avaliação de riscos centrada especificamente na violência, de modo a identificarem-se as medidas adicionais que são necessárias implementar.</li> <li>• Registar a ocorrência dos factos e as medidas implementadas.</li> <li>• 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.</li> </ul>	<p>→ <b>Sentimento de segurança</b></p>
<p><b>Acontecimentos de emergência ou catástrofe</b></p> <p><b>Exemplos de medidas de prevenção:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Focar toda a resposta preventiva na “capacidade ocupacional de longo prazo” em detrimento da resposta à “crise de curto prazo” (3).</li> <li>• 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 a acontecer, o porquê, a previsão da sua duração (93), assim como as decisões relacionadas à continuidade dos negócios e plano da organização da empresa (8).</li> <li>• Envolver os trabalhadores no planeamento dos negócios e de retorno gradual ao trabalho (8), visando promover atitudes positivas e reforçar a coesão da equipa.</li> <li>• Garantir que os suprimentos básicos (comida, água, cuidados de saúde) estão assegurados (93) e que não são interrompidas rotinas de vida diária essenciais à saúde mental.</li> <li>• Assegurar a rotatividade dos trabalhadores entre funções de maior <i>stress</i> para outras de menor <i>stress</i> (3).</li> <li>• Conjuguar trabalhadores inexperientes com trabalhadores experientes na execução de tarefas (3).</li> <li>• Reforçar o sentimento de segurança, nomeadamente pelo esclarecimento dos comportamentos a adotar que impedam propagação de doença, quando aplicável.</li> <li>• Implementar horários flexíveis para os trabalhadores diretamente afetados ou que tenham de prestar assistência amembro da família afetado (3).</li> <li>• Implementar estratégias de autocuidado para mitigar o <i>stress</i> (3) – manter rotinas e horários regulares de sono; ingerir alimentos saudáveis; fazer exercício regular; praticar yoga, bricolage, pintura, etc;</li> <li>• Garantir e facilitar o acesso a apoio psicossocial (3).</li> </ul>	<p>→ <b>Resiliência e interajuda por forma a superar contextos de adversidade</b></p>

# 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.

○ **local de trabalho é um contexto “privilegiado de ação”<sup>(17)</sup> 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 (18,94): 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 (94). Assumem-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:
<b>Individual</b>	<p><b>Centra-se:</b> no trabalhador e nos determinantes de saúde, em especial relacionados com hábitos, práticas e estilos de vida.</p> <p><b>Relaciona-se com:</b> 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 <i>stress</i> costumam ter dificuldade em prestar atenção suficiente ao seu próprio bem-estar. Esta situação pode estar associada a 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"> <li>- Técnicas de relaxamento;</li> <li>- Higiene do sono;</li> <li>- Hábitos alimentares saudáveis;</li> <li>- Atividade física regular;</li> <li>- Posturas no local de trabalho;</li> <li>- Cessação tabágica/álcool/drogas;</li> <li>- Primeiros socorros - crise convulsiva epilética, delírio, psicose, ansiedade ou depressão severas (3) e comportamentos disruptivos.</li> </ul>
<b>Ambiente de trabalho</b>	<p><b>Centra-se:</b> na cultura e clima organizacional e no “design” (estrutura) do trabalho na sua dimensão física e psicossocial.</p> <p><b>Relaciona-se com:</b> 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"> <li>- Promoção da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida no trabalho;</li> <li>- Gestão da motivação no trabalho;</li> <li>- Estratégias de comunicação;</li> <li>- Técnicas de planeamento e gestão do trabalho;</li> <li>- Dinâmicas de valorização: da inovação, da criatividade, do empenho, de comportamentos saudáveis, de resiliência no trabalho;</li> <li>- Estratégias para equilíbrio trabalho/família.</li> </ul>
<b>O princípio de participação do trabalhador é um requisito essencial em ambas as vertentes.</b>		

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 (61). No entanto, este bem-estar mental é distinto entre trabalhadores, vai evoluindo ao longo do tempo e está em relação com as suas **necessidades**, que numa perspetiva laboral tem a ver 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 9), ainda que não exista uma estanquicidade absoluta entre elas. Assim, os Serviços de SST/SO, ao planearem as ações e programas de PSMLT, devem ter em consideração as necessidades dos trabalhadores.

