

GESTOR HOSPITALAR E PREVENÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO

JOÃO AGUIAR COELHO

C 10



JOÃO AGUIAR COELHO

**GESTOR HOSPITALAR E PREVENÇÃO
DE RISCOS PSICOSSOCIAIS NO
TRABALHO**

Titulo: *Gestor Hospitalar e Prevenção de Riscos Psicossociais no Trabalho.*

1ª Edição. Janeiro de 2011.

ISBN: 978-989-8463-16-6

Composição: Rafaela Matavelli

Capa: Placebo Editora

Lisboa: Placebo, Editora LDA

DEDICATÓRIA

Aos saudosos Mestres da Administração Hospitalar em Portugal: Professores Coriolano Ferreira e Augusto Mantas.

Aos Administradores Hospitalares que têm sabido ser dignos dos ensinamentos de tão insígnies Mestres.

Ao Dr. Raul Moreno, Administrador Hospitalar aposentado, pelo exemplo de competência, rigor e honestidade que nos legou.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. O RISCO PSICOSSOCIAL NO TRABALHO	4
2. RISCOS PSICOSSOCIAIS	30
3. CONSEQUÊNCIAS DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS	44
4. GESTOR HOSPITALAR E PREVENÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS	49
5. CONSEQUÊNCIAS E ATITUDES DO GESTOR HOSPITALAR E PREVENÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS	62
6. INTERVENÇÃO DOS GESTORES HOSPITALARES NA PREVENÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS	67
7. PRINCÍPIOS E REGRAS LEGAIS DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE PREVENÇÃO	74
8. UM SISTEMA DE GESTÃO PREVENTIVA DE RISCOS PSICOSSOCIAIS EM HOSPITAIS	96
CONCLUSÃO	144
BIBLIOGRAFIA	146

«[...] todos desejam administrar hospitais e todos se consideram capazes de o fazer.

Acontece, no entanto, que os hospitais são entidades extremamente complexas, das mais complexas dos tempos de hoje, pelo que o amadorismo, qualquer que seja o seu fundamento, faz correr riscos graves, de grande montante económico e de incalculáveis afrontamentos humanos»

(Coriolano Ferreira, in *Gestão Hospitalar, Revista da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares*, n.º 1, Ano 1, Janeiro/Março de 1983).

INTRODUÇÃO

Risco psicossocial é toda a interacção psicossocial negativa capaz de produzir danos à saúde física e mental das pessoas. No trabalho, as interacções psicossociais têm como origem principal a organização do trabalho, ou são condicionadas por ela. Os factores de risco psicossocial ligados à organização do trabalho podem ser identificados segundo os diferentes níveis que integram o conceito de organização do trabalho, que são, nos termos da definição de Daubas-Letourneux & Tébat-Mony (2003), os seguintes três níveis: *num primeiro nível*, factores de risco ligados ao contexto externo às empresas, que integra os aspectos económicos, legais, tecnológicos e demográficos a nível nacional e/ou internacional; *num segundo nível*, os factores de risco ligados à organização da empresa, que integra a estrutura de gestão, as práticas de supervisão, os processos de produção e as políticas de gestão dos recursos; *num terceiro nível*, os factores de risco ligados à organização do trabalho, propriamente dita, que integra o clima e a cultura organizacional, os requisitos das tarefas, os aspectos ligados aos horários de trabalho, à complexidade das tarefas, à autonomia, às exigências físicas e psicológicas da tarefa, os aspectos sócio-relacionais do trabalho, o papel dos trabalhadores e o desenvolvimento da carreira, entre outros.

Organizar o trabalho é uma das cinco funções principais dos gestores, que são, de acordo com a maioria dos teóricos clássicos da Administração (Taylor, Fayoll, Gulick, Webber e outros): *planear, organizar, dirigir, coordenar e controlar*. Raymond Aron, parafraseando James Burnham (in: *The Managerial Revolution*, 1941) afirmava (Aron, 1964) que, de entre os quatro tipos de homens que existem em todas as grandes empresas modernas – o financeiro, o técnico ou engenheiro, o vendedor ou comerciante, e o organizador ou *manager* – é este o que ocupa o primeiro lugar. Todo o gestor, dizia Peter Drucker (1954, in: Gvichiani, 1987, p. 18), «independentemente do lugar que ocupa tem de assumir certas funções obrigatórias: 1) definir os objectivos da empresa; 2) organizar, ou seja, classificar o trabalho, distribuí-lo, criar a estrutura organizativa indispensável, recrutar o pessoal de enquadramento, etc; 3) assegurar “os motivos de estimulação e de ligação”; 4) analisar a actividade da organização; 5) assegurar a promoção das pessoas empregadas na empresa». O gestor é o «criador de organização» (Westlander, 2003). O gestor cria o sistema organizativo do trabalho: determina e condiciona o tipo de lideranças, a estrutura da empresa, as relações interpessoais, a interacção do homem com as máquinas e com o ambiente físico de

trabalho, as modalidades de horário de trabalho (rígido, flexível, por turnos, nocturno, isenção de horário, trabalho extraordinário, duração do horário de trabalho), o tipo e o modo de organização dos espaços e dos meios físicos de trabalho, o ritmo de trabalho, a pressão de trabalho, o tipo e modalidades de recompensa do trabalho, o tipo de carreiras e o modo de progressão e de promoção; fixa as regras, o modo e o tipo de selecção e de recrutamento a efectuar, as características do trabalhador a seleccionar, os apoios a dar ao trabalhador, os tipos de apoio social que o trabalhador pode receber, a forma de integração, o desenvolvimento profissional, a formação, a preparação para a reforma, de entre muitos outros aspectos. Organizar o trabalho consiste, em suma, em organizar a estrutura, ou seja «a articulação em um todo dos diversos órgãos e funções», definir os métodos de trabalho que têm a ver com as actividades das pessoas na empresa, ou seja, com «as relações de trabalho inter e intra órgãos» (Heilborn, 1985), definir o conjunto de normas e de procedimentos dispendo sobre a forma de agir das pessoas, e definir o modo como devem dispor-se os demais recursos da empresa (ambiente físico, organização dos espaços, recursos materiais, financeiros, logísticos, de comunicação e de informação, etc.). Ou, como diz Thiétart (1980, p. 56), mais sinteticamente, consiste em «definir as tarefas a efectuar, reagrupá-las, estabelecer os laços de autoridade, de cooperação e de informação que unirão os homens entre si, criar as unidades de suporte que permitirão aos responsáveis dispor de peritagens complementares».

Ao criar o sistema organizativo de trabalho, o gestor cria e influencia as interacções psicossociais que se estabelecem entre as pessoas que trabalham na organização. «De facto, o sistema [é] pensado para se obter relações sociais determinadas», diz Westlander (id., p. 35.2), no fundo, para «organizar as relações de poder e de dominação» dentro da organização, precisa Coutrot (1999, p. 19), relações de poder e de dominação estas que podem constituir – e, em muitos casos, constituem – fonte de riscos psicossociais.

Os gestores hospitalares, de topo e intermédios, são, enquanto criadores de organização, os principais responsáveis pela existência ou pela prevenção de riscos psicossociais no trabalho nos hospitais. São-no enquanto fonte de riscos, mas são-no também enquanto actores principais da eficácia da sua prevenção. O gestor pode ser fonte de riscos pela sua própria personalidade, pelo seu estilo de liderança, pelo nível de competências e de conhecimentos que tem sobre o que é o risco psicossocial, pelos factores que deve ter em conta na organização do trabalho para os prevenir, e pelo conhecimento que deve ter sobre os limites aos seus poderes de criar organização. O gestor hospitalar é ele, também, o responsável pela criação

do sistema de gestão preventiva de riscos psicossociais na sua organização, de que depende, de acordo com o novo paradigma de Saúde Ocupacional da Directiva-Quadro de Segurança e Saúde no Trabalho, de 1989 (Directiva n.º 89/391/CEE, de 12 de Junho), a eficácia da prevenção de riscos no trabalho.

Nos hospitais, são gestores os membros do Conselho de Administração (Presidente, Director Clínico, Enfermeiro Director e Vogais Executivos), os Directores de Departamento, de Serviço e Responsáveis de Serviços ou Unidades e, bem ainda, as chefias técnicas (v.g., Chefes de Serviço médicos, Enfermeiros Supervisores e Enfermeiros-Chefes e Técnicos Coordenadores).

O comportamento e atitudes dos gestores «jogam um papel central nas organizações e podem influir tanto nas condutas e na saúde das organizações como nas dos seguidores (Brit, Davison, Bliese & Castro, 2004, *cit. in* Peiró & Rodriguez, 2008, p. 72).

O presente livro tem como finalidade principal sensibilizar, informar, formar e servir de orientação aos gestores hospitalares quanto aos seus deveres de prevenção de riscos psicossociais no trabalho e sobre o modo como podem fazê-lo. O livro pode interessar também a todos os profissionais de saúde, aos técnicos de prevenção, e, em especial, aos psicólogos (ou estudantes de Psicologia) que estejam ou pensem vir a trabalhar em Psicologia da Saúde Ocupacional.

O livro desenvolve-se em oito capítulos. No *Capítulo 1*, define-se o que é o risco psicossocial e salientam-se a importância da organização do trabalho na origem dos riscos psicossociais e as responsabilidades do gestor enquanto criador de organização. No *Capítulo 2*, desenvolvem-se os principais riscos psicossociais. No *Capítulo 3*, fala-se das consequências dos riscos psicossociais para os indivíduos, para as organizações e a para sociedade, destacando-se em especial as consequências para saúde mental no trabalho e para a saúde pública. No *Capítulo 4*, destaca-se a figura do gestor hospitalar e as suas responsabilidades na prevenção de riscos psicossociais. No *Capítulo 5*, identificam-se as competências e atitudes necessárias ao gestor hospitalar em matéria de prevenção de riscos psicossociais. No *Capítulo 6*, desenvolvem-se os principais aspectos de intervenção do gestor hospitalar na prevenção de riscos psicossociais. No *Capítulo 7*, enumeram-se os princípios e regras legais de organização e gestão da prevenção de riscos psicossociais. Finalmente, no *Capítulo 8*, propõe-se um sistema de gestão preventiva de riscos psicossociais a implementar em hospitais.

1. RISCO PSICOSSOCIAL NO TRABALHO

São inúmeras as definições de *risco psicossocial no trabalho* que podem encontrar-se na literatura (e.g., Agência Europeia, 2005a; Álvarez, 2002; Bellovi *et al.*, 2003; Benavides, Ruiz-Frutos & Garcia, 2004; Cox & Cox, 1993; Cuixart, 2004; De Kayser, Peters & Malaise, 2003; Fernández, 2005; Freitas, 2003; IRSST, 2006; ISTAS, 2005; Les Cahiers des FPS, 2007; Martins, 2004; OIT, 1986; OMS, 1981; Ruta, 2003; Sauter *et al.*, 2003; Villalobos, 2004).

Analisando as várias definições pode constatar-se que existe uma grande confusão terminológica e conceptual quanto ao conceito de risco psicossocial no trabalho. O termo é interpretado, pelo menos, de três maneiras diferentes: nuns casos é visto como sinónimo de *factor psicossocial*; noutros casos é identificado com o conceito de *factor de risco psicossocial*; finalmente, numa terceira situação, o risco psicossocial é confundido com o conceito de *stresse* ou com o conceito de *stressor*. Pode constatar-se também que a maioria das definições refere-se ao «risco» como sendo uma interacção entre, por uma lado, o indivíduo e, por outro, o ambiente de trabalho, mas nada dizem sobre que tipo de interacção é esta, qual é a sua natureza, o seu sentido e o seu alcance. Finalmente, para algumas definições a origem do risco está na organização do trabalho, noutras está na organização do trabalho e nas relações sociais.

Há, portanto, alguns aspectos que devem ser previamente esclarecidos para se perceber melhor o que é um risco psicossocial: em primeiro, é necessário saber o que deve entender-se pelo termo *psicossocial*; em segundo lugar, que interacções são de natureza psicossocial; em terceiro lugar, quando é que uma interacção psicossocial é um risco psicossocial e, finalmente, qual é a principal fonte de riscos psicossociais e porquê.

1. 1. Definição de risco psicossocial

Comecemos por apresentar exemplos de algumas definições. Assim:

Para a OMS:

Os factores psicossociais no trabalho podem ser definidos como os factores que influenciando a saúde e o bem-estar do indivíduo e do grupo derivam da psicologia do indivíduo e da estrutura e da função da organização do trabalho. Incluem aspectos sociais, tais como as formas de interacção no seio dos grupos, aspectos culturais, tais como os métodos tradicionais de resolução de

conflitos, e aspectos psicológicas, tais como as atitudes, as crenças e os traços de personalidade (OMS, 1981, p. 4).

Para a OIT:

Os *factores psicossociais no trabalho* consistem em interacções do ambiente de trabalho, do conteúdo, da natureza e das condições de trabalho, por uma lado, e as capacidades, as necessidades, os costumes, a cultura e as condições de vida dos trabalhadores fora do trabalho, por outro lado; estes factores são susceptíveis de influenciar a saúde, o rendimento e a satisfação no trabalho (OIT, 1986, p. 3).

Para Cox e Cox:

Os *riscos psicossociais e organizacionais* são os que resultam das interacções do conteúdo do trabalho, da organização do trabalho, dos sistemas de gestão e das condições ambientais e organizacionais, por um lado, e as competências e necessidades do trabalhador, por outro. Estas interacções podem gerar riscos para a saúde dos trabalhadores, através das suas percepções e experiências (Cox & Cox, 1993, p. 17).

Para Sauter *et al.*, os *factores psicossociais e de organização* são condições que conduzem ao stress e que:

Compreendem aspectos do posto de trabalho e do ambiente de trabalho, como o clima ou cultura da organização, as funções laborais, as relações interpessoais no trabalho e o desenho e o conteúdo das tarefas (...) O conceito de factores psicossociais estende-se também ao ambiente existente fora da organização (por exemplo, exigências domésticas) e a aspectos do indivíduo (por exemplo, personalidade e atitudes) que podem influir no aparecimento de stress no trabalho). As expressões *organização do trabalho* e *factores organizacionais* utilizam-se muitas vezes de maneira intercambiável com a de *factores psicossociais* para fazer referência às condições de trabalho que podem conduzir ao stress (Sauter *et al.*, 2003, p. 34.2).

Para Benavides, Ruiz-Frutos e Garcia:

Em Saúde Ocupacional, entendemos por *factores psicossociais* aquelas características das condições de trabalho e, sobretudo, da sua organização que pode afectar a saúde das pessoas através de mecanismos psicológicos (Benavides, Ruiz-Frutos & Garcia, 2004, p. 389).

Para Villalobos, *factor de risco psicossocial* é a:

Condição ou condições do indivíduo, do meio ambiente extra-laboral ou do meio laboral, que sob determinadas condições de intensidade e tempo de exposição geram efeitos negativos no trabalhador ou trabalhadores, na organização e nos grupos, e, por último produzem stresse, o qual tem efeitos nos níveis emocional, cognitivo, no comportamento social e laboral e fisiológico (Villalobos, 2004, p. 6).

Para a Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho, por *riscos psicossociais* entendem-se:

Os aspectos relativos ao desenho do trabalho, assim como à sua organização e gestão e aos seus contextos sociais e ambientais, que têm o potencial de causar danos de tipo físico, social ou psicológico (Agência Europeia, 2005a, p. 14).

Para o Instituto Sindical do Trabalho, Ambiente e Saúde (ISTAS, Espanha):

Os *riscos psicossociais* são condições de trabalho derivadas da organização do trabalho, para as quais temos estudos científicos que demonstram que prejudicam a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras. PSICO porque nos afectam através da psique (conjunto de actos e funções da mente) SOCIAS porque a sua origem é social: determinadas características da organização do trabalho (ISTAS, 2005, p. 11).

Das diferentes definições sobressaem dois aspectos inerentes ao risco psicossocial no trabalho, que importam perceber: o risco psicossocial como *interacção* e o risco psicossocial como risco de *organização*.

1.2. O risco psicossocial como interacção

O trabalho é uma actividade essencialmente humana. (Demourgues, 1979, p. 14). Como actividade humana o trabalho requer, para a sua realização, a presença obrigatória do homem. O trabalho é, além disso, uma «actividade “transitiva”, uma actividade de modo tal que, iniciando-se no sujeito humano, se endereça para um objecto exterior» (João Paulo II, 1981). Nestes termos, o trabalho deve ser visto, sempre, como uma interacção. Do homem com a natureza física e natural¹. Mas, o trabalho é também, ou

¹ «O trabalho é, antes de mais nada, um acto que se passa entre o homem e a natureza», diz Marx (1867, cit.in Dorison, 1993, pp. 15-16).

sobretudo, uma interacção do homem com outros homens ou do homem consigo próprio.

As interacções próprias ao trabalho são, portanto, de natureza física ou de natureza psicossocial. O objecto exterior para o qual o homem se endereça consiste ou em coisas (um objecto ou um espaço) (interacção física) ou em pessoas (uma pessoa, várias pessoas ou a própria pessoa) (interacção psicossocial).

A interacção física pode envolver aspectos apenas físicos, que fazem «referência à estrutura muscular e esquelética da pessoa» (Cañas & Waerns, 2001, p. 2) ou a outros mecanismos fisiológicos (respiração, nutrição, circulação sanguínea, etc.), ou também psicológicos (que apenas respeitam ao indivíduo e têm origem em coisas ou no ambiente físico) que têm a ver com o trabalho mental (Sperandio, 1980), designadamente com o tratamento da informação, isto é, com os processos psicológicos que o homem desenvolve na recolha e na análise da informação, na memória e na representação mental (Sperandio, 1984). A interacção psicossocial apenas pode envolver interacções sociais (que respeitam ao indivíduo em relação com outros indivíduos).

As interacções psicossociais no trabalho são cada vez mais importantes e primordiais (Peiró, Prieto & Roe, 1996a), na medida em que o trabalho na actual Sociedade de Serviços assenta, fundamentalmente, em interacções sociais.

1.2.1. Origem do termo psicossocial

O sentido e alcance do termo *psicossocial* deve ir buscar-se ao domínio da Psicologia Social e, dentro desta, à Psicossociologia. O vocábulo nasce com a *Psicossociologia*, ramo da Psicologia Social que tem origem nos finais do Século XIX. Segundo Cornaton (1979, p. 37), «a palavra psicossociologia é recente, e só a pouco e pouco adquiriu o direito de cidadania». Esta afirmação é corroborada por Álvaro Estramiana e Alicia Garrido quando escrevem que:

A formação de um ponto de vista psicossociológico dentro da sociologia é recente. As primeiras ideias psicossociológicas vão surgindo à medida que começa a reflectir-se sobre as relações entre a sociologia e a psicologia, isto é, entre o estudo da sociedade e o estudo do indivíduo (Álvaro Estramiana & Garrido Luque, 2003, p. 12).

A reflexão sobre as relações entre a Psicologia e a Sociologia ter-se-á começado a verificar, ainda, com Augusto Comte (1798-1857), passando por Herbert Spencer (1820-1903), Durkheim (1858-1917), Gabriel Tarde (1843-1904), Max Webber (1864-1920) e Simmel (1858-1918), do lado da Sociologia (*cf.* Álvaro Estramiana & Alicia Garrido, *op. cit.*) e, do lado da Psicologia, nomeadamente, com Sigmund Freud (1856-1939) (Cornaton, *op. cit.*, p. 34). Esta reflexão converteu-se no aspecto central do debate sobre as relações entre a Sociologia e a Psicologia. Deste debate, veio a nascer a Psicologia Social, enquanto nova disciplina das Ciências Sociais e a Psicossociologia, um ramo da Psicologia Social.

A Psicossociologia representa uma nova abordagem dentro da Psicologia Social, com o seu espaço próprio, com um enfoque específico de compreensão e análise e de intervenção².

1.2.2. A interacção psicossocial como abordagem simultaneamente psicológica e social

O que tem de novo, de específico, o olhar psicossociológico da realidade que não tinham a Sociologia e a Psicologia, isoladamente, cada uma de *per se*?

A emergência e o desenvolvimento desta nova abordagem, diz Maisonneuve (1997, p. 8), proveio «da incapacidade de sozinhas, a Sociologia e a Psicologia, se aperceberem da integridade dos comportamentos humanos concretos». A abordagem psicossocial, diferentemente da Psicologia que se centra no indivíduo, e da Sociologia que se centra nos factos sociais, agrega as duas dimensões, a psicológica e a social.