Figura 9. Pirâmide de necessidades de Maslow e reflexos no contexto de trabalho



Fonte: Adaptado de Maslow, 1943 (95)

O conceito de “**local de trabalho promotor da saúde**” é mais relevante à medida que um maior número de empresas reconhece 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 impacto 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: 2.º 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. Brasil;
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. McDaid D. Mental health in workplace settings - Consensus paper. European Commission, editor. Luxembourg; 2008.
25. Comissão Europeia. Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-Estar. Bruxelas; 2008.
26. 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://joint-actionmhwb.lisboninstituteegmh.org/assets/docs/publications/RelatorioNOVA\\_PT-20160406150225.pdf](https://joint-actionmhwb.lisboninstituteegmh.org/assets/docs/publications/RelatorioNOVA_PT-20160406150225.pdf)
27. Sá T. "Precaridade" e "trabalho precário": consequências sociais da precização laboral. *Config - Rev Sociol.* 2010;1-15(7).
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. Vilas-Boas M, Cerqueira A. Assessing stress at work: The Portuguese version of the Job Content Questionnaire. *Aval Psicol.* 2017;16(1):70-7.
33. 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.
34. 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.
35. Schaufeli WB. The balance of give and take: Toward a social exchange model of burnout. *Rev Int Psychol Soc.* 2006;19(1):87-131.
36. 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.
37. 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.
38. 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.
39. Khan LJ, Morrow PC. Objective and subjective underemployment relationships to job satisfaction. *J Bus Res.* 1991;22(3):211-8.
40. Neto JMG, Borges-Andrade JE. Scale of perceived overqualification: Adaptation and validity evidences. *Estud Psicol.* 2018;23(3):224-35.
41. Barton J, Folkard S, Smith L, Spelten E, Totterdell P. Standard Shiftwork Index Manual. University of Sheffield; 1992.

42. Silva C, Azevedo M, Dias M. Estudo padronizado do trabalho por turnos - versão portuguesa do SSI. *Psychologica*. 1995;13:27-36.
43. 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.
44. Tolfo S da R, Oliveira RT de. Assédio moral no trabalho : características e intervenções. Lagoa Edit. Florianópolis; 2015. 280 p.
45. 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.
46. Direção-Geral da Saúde. Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde. Lisboa; 2014.
47. 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.
48. 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.
49. 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.
50. Lyubomirsky S, Lepper H. A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Soc Indic Res*. 1999;46(2):137-155.
51. Pais-Ribeiro J. Validação transcultural da Escala de Felicidade Subjectiva de Lyubomirsky e Lepper. *Psicol Saúde Doenças*. 2012;13(July):157-68.
52. Veit CT, Ware JE. The structure of psychological distress and well-being in general populations. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(5):730-42.
53. Pais-Ribeiro J. Mental health inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicol Saúde Doenças*. 2001;2(1):77-99.
54. Ware Jr JE. Scales for measuring general health perceptions. *Health Serv Res*. 1976;11(4):396-415.
55. Ferreira PL. A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36. 1998.
56. 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.
57. Pereira M, Melo C, Gameiro S, Canavarró 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.
58. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess*. 1985;49(1):71-5.
59. Simões A. Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Rev Port Pedagog*. 1992;26(3):503-15.
60. 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.
61. 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.
62. International Labour Organization (ILO). *Psychosocial Factors At Work: Recognition and control*. Occupational Safety and Health Series. Geneva; 1986.
63. 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.
64. Sacadura Leite E, Sousa-Uva A. Stress relacionado com o trabalho e imunidade. In: *Cadernos avulso 06 – SPMT*. Lisboa; 2010.
65. 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.
66. Zigmond AS, Snalth RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.

67. 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.
68. Beck AT, Steer RA, Brown G. BDI-II: Beck Depression Inventory-II Manual. Psychological Corporation, editor. New York; 1996.
69. 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.
70. 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.
71. 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.
72. Ribeiro J, Honrado & Leal I. Estudo da versão reduzida (21 itens) das escalas de depressão, ansiedade e stress de Lovibond e Lovibond. *Psicol Saúde Doenças*. 2004;5(2):229–39.
73. 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.
74. 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.
75. 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.
76. 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.
77. 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.
78. 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.
79. 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.
80. Direção-Geral da Saúde (DGS). Circular Normativa n.º 26/DSPPS, de 28/12/2007: Programa-Tipo de atuação em cessação tabágica. 2007.
81. 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.
82. 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.
83. 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.
84. 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.
85. 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.
86. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991;14(6):540–5.
87. 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.
88. 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.