Psicossocial é, pois, «o termo que resume a necessária relação que deve existir entre a abordagem psicológica e a abordagem social, se queremos compreender um pouco que seja o que se passa com o indivíduo no trabalho», diz Sahler *et al.* (2007, p. 16). Não se trata, portanto, de fazer «uma leitura unilateral, apenas psicológica ou apenas sociológica», acrescentam os mesmos Sahler *et al.* (*op.cit.*, *ibid.*), pois que, uma tal leitura «não permite apreender o essencial, visto que, as duas abordagens, fazem o sistema». O saber psicossocial, precisa Fischer (1997, p. 26) é «uma maneira de apreender certos aspectos da vida colectiva, que dá importância tanto aos elementos psicológicos como aos elementos

² «A psicossociologia é um ramo da psicologia social que tem a sua originalidade própria e que se desenvolveu a um ponto que representa uma parte cada vez mais importante da psicologia social.» (Cornaton, 1979, *op. cit.*, p. 37).

sociológicos, para explicar os fenómenos sociais». Para tanto, acrescenta ele, deve ter-se em conta os seguintes aspectos:

Em primeiro lugar e fundamentalmente, em fazer uma análise do homem na sua realidade social e estudar os fenómenos e as condutas humanas tal como são socialmente organizadas. Consequentemente, o social não é um complemento, um mais, relativamente ao psíquico e o psíquico não está para além do social. Para compreender a abordagem psicossocial, importa, assim, demarcar-mo-nos de uma visão dicotómica onde existiria de um lado o indivíduo e do outro a sociedade como duas entidades separadas, mas ligadas entre si por um laço puramente exterior e formal; neste caso, a função de um psicólogo social consistiria em conciliar os dois termos antagónicos que seriam o psicológico e o colectivo; a psicologia social define-se como uma maneira de pensar e apreender o humano e o social como um conjunto habitado simultaneamente por processos psicológicos e sociais; neste sentido, o social é estruturado por processos psíquicos; ao mesmo tempo, o indivíduo é considerado na sua realidade de ser social em que a dimensão social não é um qualquer acrescentamento que serviria de decoração ao psicológico (Fischer, *ibid*, p. 27).

De Kayser, Peters e Malaise (2003, pp.1-2), no mesmo sentido, salientam que a abordagem psicossocial deve ser entendida «como uma abordagem multipolar que reúne ópticas diferentes sobre uma mesma realidade e que articula as dimensões sociais e psicológicas de uma mesma realidade».

1.2.3. A interacção social como conceito central da abordagem psicossocial

O conceito de interacção social assume um lugar central na abordagem psicossocial, ou seja, nesta abordagem multipolar, simultaneamente psicológica e social. «O próprio domínio da psicossociologia aparece então, essencialmente, como o da interacção [social]», escreve Maisonneuve (*op.cit.*, p. 9), ou, dito de outro modo, a problemática da interacção social converge com a perspectiva psicossociológica (*cf.* Marc & Picard, 1992, p. 9).

O conceito de interacção social:

Foi introduzido na sociologia europeia em meados da década dos anos 50 e desenvolvido nos Estados Unidos da América por Talcott Parsons. Indica qualquer forma de acção mútua de duas ou mais pessoas ou grupos sociais em que cada uma das partes orienta a sua conduta em função da outra parte (estímulo ou reacção) ou então toma como base as expectativas postas na outra parte (papéis complementares, definição de situações, etc.). A

condição prévia para se produzir a interacção é a presença de um mínimo de símbolos comuns (p. ex., coloquiais, gestuais, etc.). Contrariamente ao conceito tradicional de relação social, que se baseia num contacto que já existe, a interacção põe mais ênfase na tomada de contacto (Lexicoteca, 1986).

Segundo Dols *et al.*,

A interacção [social] é uma cadeia de acções entrelaçadas de dois ou mais indivíduos em que, como mínimo, um indivíduo A mostra uma conduta X a um indivíduo B e este responde com uma conduta Y que, por sua vez, determina uma conduta X1 em A. Um dos factores chave de uma interacção é que a conduta dos indivíduos que a protagonizam está bidireccionalmente determinada, isto é, a conduta X ou X1 de A depende da conduta Y de B, e vice-versa (Dols *et al.*, 2007, p. 17).

Notas distintivas do conceito de interacção social são, pois, o seu carácter *integrador*, ao considerar a relação entre a dimensão individual e a dimensão colectiva como um nó indissociável (Fischer, 1997); *multipolar*, que reúne ópticas diferentes sobre uma mesma realidade e articula as dimensões sociais e psicológicas de uma mesma realidade (De Kayser, Peters & Malaise, 2003); e ser uma *relação de troca* entre um indivíduo e outro ou outros indivíduos, relação esta que é determinada pela situação (propriedades espaço-temporais do ambiente) (*cf.* Morval, 2009, pp. 25-53), os conteúdos das comunicações (isto é, pelo sistema e conteúdos das relações inter-humanas), as exigências, os resultados e a mudança de posição entre os participantes (funções “transaccionais”, ou seja, recíprocas, geradas de parte a parte).

Em sentido psicossocial, toda a interacção é sempre uma interacção social. É uma relação entre pessoas (uma pessoa e outra pessoa, uma pessoa e outras pessoas, ou, ainda, uma pessoa consigo própria). Deste modo, deverá excluir-se, como regra, do conceito de factor psicossocial de trabalho a relação de uma pessoa com um objecto físico ou com as características puramente físicas do ambiente de trabalho. É esta a posição de Asch, quando diz que:

Os objectos não nos saúdam, não nos culpam ou elogiam, não nos amam nem odeiam. Reagem às nossas razões, não a nós; não estão conscientes da nossa presença. O espelho reflecte, mas não nos vê; só outra pessoa pode ser um verdadeiro espelho para um ser humano; somente as pessoas nos podem responder com sentimentos e compreensão, com irritação ou admiração, com

ajuda ou competição (Asch, 1977, *cit.in* Monteiro & Santos, 2001, p. 147).

É a mesma a interpretação que transmite Jardillier, ao referir que:

As condições psicossociais do trabalho constituem uma terceira família de condições de trabalho, claramente distintas das duas outras [as condições físicas e as condições mentais]. Estas condições não resultam nem do trabalho, em si próprio, nem do ambiente imediato do posto de trabalho mas de um ambiente colectivo, constituído, fundamentalmente, pela organização do trabalho e pelas práticas sociais da empresa (Jardillier, 1993, pp. 81-82)³.

Segundo Hinde (1997, *cit. in* Dols *et al*, *op.cit.*, p. 17), as interacções sociais «têm uma série de propriedades características que tornam a sua análise complexa, apesar de ser a unidade elementar da conduta social». As interacções sociais constituem a base das relações sociais e das estruturas sociais. As relações sociais resultam de um conjunto de interacções sociais repetidas entre dois indivíduos, levam implícita uma ideia de continuidade, isto é, de uma história de interacções repetidas e da expectativa que tais interacções se venham a repetir no futuro (*cf.* Dols *et al.*, *op. cit.*, p. 18). Por sua vez, ainda, as relações sociais dão lugar a fenómenos de nível superior que são, igualmente, mais do que «soma das partes», isto é, são mais do que simples agregados de relações sociais, dando lugar, neste caso, a uma estrutura social. Uma estrutura social pode definir-se, assim, «como um conjunto de relações sociais» (*id.*, *ibid.*).

O conceito de interacção social está, portanto, na base da explicação psicossociológica e é nele que reside a essência do conceito de factor psicossocial no trabalho. Diz Maisonneuve (*op.cit.*, p. 11) que «o próprio domínio da psicossociologia aparece então essencialmente como o da interacção [social]: interacção dos processos sociais e psicológicos ao nível dos comportamentos concretos; interacção das pessoas e dos grupos no quadro da vida quotidiana e junção também entre a abordagem objectiva e a do sentido vivido, ao nível do ou dos agentes numa dada situação».

³ No entanto, se toda a realidade social é eminentemente simbólica, como diz o Interaccionismo Simbólico, se a «cultura material é um produto colectivo, socialmente estruturado e mediado», «os objectos existem sempre em actos, actos organizados, actos sociais (...) [e se] a “coisa” física existe ou como objecto percebido ou como objecto manipulado, nunca antes» (Doménech, Iñiguez & Tirado, 2003), sempre poderá dizer-se que mesmo numa interacção física poderá haver aspectos psicossociais a considerar. É um aspecto a ter em conta, teoricamente, embora não para efeitos práticos de actuação diária no âmbito da prevenção de riscos psicossociais.

1.2.4. O risco psicossocial como interacção psicossocial negativa

Todo o factor psicossocial no trabalho é uma interacção social. A interacção social pode ser positiva ou negativa. Devemos falar apenas em risco psicossocial, quando estivermos perante interacções sociais negativas com potencial para causar danos à saúde física e/ou psicológica dos indivíduos⁴. Alguns autores, como já se viu, usam o conceito de risco psicossocial e de stress ocupacional como se fossem sinónimos. É certo, que o stress ocupacional também pode ter origem psicossocial, isto é, também pode ter origem em interacções psicossociais negativas. Há, porém, muitas situações, em que o stress ocupacional não é de origem psicossocial. Pode ter origem numa interacção psicofísica ou psicoergonómica⁵. Neste âmbito, psicofísico ou psicoergonómico, de interacção do trabalhador, fundamentalmente, com o posto de trabalho e com o meio físico de trabalho, a tarefa, portanto⁶, as situações de stress ocupacional que aí podem ter origem não são um risco psicossocial. Pode ser um risco psicofísico ou psicoergonómico⁷, mas não um risco psicossocial. A este nível não deve, por isso, falar-se em risco psicossocial, uma vez que a interacção é feita entre um homem e uma condição física ou

4 «Pelo contrário, de um risco laboral não cabe esperar efeitos positivos, senão só efeitos negativos (...) (...). Os riscos psicossociais têm origem na organização e têm consequências negativas para a saúde (...)» (UAM, 2009, p. 5).

5 No sentido mais restrito e mais clássico do conceito de ergonomia, de raiz anglo-saxónico, como «ergonomia dos factores humanos», centrada, fundamentalmente, «nas características do operador, enquanto componente física do sistema de trabalho», no posto de trabalho e na interface-homem máquina», uma ergonomia sobretudo «antropométrica e gestual (preocupada com os gestos e posturas, com o trabalho, essencialmente, de ordem física) ou informacional (centrada no arranjo dos dispositivos de sinalização e de comando, com o objectivo de melhorar a percepção, o tratamento e a transmissão de informação por parte do trabalhador) (Bridger, 1995; Lacomblez, Silva & Freitas, 1996, pp. 16-18; Montmollín, 1995; Puerta & Callejo, 1996, pp., 236-263; Sperandio, 1980, 1984).

6 Em ergonomia, dá-se o nome de tarefa ao conjunto de meios «que se apresentam ao trabalhador como um dado: a máquina, o ambiente físico do posto de trabalho, as instruções a que o trabalhador deve obedecer, os objectivos em termos de quantidade e qualidade de produção», dizem Lacomblez, Silva e Freitas, op. cit., p. 25).

7 Se entendermos por psicoergonomia, segundo Sperandio (1980, 1984) a aplicação da psicologia, sobretudo da psicologia cognitiva, às questões da ergonomia que têm a ver com o ambiente físico (ruído, calor, temperatura e humidade, iluminação, espaços físicos de trabalho, etc.) e as características físicas da interface homem-máquina (Montmollim (1995), ou seja, com os dois primeiros níveis de abordagem das condições de trabalho, na terminologia de Graça (1985), que incluem os factores fisiológicos e psicológicos do posto de trabalho e da relação homem-máquina e os factores físicos, químicos, biológicos e psicológicos associados ao objecto (produto, matérias primas, etc.) e aos meios de trabalho (máquinas, ferramentas, equipamentos, instalações, etc.) (Graça, op.cit., p. 32).

uma propriedade física do trabalho e não entre um homem e outro (outros) homem (homens). Só neste caso se poderá falar em risco psicossocial.

Em síntese, teoricamente falando⁸, só deve falar-se em risco psicossocial quando a origem do risco é, simultaneamente, psicológica e social e tem origem em interacções psicossociais negativas.

1.2. O risco psicossocial no trabalho como risco de organização

A organização do trabalho é a principal fonte de interacções psicossociais no trabalho. A organização do trabalho pode, assim, ser vista como a principal fonte de riscos psicossociais. Neste sentido, é correcto dizer-se que o risco psicossocial é, também, um risco organizacional. ⁹

1.2.1. A organização do trabalho como fonte de riscos psicossociais

Segundo o NIOSH (2002, p. 2), «apesar da expressão “organização do trabalho” ser crescentemente utilizada nas discussões entre os profissionais de saúde ocupacional, a expressão nunca foi formalmente definida, e a literatura sobre este assunto é ainda mais pobre do que no campo da saúde ocupacional». Entretanto, o NIOSH avança a seguinte definição:

Organização do trabalho refere-se ao processo de trabalho (modo como as tarefas são prescritas e realizadas) e às práticas organizacionais (gestão e métodos de produção e políticas de recursos humanos associadas) que influenciam o trabalho prescrito. A noção também abrange factores externos, tais como o ambiente legal e económico e factores tecnológicos que favorecem ou impedem as práticas organizacionais (NIOSH, 2002, p. 2).

Em igual sentido, pronunciam-se Daubas-Letourneux e Tébaud-Mony. Para estes autores, o conceito de organização do trabalho recobre vários níveis de realidade:

Um nível macrossociológico constituído pelo conjunto das regulações do emprego, das condições e das regras de funcionamento do mercado de trabalho e das instituições

⁸ Para efeitos práticos de prevenção, designadamente para efeitos de delimitação da área de intervenção do técnico especialista em prevenção de riscos psicossociais, o conceito de risco psicossocial poderá ser contudo alargado de modo a abranger os riscos psicofísicos e psicoergonómicos.

⁹ «Uma má organização do trabalho, quer dizer, o modo como se definem os postos de trabalho e os sistemas de trabalho, e a maneira como se gerem, pode provocar stresse ocupacional» (Leka et al., 2004, p. 5).

representativas dos trabalhadores; um segundo nível é constituído pela empresa em sentido lato: uma rede que incorpora trabalhadores de diferentes estatutos e diferentes estabelecimentos. O terceiro nível é constituído pelas condições e regras de organização do trabalho nos locais de trabalho. É essencialmente este terceiro nível, condicionado evidentemente pelos dois primeiros, que nos situamos para definir as dimensões conceptuais de análise (Daubas-Letourneux & Tébaud-Mony, 2003, p. 10).

O conceito é visto, assim, pelo menos em três níveis: num primeiro nível, o conceito visa o contexto externo às empresas, que integra os aspectos económicos, legais, tecnológicos e demográficos a nível nacional e/ou internacional; num segundo nível, o conceito tem em vista a organização da empresa, que integra a estrutura de gestão, as práticas de supervisão, os processos de produção e as políticas de gestão dos recursos; num terceiro nível, o conceito visa a organização do trabalho, propriamente dito, que integra o clima e a cultura organizacional, os requisitos das tarefas, os aspectos ligados aos horários de trabalho, à complexidade das tarefas, à autonomia, às exigências físicas e psicológicas da tarefa, etc., os aspectos sócio-relacionais do trabalho, o papel dos trabalhadores e o desenvolvimento da carreira.

O conceito de organização do trabalho que se acaba de referir (do NIOSH e de Daubas-Letourneux & Tébaud-Mony) confunde-se, em grande medida, com o conceito de organização da empresa. «O termo organização [do trabalho] costuma utilizar-se num sentido amplo; e não é estranho, pois a manifestação da “organização” tem numerosos aspectos», dizem Sauter *et al.* (2003). É neste sentido amplo que, verdadeiramente, se utiliza o conceito no âmbito da prevenção de riscos psicossociais no trabalho e não apenas no sentido restrito de organizar as tarefas ou organizar os postos de trabalho. Vai neste sentido, também, a posição dos autores que defendem uma *abordagem psicossocial* das condições de trabalho (Graça, 1985), o *método de abordagem global* (OIT, 1987)¹⁰ ou o *conceito amplo* de condições de trabalho (Castillo & Prieto, 1990; Prieto, 1994).

Entender o conceito de organização do trabalho em sentido restrito seria deixar de fora uma parte importante dos factores de risco psicossocial inerentes à organização do trabalho como, por exemplo, os que têm a ver com equilíbrio entre o trabalho e a vida familiar e pessoal.

¹⁰ Segundo o qual «deve ter-se sempre em conta os diversos elementos que compõem as condições e o meio de trabalho bem como os factores que os influenciam e as relações e interferências que existem entre eles» (OIT, 1987, p. 25).

Neste sentido, pode acrescentar-se que organizar o trabalho (organizar a empresa), consiste no:

Processo de identificar e agrupar logicamente as actividades da empresa, de delinear e escalonar as autoridades e responsabilidade, e de estabelecer as relações de trabalho entre as pessoas e órgãos que constituem a estrutura, de modo que os recursos disponíveis sejam aplicados da maneira mais eficiente, a fim de que a empresa e empregados realizem os seus objectivos mútuos (Heilborn, *op.cit.*, p. 6).

Organizar o trabalho significa organizar a estrutura, ou seja «a articulação em um todo dos diversos órgãos e funções», definir os métodos de trabalho que têm a ver com as actividades das pessoas na empresa, ou seja, com «as relações de trabalho inter e intra órgãos» (Heilborn, 1985), definir o conjunto de normas e de procedimentos dispendo sobre a forma de agir das pessoas, e definir o modo como devem dispor-se os demais recursos da empresa (ambiente físico, organização dos espaços, recursos materiais, financeiros, logísticos, de comunicação e de informação, etc.). Ou, como diz Thiétart (1980, p. 56), mais sinteticamente, consiste em «definir as tarefas a efectuar, reagrupá-las, estabelecer os laços de autoridade, de cooperação e de informação que unirão os homens entre si, criar as unidades de suporte que permitirão aos responsáveis dispor de peritagens complementares».

Para Dejours, a organização do trabalho tem a ver:

Por uma lado, [com] o conteúdo da tarefa, a divisão de tarefas e o tempo dispendido nas mesmas e, por outro, com as estratégias utilizadas para a divisão de tarefas, os ritmos de trabalho, a produtividade, a qualidade, etc. Por outras palavras, a organização do trabalho engloba aspectos ligados ao enquadramento das tarefas, ao tipo de organização hierárquica, ao tipo de chefia e à supervisão do trabalho (Dejours, *cit. in* Marques-Teixeira, 2005).

Organizar o trabalho, é dividir o trabalho. A organização do trabalho nasce e desenvolve-se com a divisão do trabalho (Coutrot, 1999). «Divisão e organização do trabalho são termos que chegam quase a ser sinónimos» (Garmendía & Luna, 1993, p. 31). Dividir o trabalho é dividir o homem, dizia Marx (*Anti-Dürhing*, p. 331, *cit.in*: Masset, 1974, pp.50-51).

Falar em organização ou divisão do trabalho, remete-nos, imediatamente, para o trabalho em série, em cadeia, para o taylorismo-fordismo. Contudo esta forma de organização do trabalho é, apenas, uma das formas de organização do trabalho. «Ela é o culminar de uma história», diz Dorison

(1993, p. 10). A história, porém, não cessou aí. Novas formas de organização do trabalho, se desenvolveram, desde então, que passaram pela valorização do factor humano (Elton Mayo), o enriquecimento de tarefas (Herzeberg), a dinâmica de grupos (Kurt Lewin), o enfoque sócio-técnico (Instituto Tavistock, de Londres), a «Democracia Industrial» (Noruega), a filosofia de gestão da Volvo de Kalmar (Suécia), pelo toyotismo ou modelo de produção flexível (*Lean Production*), até ao movimento da Qualidade Total (modelo japonês e americano) e da Excelência (modelo europeu) (cf. Bardelli, 1996; Bouvier, 1991; Dorison, 1993; Linhart & Linhart, 1998; Navarro, 1995; Ortsman, 1994; Philon, 2004; Teixeira, 1996; Weill, 2001). Num certo sentido, dizem Garmendía e Luna (*op.cit.*, p. 36), «a História da Humanidade é a história do trabalho dividido, a história da organização do trabalho nas suas diferentes formas», é a «história da eficiência social» (Dorison, *op. cit*, p. 11), da eficiência económica, dizem a economia e a sociologia clássicas, ou a história das «relações de poder dentro da sociedade» (Coutrot, 1999, p. 19).