89. Schilling RSF. More effective prevention in occupational health practice? *Occup Med (Chic Ill)*. 1984;34(3):71–9.
90. 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.
91. Tolfo SR, Oliveira RT. Assédio moral no trabalho: características e intervenções. Lagoa, editor. Florianópolis; 2015.
92. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Violence at work. Factsheet. 2002;24.
93. 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.
94. 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.
95. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychol Rev*. 1943;50(4):370–96.
96. Johns G. Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *J Organ Behav*. 2010;31:519–42.
97. Hemp P. Presenteeism: At work - But out of it. *Harv Bus Rev*. 2004;82(10):49–58.
98. Costa G. The impact of shift and night work on health. *Appl Ergon*. 1996;27(1):9–16.
99. 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:

### Modelo de registo de “Informação Inicial” da empresa/estabelecimento sobre organização e população trabalhadora para efeitos da prestação dos Serviços de SST/SO

<b>Empresa/estabelecimento:</b>	NIPC/NIF: □□□□□□□□
Morada:	Código postal: □□□□ - □□□
CAE Principal: □□□□□	CAE Secundária(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:

<b>2.1. N.º de trabalhadores:</b>												
	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									
N.º												
<b>2.2. N.º de trabalhadores por grupo etário</b>												
	Inferior a 18 anos	18 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 64 anos	65 e mais anos						
N.º												
<b>2.3. N.º de trabalhadores por nível de habilitação concluído:</b>												
	1.º Ciclo Ensino Básico	2.º Ciclo Ensino Básico	3.º Ciclo Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Pós- -Secundário não superior	Ensino Superior						
N.º												

#### 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:

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

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

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

**6. Outras informações:**

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

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

<p><b>7.1. N.º total de horas suplementares efetuadas:</b></p>	<p><b>7.2. N.º total de dias (completos) encerrados:</b></p>	<p><b>7.3. Taxa de rotatividade anual (turnover)<sup>8</sup>:</b></p>	<p><b>7.3. Dias de trabalho perdidos devido a baixa</b></p> <p>7.3.1. N.º total de dias de baixa:</p> <p>7.3.2. N.º total de dias de baixa por acidente:</p> <p>7.3.3. N.º total de dias de baixa por doença:</p>
--	--	---	---

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

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

<sup>8</sup> Taxa de rotatividade anual = ( [Total de trabalhadores admitidos + Total de trabalhadores demitidos ou que saíram] ÷ 2) ÷ N.º total de trabalhadores a 31 de dezembro x 100

## ANEXO 2:

### 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
<b>FACTOR DE RISCO PSICOSSOCIAL</b>										
<b>1. Natureza, conteúdo e carga de trabalho</b>										
1.1. Monotonia do trabalho										
1.2. Repetitividade de tarefas										
1.3. Intensidade do ritmo trabalho										
1.4. Exigência do trabalho										
1.5. Inadequação da autonomia ou controlo sobre o trabalho										
1.6. Inadequação de competências										
1.7. Objetivos irrealistas										
<b>2. Condições, organização e tempo de trabalho</b>										
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										
<b>3. Contextos sócio relacionais do trabalho</b>										
3.1. Falta de suporte social										
3.2. Conflitos laborais										
3.3. Relações de poder e liderança disruptivas										
<b>4. Relação trabalho / vida</b>										
4.1. Conflito "trabalho-família"										
4.2. Insegurança no emprego										
<b>OCORRÊNCIAS CRÍTICAS</b>										
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										
<b>OUTRAS AVALIAÇÕES REALIZADAS, INCLUINDO SOBRE A PERCEÇÃO DOS EFEITOS ADVERSOS NA SAÚDE:</b>										
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
<b>1. Natureza, conteúdo e carga de trabalho</b>	
1.1. Monotonia do trabalho	
1.2. Repetitividade de tarefas	
1.3. Intensidade do ritmo trabalho	
1.4. Exigência do trabalho	
1.5. Inadequação da autonomia ou controlo sobre o trabalho	
1.6. Inadequação de competências	
1.7. Objetivos irrealistas	
<b>2. Condições, organização e tempo de trabalho</b>	
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	
<b>3. Contextos sócio relacionais do trabalho</b>	
3.1. Falta de suporte social	
3.2. Conflitos laborais	
3.3. Relações de poder e liderança disruptivas	
<b>4. Relação trabalho / vida</b>	
4.1. Conflito “trabalho-família”	
4.2. Insegurança no emprego	
<b>OCORRÊNCIAS CRÍTICAS</b>	
Assédio	
Violência (interpessoal)	
Acontecimentos de emergência ou catástrofe	
<b>OUTROS ASPETOS</b>	

Nome dos avaliadores	Título profissional dos avaliadores	Data de preenchimento

(acrescentar as linhas necessárias à tabela)

**ANEXO 3:**

**Critérios para a classificação da potencial perturbação mental**

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

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

## ANEXO 4: 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:



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:



### Vida familiar/responsabilidades domésticas

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



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

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