Segundo Coutrot:

Cada forma de organização constituiu, na sua época, uma resposta pragmática aos desafios que os conflitos de trabalho e a concorrência entre os capitais colocavam aos gestores e aos proprietários. [...] A eficácia económica não é um conceito abstracto e neutro, mas resulta indissociavelmente do jogo conjunto das técnicas e da dominação (*id.*, *ibid.*, pp. 4-5).

Organizar o trabalho, é, portanto, organizar a racionalidade técnica e económica, mas é também organizar as relações de poder e de dominação.

De acordo com Westlander (2003, p. 35.2), o sistema organizativo [do trabalho/da empresa] influencia as relações [psico]sociais que se estabelecem entre as pessoas que trabalham numa organização; de facto o sistema está pensado para obter relações sociais determinadas (...). O autor acrescenta: «em vários estudos sobre os aspectos psicossociais da vida laboral afirma-se que a configuração de uma organização “gera” determinadas relações sociais». Muitas destas relações [psico]sociais são negativas, afectando a saúde física e psicológica das pessoas, constituindo, neste caso, factores de risco psicossocial.

Pode, portanto, dizer-se que os factores de risco psicossocial (os factores que podem gerar interacções [psico]sociais negativas no trabalho) procedem da organização do trabalho, do modo como a empresa ou a instituição estrutura as suas tarefas e responsabilidades e do modo como se organizam os diferentes processos que nela se desenvolvem (Ardid & Zarco, 1999, p. 236).

Alguns autores (Cox & Cox, 1993; ISTAS, 2005; Sauter *et al.*, 2003) não só destacam a organização do trabalho como principal fonte de riscos psicossociais como nas suas definições de risco psicossocial, alguns deles, em vez de falarem apenas em riscos psicossociais preferem falar em riscos psicossociais e organizacionais (Cox & Cox, 1993) ou em riscos psicossociais e de organização (Sauter *et al.*, 2003).

Os múltiplos factores de risco psicossocial inerentes à organização do trabalho costumam ser agrupadas em diferentes categorias. Existem várias tipologias de categorias de factores de risco psicossocial (uma, quase, por cada autor). No quadro a seguir referem-se as tipologias que aparecem mais vezes citadas na literatura, da autoria de autores conhecidos e credenciados no âmbito da prevenção de riscos psicossociais, como Tom Cox, Cary Cooper, Amanda Griffiths e Stavroula Leka, do Reino Unido, Steven Sauter, Joseph Hurrell e Lawrence Murphy, dos Estados Unidos da América, Lennart Levi, da Suécia e José Maria Peiró, de Espanha.

Categorias de factores de risco psicossocial por autor

AUTORES	CATEGORIAS DE FACTORES DE RISCO
OIT, 1986	<ul style="list-style-type: none"> • Factores ligados ao meio físico de trabalho. • Factores intrínsecos ao emprego. • Factores ligados à gestão do tempo de trabalho. • Factores ligados às modalidades de gestão e de funcionamento da empresa. • Factores ligados à evolução tecnológica. • Outros factores de risco.
Cooper, 1986	<ul style="list-style-type: none"> • Factores de risco intrínsecos ao trabalho. • Factores ligados ao papel na organização. • Factores ligados ao desenvolvimento da carreira. • Relações interpessoais. • Estrutura e clima organizacional.
Cox &	<ul style="list-style-type: none"> • Factores de risco ligados:

<p>Cox, 1993</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ À função organizacional e à cultura da empresa. ○ À participação. ○ Ao desenvolvimento na carreira e ao estatuto profissional. ○ Ao papel na organização. ○ À carga de trabalho e ao ritmo de trabalho. ○ À organização do trabalho. ○ Às relações interpessoais no trabalho/à interface casa-trabalho.
<p>Stora, 1996</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Factores de risco ligados: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ao ambiente de trabalho. ○ Ao trabalho por turnos. ○ À sobrecarga e à subcarga de trabalho. ○ Ao perigo físico. ○ À adequação Pessoa-Ambiente.
<p>Peiró, 1993</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Stressores do ambiente físico (ruído/vibração/iluminação, etc.). ● Exigências stressantes do trabalho (turnos/sobrecarga/exposição a riscos). ● Conteúdo do trabalho (oportunidade de controlo/uso de habilidades/variedade de tarefas/feedback/identidade de tarefa/complexidade do trabalho, etc.). ● Stresse por desempenho de papéis (conflito/ambiguidade e sobrecarga). ● Relações interpessoais e grupais (superiores/companheiros/subordinados/ clientes, etc.). ● Desenvolvimento da carreira (insegurança no trabalho/promoções). ● Novas tecnologias (aspectos ergonómicos/exigências/adaptação à mudança/integração...). ● Estrutura organizacional.

	<ul style="list-style-type: none"> • Stresse pela relação casa-trabalho e outros âmbitos da vida. • Stressores emergentes (aumento do trabalho cognitivo/maior incerteza/mais trabalho em equipa e mais mudanças de equipa/mais flexibilidade em termos de qualificações e de emprego/mais emprego em organizações de serviços/trabalho emocional/maior competitividade: complexidade das relações sociais/trabalho em organizações flexíveis/mudanças estruturais e organizativas/maior risco de mutações industriais com impacto sobre as qualificações e o desenvolvimento da carreira/mudanças industriais/novos sistemas de trabalho/flexibilidade laboral e organizacional/transformações das relações laborais).
<p>Schabracq et al., 2001</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Factores ligados à grande desorganização ou indisciplina (um ambiente turbulento/«modelação» ou «contágio emocional»/uma nova organização ou uma organização em rápido crescimento/ elevada taxa de rotação de pessoal/trabalhar com muitas pessoas/reorganizações ou fusões). • Demasiada ênfase na ordem e na disciplina/ envolvimento social reduzido (mudanças de papel/perda de colegas/despedimentos em massa/barreiras físicas ao contacto/ solidão no topo/ clima de desconfiança e de conflito). • Demasiado envolvimento social (falta de privacidade/uma cultura demasiado orientada para os contactos sociais/ troca social desequilibrada – receber mais do que se dá ou dar mais do que o que se recebe). • Segurança reduzida (experiências traumáticas no trabalho/insegurança/conflitos/incerteza quanto ao futuro do trabalho na organização/tratamento descortês contínuo). • Demasiada segurança (pouca flexibilidade funcional/síndrome da «gaiola-dourada»/o Princípio de Peter/ o pontapé para cima/ o efeito da gaiola de vidro/ pouca compatibilidade com valores e objectivos (satisfação com as mudanças/mudança de perspectiva com o envelhecimento/a diferença de gerações). • Demasiada compatibilidade com valores e objectivos (dar

	<p>mais do que se recebe).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio entre o trabalho e outros aspectos da vida (acontecimentos de vida fora do trabalho/dupla ocupação/diminuição do tempo de lazer/insuficiente atenção a outros aspectos). • Tarefas que implicam grandes desafios (muitas coisas para fazer em pouco tempo/tarefas muito complexas/consequências sérias/grande apelo à motivação e ao talento/ambiguidades/tarefas ou responsabilidades contraditórias/tarefas ou responsabilidades incompatíveis). • Tarefas que implicam pouco desafios (poucas actividades para ocupar o tempo/falta de empenhamento ou uma atitude não comprometida/trabalho com pouco sentido ou significado/pouca latitude de decisão).
Sauter et al., 2001	<ul style="list-style-type: none"> • Factores de risco: <ul style="list-style-type: none"> ○ Inerentes ao trabalho. ○ Interpessoais. ○ De segurança no emprego. ○ Macro-organizacionais. ○ Ligados ao desenvolvimento da carreira. ○ Factores de risco individuais.
Leka, Griffith s e Cox, 2004	<ul style="list-style-type: none"> • Factores ligados: <ul style="list-style-type: none"> ○ Às características do trabalho (características do posto/volume e ritmo de trabalho/horário de trabalho/participação e controlo). ○ Ao contexto laboral (perspectivas profissionais, estatuto e salário/papel na organização). ○ Às relações interpessoais. ○ À cultura institucional. ○ À relação entre a vida familiar e a vida laboral.
Agência Europeia,	<ul style="list-style-type: none"> • Factores de risco ligados: <ul style="list-style-type: none"> ○ À função e à cultura organizativa.

<p>2005a</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ À função na organização. ○ Ao desenvolvimento profissional. ○ À autonomia na tomada de decisões (latitude de decisão/controlo). ○ Relações interpessoais. ○ À interface-casa-trabalho. ○ Ao contexto de trabalho e ao trabalho em equipa. ○ Ao desenho das tarefas. ○ À carga de trabalho e ao ritmo de trabalho. ○ Aos horários de trabalho.
<p>MAS/S EAS, 2007</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Factores ligados às circunstâncias da actividade (conteúdo das tarefas: sobrecarga ou falta de encomendas/pressão de tempo/sobrecarga horária de trabalho/trabalho nocturno e por turnos/ambiguidade e conflito no papel a assumir no trabalho/isolamento). ● Estrutura e direcção da empresa (rigidez ou laxismo no governo da empresa/controlo sobre a actividade/falta de autonomia/ausência de adaptação ao posto de trabalho/carência de desenvolvimento das habilidades profissionais/deficit no domínio e controlo da informação/escassa participação do trabalhador na tomada de decisão/deterioração das relações interpessoais/trabalho emocional). ● Características pessoais (particularidades de personalidade/idade avançada e alterações no trabalho/falta de preparação perante situações problemáticas/expectativas profissionais: frustração ou falta de qualificação), ● Condições ambientais (ambiente físico/violência no trabalho/assédio moral ou psicológico/assédio sexual).

1.2.2. Os gestores e a organização do trabalho

A função *organizar* é uma das cinco principais funções da actividade de gestão. Qualquer um dos principais teóricos da Administração (Taylor, Fayol, Gulick, Max Webber, Drucker, por exemplo), com pequenas variações, refere que Planear, Organizar, Dirigir, Coordenar e Controlar, são as cinco principais funções da Gestão. A função *organizar* será, de todas, a mais importante. Importância que transvaza, mesmo, o domínio da empresa. «Longe de ser um problema técnico, a organização do trabalho tem uma dimensão social», diz Coutrot (*op. cit.*, p. 19). Esta dimensão social está hoje bem patente no domínio da chamada «responsabilidade social das empresas», definida pela Comissão Europeia (2001, p. 4) como uma «integração voluntária de preocupações sociais e ambientais por parte das empresas nas suas operações e na sua interacção com outras partes interessadas» (*cf.* também Mendes, 2007, p. 78 e Comissão Europeia, 2002). A responsabilidade social das empresas, segundo Cordovil: (2004, p. 1):

Tem vindo a tornar-se, também em Portugal, um movimento voluntário de empresários e de outros actores: parceiros sociais, cidadãos e ONG's, organizações da administração central e local, solidários em compromissos de mudança sustentável, partilhando uma vontade comum focada no desenvolvimento das pessoas, para um mundo melhor e mais solidário (Cordovil, 2004, p. 1).

A Segurança e Saúde no Trabalho e, dentro dela, a prevenção de riscos psicossociais, são dois dos aspectos que devem considerar-se abrangidos pela Responsabilidade Social das Empresas (Comissão Europeia, 2004, pp. 15 e seg.). Deve-se ter, porém, em atenção que ser socialmente responsável não consiste apenas em cumprir a lei, mas sim, ir além dela, voluntariamente, desenvolvendo *boas práticas*. «Ser socialmente responsável significa ir além do cumprimento das expectativas legais, significa também investir “mais” no capital humano, no ambiente social e nas relações com os fornecedores» (Comissão Europeia, 2004, p. 7).

Aron (1964), parafraseando James Burnham (*in: The Managerial Revolution, 1941*) afirma que de entre os quatro tipos de homens que existem em todas as grandes empresas modernas – o financeiro, o técnico ou engenheiro, o vendedor ou comerciante e o organizador ou *manager* – é este o que ocupa o primeiro lugar. Todo o *manager*, diz Peter Drucker:

[...] independentemente do posto de trabalho que ocupa, tem de assumir certas funções gerais e obrigatórias: 1) definir os objectivos da empresa; 2) organizar, ou seja, classificar o

trabalho, distribuí-lo, criar a estrutura organizativa indispensável, recrutar o pessoal de enquadramento, etc.; 3) assegurar “os motivos de estimulação e de ligação”; 4) analisa a actividade da organização e 5) assegurar a promoção das pessoas empregadas na empresa (Drucker, 1954, *cit. in* Gvichiani, *op. cit.*, vol. 2, p. 18).

A «função essencial da gestão é a coordenação, a integração de todos os aspectos da actividade do organismo e dos seus representantes em um todo», diz Gvichiani (*op. cit.*, vol. 2, p. 18), ou seja:

É verificar, primeiramente, a finalidade [da empresa ou instituição], a tarefa (ou as tarefas); em segundo lugar, pôr em funcionamento um sistema de medidas que permitam realizar essa finalidade e a distribuição das tarefas em diversas formas de trabalho (...); em terceiro lugar, a integração das actividades isoladas nas subdivisões correspondentes que poderiam ser coordenadas por diversos meios, incluindo a estrutura formal hierárquica; em quarto lugar, a motivação, a interacção, o comportamento, as opiniões dos membros da organização, determinados, em grande parte, pelas medidas adoptadas com vista a realizar os fins da organização [...]; em quinto lugar, os processos que têm a ver com a tomada das decisões, a comunicação, as correntes de informação, o controlo, a recompensa e a punição (...); em sexto lugar, um sistema organizativo coerente que não se concebe como qualquer coisa de particular, de suplementar, mas como uma coordenação interna atingida entre todos os elementos da organização indicados acima (Gvichiani, *op. cit.*, vol. 1, p. 31).

É ao nível da organização do trabalho que o gestor determina e condiciona o tipo de liderança, a estrutura da empresa, as relações interpessoais, a interacção do homem com as máquinas e com o ambiente físico de trabalho, as modalidades de horário de trabalho (rígido, flexível, por turnos, nocturno, isenção de horário, trabalho extraordinário, duração do horário de trabalho), o tipo e o modo de organização dos espaços e dos meios físicos de trabalho, o ritmo de trabalho, a pressão de trabalho, o tipo e modalidades de recompensa do trabalho, o tipo de carreiras e o modo de progressão e de promoção nelas, que fixa as regras, o modo e o tipo de selecção e de recrutamento a efectuar, as características do trabalhador a seleccionar, os apoios a dar ao trabalhador, designadamente, a existência ou não de um Serviço de Saúde Ocupacional, recurso organizacional indispensável à prevenção de riscos psicossociais, os tipos de apoio social que o trabalhador pode receber, a forma de integração, o desenvolvimento

profissional, a formação, a preparação para a reforma, entre muitos outros aspectos.¹¹

«A direcção é o centro nevrálgico da organização, o motor que a impulsiona a crescer e a desenvolver-se, a que retroalimenta o sistema», diz Rodríguez (1999, p. 42). O gestor (a todos os níveis, de topo e intermédios) é, como criador da organização e de organização, o principal responsável, e o primeiro a ser responsabilizado (neste caso, com mais dificuldade em se escudar atrás de um técnico de prevenção, porquanto não pode dizer que não sabia ou que não era da sua competência). Saber organizar é uma competência técnica específica dos gestores e de Gestão.

O empregador, enquanto principal gestor da organização, e os gestores de linha são, nestes termos, os primeiros e principais responsáveis, moral e legalmente, pela prevenção de riscos psicossociais. Moralmente, porque, são eles quem detém a competência e os meios de promover a sua prevenção. Os gestores podem causar (ou, inversamente, evitar) os riscos psicossociais pelo seu comportamento em relação aos seus trabalhadores. O comportamento dos gestores é susceptível de influir na presença ou na ausência de riscos psicossociais no ambiente de trabalho dos seus trabalhadores. As relações entre os riscos psicossociais e bem-estar são complexos e podem ser afectadas pelo modo como um gestor se comporta. Se um indivíduo é afectado pelos riscos psicossociais, o seu gestor terá de estar envolvido na concepção e na implementação de soluções. São os gestores quem detém o poder para redesenhar iniciativas no trabalho (organização e desenvolvimento ou iniciativas de mudança a um nível mais geral). Os gestores são os responsáveis por autorizar e implantar avaliações de riscos psicossociais na sua equipa, unidade ou serviço e por desenvolver as intervenções subsequentes (*cf.* Barling & Carson, 2008; HSE, 2007b, p. 1; Peiró & Rodríguez, 2008; Westlander, 2003).

O empregador é também o primeiro e principal responsável legal pela boa organização do trabalho. Além dos deveres gerais que cabe ao empregador em matéria de prevenção de riscos no trabalho, a lei fixa-lhe um conjunto de poderes e deveres em matéria de organização do trabalho que o responsabilizam directamente pelos riscos psicossociais que daí possam vir a decorrer.

1.3. Medidas de gestão na prevenção de riscos psicossociais

O gestor, mormente na sua qualidade de decisor, pode ser chamado a intervir na prevenção de riscos psicossociais no trabalho a dois níveis: a) actuando sobre a organização do trabalho (*cf.* Agência Europeia, 2005a;

¹¹ «Uma boa gestão e uma organização adequada do trabalho são a melhor forma de prevenir o stresse» (Leka et al., 2004, p. 1).

Clarke & Cooper, 2004; Cunha *et al.*, 270-271; Melía *et al.* 2005; OIT, 1986; Quick *et al.*, 2003); b) actuando sobre o próprio indivíduo.

São inúmeras as medidas de intervenção que podem incidir quer na organização do trabalho quer no indivíduo (para desenvolvimento aprofundado ver, fundamentalmente, Quick *et al.*, 2003 e Nogareda *et al.*, 2007). As intervenções sobre os indivíduos inserem-se, por norma, no âmbito da prevenção secundária ou terciária, enquanto as intervenções sobre a organização do trabalho são sempre de prevenção primária.

Como exemplos de medidas que podem ser adoptadas em cada um dos níveis de intervenção salientam-se as que mais interessam sob um ponto de vista de gestão, que são, nomeadamente, as seguintes:

1.3.1. Medidas orientadas para a organização de trabalho

Os exemplos de medidas orientadas para a organização de trabalho podem ser de vária ordem e de diversa natureza, podendo estar relacionadas, nomeadamente, com as exigências da tarefa; a cultura e a estrutura da empresa, as exigências físicas do trabalho, as funções de papel, as relações interpessoais, e com a interface casa-trabalho-casa (*cf.* Quick *et al.*, 2003; Nogareda *et al.*, 2007).

a) *O desenho das tarefas.* O desenho das tarefas (*job design*) refere-se «ao modo como um conjunto de tarefas, ou uma função no seu todo, é organizada. O desenho da tarefa ajuda a determinar que tarefas devem ser feitas, como devem ser feitas, quantas devem ser feitas e porque ordem devem efectuar-se as tarefas» (CCOHS, 2008). O desenho das tarefas «deve basear-se na conceptualização das teorias da motivação e da satisfação no trabalho assim como do stress considerado como um desequilíbrio entre as exigências da tarefa e das capacidades da pessoa para lhes dar resposta» (Nogareda *et al.*, 2007, p. 20). O desenho das tarefas incide sobre aspectos do trabalho relacionados com a sobrecarga de trabalho, com o trabalho repetitivo e monótono, a autonomia no trabalho, o isolamento, o trabalho por turnos, o excesso e a duração do tempo de trabalho, por exemplo. É uma área de intervenção importante da Ergonomia e da Psicoergonomia (*cf.* Bridger, 1995; Kroemer & Grandjean, 2005; Lida, 1990; Sperandio, 1980, 1984). Podem-se seguir como princípios para o desenho de tarefas, em geral, os propostos pela norma espanhola UNE 6385:2004 *Princípios ergonómicos para o desenho de sistemas de trabalho* e pelo NIOSH (*Stresse at Work*) (Nogareda *et al.*, *ibid.*);

b) *Factores ambientais.* Têm a ver com os espaços de trabalho, o ruído, a iluminação, a temperatura e a humidade, a ventilação, as radiações, etc.).

Podem seguir-se os princípios previstos nas normas legais existentes¹² e, relativamente à dimensão psicoergonómica ou psicossocial, por exemplo, as recomendações propostas pela literatura científica (*cf.* Fischer, 1994; Aragoñes & Américo, 2000; Sperandio, 1980, 1984; Cañas & Waerns, 2001);

c) *A comunicação.* «Na prevenção de riscos psicossociais a comunicação é vista como um elemento indispensável para a segurança, a satisfação no trabalho e para o correcto e eficaz funcionamento de uma empresa», dizem Melía *et al.* (*ibid.*, p. 20). Segundo St-Hilaire (2005), «a comunicação na empresa remete para as relações interpessoais entre trabalhadores, para os canais de comunicação (jornal interno, telefone, correio), para a transmissão de instruções de trabalho, etc.». O interaccionismo simbólico pode dar aqui um contributo teórico importante na elaboração de boas práticas neste domínio (*cf.* Rizo, *s.d.*, 2004, 2006; Yncera, 1991);

d) *A formação.* «A formação e o treinamento profissional são importantes para que uma pessoa tenha aptidões ou habilidades, seja hábil no seu trabalho e evite riscos psicossociais» (Nogareda *et al.*, *op.cit.*, p. 24). A formação em riscos psicossociais deve ser precedida de um diagnóstico de necessidades de formação em riscos psicossociais que pode resultar das avaliações de risco psicossocial na organização, nos serviços, unidades e postos de trabalho. A formação é uma via importante de fornecimento de recursos aos trabalhadores ou de evitamento da perda de recursos em sede de prevenção primária ou secundária. Importa saber que recursos de formação são necessários em cada situação concreta e a partir desse diagnóstico deve-se elaborar um plano de formação em riscos psicossociais. Estas acções de formação podem passar, nomeadamente, pelo reforço do sentimento de auto-eficácia, da inteligência social e emocional, das habilidades sociais, da assertividade, da gestão de tempo, da comunicação, da resolução de problemas, da aquisição de hábitos e estilos de vida saudáveis e seguros, etc. (Nogareda *et al.*, *ibid.*, p. 93);

e) *O estilo de liderança.* Aos dirigentes devem exigir-se competências comprovadas em estilos de liderança positiva (Cunha, Rego & Cunha, 2007; HSE, 2007b, 2008, 2009a, 2009b; Barling & Carson, 2008;

12 Por exemplo, o Decreto-lei n.º 347/93, de 1 de Outubro (Prescrições mínimas de segurança e saúde nos locais de trabalho) e Portaria n.º 987/93, de 6 de Outubro (Normas Técnicas de execução do Decreto-lei n.º 347/93) e a Regulamentação específica para a indústria e comércio: a Portaria n.º 53/71, de 3 de Fevereiro, relativa aos estabelecimentos industriais e o Decreto-lei n.º 243/86, de 20 de Agosto relativo aos estabelecimentos comerciais, de escritórios e serviços (aplicável a «todos os serviços já instalados dependentes do Ministério da Saúde», ou seja, nomeadamente, a todos os hospitais e centros de saúde, por força do Despacho conjunto de 15 de Fevereiro de 1989 dos Ministros das Finanças, do Emprego e da Segurança Social e da Saúde, publicado no Diário da República, II, N.º 106, de 9 de Maio de 1989).

Nogareda, 2007, p. 26; Peiró & Rodríguez, 2008), controladas por sistemas eficazes de avaliação de desempenho e pela implementação obrigatória de procedimentos internos que contrariem tendências autocráticas e «tóxicas». Estes procedimentos podem ser, por exemplo, nos hospitais, a existência de estruturas formais internas de representação dos trabalhadores em paridade com os representantes da entidade patronal (a Comissão de Segurança e Saúde no Trabalho, por exemplo, prevista na lei¹³, ou uma Comissão de Risco Hospitalar, no caso dos hospitais onde essa comissão é de difícil constituição) que se pronunciem, obrigatoriamente, sobre o plano de prevenção de riscos psicossociais, sobre todos os relatórios de avaliação de riscos psicossociais quando impliquem recursos que só a administração pode autorizar, e exerçam um poder de fiscalização e de vigilância sobre as medidas implementadas ou a implementar; ou a criação de procedimentos que obriguem à realização de reuniões periódicas de trabalho, à constituição de grupos focais para tratar de assuntos colectivos de um serviço, unidade ou posto de trabalho; à redacção obrigatória de actas de todas as reuniões de trabalho;

f) *A estrutura formal da organização.* Pela importância que tem na origem e no condicionamento das interações sociais, a estruturação (ou reestruturação) formal da empresa deve ser objecto de uma avaliação prévia (antes da sua aprovação final) em sede de prevenção primária de riscos psicossociais. O poder de criar (ou recriar) organização deve entender-se limitado por um conjunto de direitos e liberdades fundamentais, como já foi referido, como é o direito à saúde e à protecção da segurança e saúde no trabalho;

g) *Outras medidas de natureza organizacional e de gestão.* Muitas outras medidas de natureza organizacional e de gestão podem ser tomadas como, por exemplo, as destinadas garantir expectativas justas de promoção, de progressão, de justiça remuneratória, de regalias sociais, em suma, a garantir o respeito pelo «contrato psicológico»¹⁴, escrito ou informal, entre

13 Conferir artigo 23.º da Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro. A Comissão de Segurança e Saúde no Trabalho é um órgão de composição paritária, constituída por igual número de representantes dos trabalhadores e de representantes da administração da empresa.

14 Ver em Gracia et al. (2006) e Peiró e Rodríguez (2008, pp. 71-72). Por contrato psicológico entende-se, segundo Guest e Conway (2002, cit. in Gracia et al., p. 256), «a percepção de ambas as partes na relação de emprego, organização e indivíduo, de as promessas e obrigações recíprocas relativas a esta relação». «Este contrato começa com a formulação, por cada uma das partes, de um número de promessas sobre a conduta e atitudes no trabalho, que geram expectativas na outra parte. Durante o desenvolvimento da relação, as promessas podem cumprir-se ou não. Se a promessa feita por uma parte se cumpre, satisfazem-se as expectativas da outra parte. Se uma promessa não foi feita, mas o agente a leva a cabo, pode-se produzir uma surpresa positiva na outra parte, que provoque sentimentos e avaliações positivas. Contudo, se uma promessa feita não se cumpre, não se satisfazem as expectativas da outra parte. Quando isto é interpretado como algo intencional, surge um sentimento de violação do contrato psicológico,

a organização e o indivíduo numa perspectiva de ganhos mútuos e de interesses recíprocos.

1.3.2. Medidas orientadas para o indivíduo

Em sede de *prevenção primária* orientada, segundo Quick *et al.* (2003, p. 157), para os factores de risco de natureza individual, já foram referidas algumas medidas passíveis de serem tomadas, por exemplo, em sede de formação, de informação, de participação e de comunicação, e que podem contribuir, na fonte, para a prevenção de uma série de factores de risco psicossocial. Neste momento, pretende-se dar ênfase, sobretudo, às medidas a tomar em sede de prevenção *secundária* e *terciária*. Estas medidas, ainda segundo Quick *et al.* (*ibid.*), orientam-se para os efeitos (prevenção secundária) ou para os sintomas (prevenção terciária) de riscos psicossociais.

No contexto da *prevenção secundária*, as medidas mais comuns referenciadas na literatura (Agência Europeia, 2005a; Clarke & Cooper, 2004; Nogareda *et al.*, 2007; Quick *et al.*, 2003;) referem-se, globalmente, àquele tipo de medidas que se destinam a modificar o tipo de respostas a exigências inevitáveis do trabalho, a reforçar as estratégias de *coping* ou capacidade de resposta dos indivíduos para poderem lidar melhor com as exigências do trabalho quando elas estão a manifestar-se nocivas para a sua saúde. As medidas mais vezes referidas são as seguintes: o treino de relaxamento (resposta de relaxamento, relaxamento progressivo, meditação, hipnose médica e treino autogénico, treino de *biofeedback*), a espiritualidade e fé, as descargas emocionais (*Talking It Out*: falar sobre os problemas com alguém; *Writing It Out*: escrever sobre os problemas a alguém ou publicamente; *Acting It Out*: exprimir-se livremente, chorar, gritar, vociferar, e, especialmente, rir), o exercício físico (exercícios aeróbios, ginástica muscular, treino de fortalecimento muscular, etc.) e a nutrição (um programa de cuidados alimentares especificamente dirigidos a atenuar os efeitos de stresse: deixar de fumar, não beber álcool, evitar excitantes, etc.) (Quick *et al.*, 2003).

Nogareda *et al.* (2007, pp. 95-112) fornecem um catálogo ainda mais extenso e mais completo e organizado de outro modo, que inclui: a) *medidas relacionadas com os factores estruturais do indivíduo* (que têm a ver com as características de personalidade do trabalhador, o *locus de*

acompanhado de irritação e frustração. Esta experiência está significativamente relacionada com a saúde e o bem-estar (...) Portanto, a análise e a prevenção de riscos psicossociais têm que ter em conta as promessas e o cumprimento das expectativas, assim como a reciprocidade e a justiça nas relações empregador-empregado. As intervenções que pretendam melhorar a situação laboral têm que estar conscientes de que o objectivo não é só a pessoa senão também o seu contexto» (Gracia, Silla & Fortes, 2006, cit. in Peiró & Rodríguez, 2008, p. 71 e 72)

control, a inteligência emocional, a resistência e dureza, as atitudes, a esperança, o sentido de coerência, a tolerância, os hábitos saudáveis, o exercício físico, a dieta alimentar e a não utilização de drogas); b) e *medidas relacionadas com factores funcionais* (habilidades sociais, comunicação, assertividade, habilidades para a realização de tarefas, gestão de tempo, estratégias de afrontamento resolutivas, resolução de problemas, moduladores do trabalho, estratégias de afrontamento paliativas, relaxamento e respiração e moduladores do trabalhador) e medidas relacionadas com a prevenção da saúde como meta pessoal (implicação pessoal, gestão de recursos emocionais, prevenção da saúde como estrutura e prevenção da saúde como processo).

Em Nogareda *et al.* (*ibid.*, pp. 115-127) e, sobretudo, em Salanova e colaboradores (*e.g.*, Salanova, 2003; Salanova, Bresó & Schaufelli, 2005; Salanova *et al.*, 2004) refere-se, ainda, a importância da auto-eficácia como estratégia de intervenção psicossocial centrada no indivíduo

No contexto da *prevenção terciária*, trata-se, sobretudo, de medidas que se destinam «mais a curar do que a prevenir» (Trouchot, 2004, p. 222), em que «o objectivo é curar, ajudar a cicatrizar os efeitos negativos já produzidos» (Nogareda *et al.*, 2007, p. 19). Ainda que indirectamente, porém, devem ser realizadas, a este nível, algumas medidas, cujos objectivos devem ser vistos numa lógica de prevenção. O tipo de medidas aqui a tomar são mais da responsabilidade da vigilância médica (*e.g.*, da Medicina do Trabalho e da Psiquiatria) e da psicologia clínica do que do técnico de prevenção especialista em riscos psicossociais (Nogareda *et al.*, 2007, p. 19). Trata-se de diagnosticar e tratar patologias, o que, no âmbito da saúde ocupacional, em Portugal, é da exclusiva competência do Médico do Trabalho. No âmbito da prevenção terciária, porém, é particularmente vantajosa a intervenção conjunta da Medicina do Trabalho e do técnico especialista em prevenção de riscos psicossociais. Esta intervenção é importante na definição de um programa de ajuda ao trabalhador, no âmbito do apoio a prestar a trabalhadores alcoólicos, toxicodependentes e fumadores, por exemplo, bem como na elaboração de programas de reinserção laboral de trabalhadores que estiveram muito tempo ausentes do trabalho, sobretudo por razões de natureza psicossocial (depressões, por exemplo). No âmbito da prevenção terciária é igualmente importante a colaboração da psicologia clínica e do serviço social. Este apoio está relativamente facilitado no caso dos hospitais dado que, em praticamente todos eles (sobretudo nos Hospitais Centrais e nos Hospitais Distritais), existem, psicólogos clínicos e assistentes sociais nos respectivos quadros de pessoal. Para maior eficácia deste apoio, a respectiva articulação deve ser objecto de um protocolo inter-serviços, homologado pelas respectivas administrações hospitalares.

Uma panóplia de medidas de prevenção terciária é fornecida por Quick *et al.* (2003, pp. 257-274), tais como, terapia e aconselhamento psicológico (programas dirigidos a problemas específicos, como o alcoolismo, a droga, o tabaco e a obesidade, por exemplo; psicoterapia individual; terapia comportamental; terapia de grupo e aconselhamento profissional); intervenção terapêutica dirigida a situações de stresse pós-traumático provocado por acontecimentos traumáticos súbitos (por exemplo, desemprego, agressão, explosão, atentado); cuidados médicos (medicação, cirurgia, terapia física); criação de um programa pessoal de gestão preventiva de stresse (identificação de factores de risco individual, identificação dos efeitos pessoais sobre a saúde física e psicológica, identificação de medidas possíveis de natureza individual, elaboração de um plano de acções)¹⁵.

2. RISCOS PSICOSSOCIAIS

O termo *risco psicossocial* é utilizado no âmbito da literatura sobre prevenção de riscos psicossociais, pelo menos, em dois sentidos: num sentido probabilístico (*e.g.*, Clarke & Cooper, 2004; Granjo, 2006; Guilam, 1996; Kouabenan *et al.*, 2006; Mendes, 2002) e num sentido global, unitário e unificador «que tem cabimento num amplo conjunto de situações potencialmente negativas para a saúde dos trabalhadores» (ISTAS, 2006; UGT, 2006).

Segundo Fernández (2005), a União Geral dos Trabalhadores espanhola (UGT, 2006) e o Instituto Sindical do Trabalho, Ambiente e Saúde, também de Espanha (ISTAS, 2006), o conceito unitário, unificador e global de “risco psicossocial” tem estado a impor-se na doutrina científica da União Europeia sobre segurança e saúde no trabalho.

Diz a UGT (Espanha) que usar o conceito de “risco psicossocial” neste sentido unitário, unificador e global tem diferentes vantagens:

Permite chamar unitária e globalmente a toda a manifestação de perigo que, para a saúde do trabalhador, tem a interacção da actividade do trabalhador com a sua organização de trabalho e com o seu ambiente social; b) Autoriza a utilizar os conhecimentos produzidos relativamente a alguns riscos mais analisados – o stresse – para ampliar o conhecimento preventivo

¹⁵ Em Quick *et al.* (2003, p. 273) pode consultar-se um exemplo de um plano pessoal de prevenção de stresse, com indicação de um conjunto de medidas de natureza individual, a serem cumpridas pelo trabalhador, relativamente a cada nível de problemas identificado.

de outros – síndrome de burnout, violência no trabalho, assédio moral...; c) Abre caminho para o enquadramento nesta tipologia de riscos de outras manifestações de perigo para a saúde psicofísica do trabalhador – exemplo: as adições ao trabalho (UGT, 2006, p. 11).

Refere ainda esta central sindical espanhola que «a interrelação entre os diferentes “riscos psicossociais” é hoje reconhecida por todos», que:

A violência no trabalho pode ser um factor de risco de stress ocupacional, isto é um “stressor”. Do mesmo modo, o stress pode revelar-se um factor desencadeante de violência no trabalho, física e psíquica (id., ibid.).

Apesar de se defender um conceito de risco psicossocial unitário e global, acrescenta-se, no entanto, que:

[...] nem a União Europeia (...) nem outras organizações como a OIT (...) consideraram oportuno tratar os problemas relacionados com estes riscos psicossociais de forma conjunta. Daí que se proponha uma atenção separada, ainda que, relativamente a todos eles, se faça uma análise segundo o enfoque da prevenção de riscos laborais¹⁶.

A descrição que a seguir irá ser feita de cada um dos principais riscos psicossociais no trabalho tem subjacente esta visão unitária e global de risco psicossocial, sem prejuízo de, de acordo com a *abordagem da Gestão de Risco*, se dever considerar, igualmente, o risco psicossocial segundo o seu entendimento probabilístico, que vê o risco como uma probabilidade de um (ou mais do que um) factor de risco psicossocial poder dar origem a um dano à saúde (física e/ou psicossocial) do trabalhador.

¹⁶ Apenas concordamos em parte com esta posição. Admite-se que não é fácil, de facto, tratar unitária e globalmente todos os riscos. Há vários riscos psicossociais. Será correcto, por isso, tratar cada risco individualmente. Só assim se poderá, aliás, evitar a tendência que alguns autores ainda têm de tratar os riscos psicossociais (todos os riscos) identificando-os apenas com o stress ocupacional. O que não significa, porém, que não seja possível e que não devam tratar-se os riscos psicossociais unitária e globalmente. É precisamente este «o enfoque [exigível] da prevenção de riscos laborais», o enfoque ou abordagem da Gestão de Risco (risk management approach) que a maioria dos autores, incluindo a Agência Europeia e a OIT, defendem. E é nesse sentido que os autores têm vindo a trabalhar, como se verá mais adiante. A dificuldade existente, que é real, pode (e deve) ser ultrapassada adoptando-se, nomeadamente, uma metodologia de prevenção que seja feita em dois níveis: num primeiro nível (de avaliação geral), procurar-se-á identificar e avaliar os grupos de factores de risco correlacionados com cada um dos diferentes riscos psicossociais (todos os riscos psicossociais: stress ocupacional, assédio moral, assédio sexual, violência no trabalho, etc.) e, depois de efectuada esta correlação, em segundo nível, serão identificados e avaliados, com recurso a métodos e técnicas específicas de cada risco psicossocial, o risco (ou os riscos) identificados como prioritários na avaliação geral (ou de primeiro nível). Nestes termos, a avaliação de primeiro nível será uma avaliação global, abrangente e unitária de todos os possíveis riscos psicossociais enquanto a avaliação de segundo nível será uma avaliação apenas orientada para o (ou para «os») risco(s) específico(s) prioritário(s).

2.1. O stresse ocupacional

Segundo as teorias interaccionistas do stresse ocupacional, o stresse ocupacional é visto como «um desequilíbrio entre os recursos de um indivíduo e as exigências do ambiente de trabalho às quais ele deve responder» (Ruta, 2003, p. 11), «a reacção que pode ter o indivíduo face às exigências e pressões do trabalho que não se ajustam aos seus conhecimentos e capacidades, e que põem à prova a sua capacidade de afrontar a situação» (Leka, Griffiths & Cox, 2004, p. 3), «um desequilíbrio substancial (percebido) entre a demanda e a capacidade de resposta (do indivíduo) em condições em que o fracasso diante desta demanda acarreta importantes consequências (percebidas) (MTAS, 2007, Vol. I, p. 66) ou, finalmente, como «uma interacção das condições de trabalho com as características do trabalhador em que as exigências do trabalho excedem a capacidade do trabalhador para lidar com elas» (Ross & Altmaier, 1994, p. 12).

Qualquer uma destas definições chama a atenção para a interacção que existe entre o indivíduo e o ambiente de trabalho e para a necessidade de procurar, permanentemente, ajustar o mais possível os recursos dos indivíduos às exigências do trabalho. Segundo Leka, Griffiths e Cox, (*op. cit.*, p. 5), «quanto mais se ajustem os conhecimentos e as capacidades do trabalhador às exigências e pressões do trabalho, menor será a probabilidade de que o trabalhador sofra de stresse». Por outro lado, deve acrescentar-se que o ajustamento deve ser visto como «sendo sempre modulado pela percepção que o indivíduo tem de si mesmo e do mundo» (MTAS, 2007, Vol. I, p. 66).

Para efeitos de prevenção do stresse ocupacional é importante distinguir entre: 1) o *stresse agudo*, que envolve, por parte do indivíduo, uma resposta rápida a um acontecimento súbito, de natureza simples, com origem numa causa facilmente identificável e que responde, em regra, positivamente a algumas formas de intervenção, em regra a desenvolver pelo próprio indivíduo ou «o stresse que se manifesta quando um indivíduo é chamado a dar uma resposta rápida a uma situação nova, imprevista, abrupta (...)» (*cf.* Kendal *et al.*, 2000, p. 7; Trouchet, 2004, p. 42). Tem muito a ver com o fenómeno designado por Cury (1998) de «gatilho da memória» que pode ser treinado ou retreinado, nomeadamente através de cursos de gestão de stresse, técnicas de simulação ou outras (*cf.* também Ribeiro, 2007), constituindo, a formação, aqui, um importante recurso preventivo; 2) o *stresse pós-traumático*, que decorre de acontecimentos que põem em perigo a própria vida ou, segundo Trouchet (*ibid*), com «o distresse (...) que revela um indivíduo em recordação de uma experiência particularmente traumatizante: um acidente, uma agressão violenta, (...), a confrontação com a morte». A sua etiologia é desconhecida e o seu nome

faz referência «às situações graves e ameaçadoras que provocam medo, desesperança, horror e uma hiperactivação do sistema nervoso» (MTAS, 2007, p. 69). A prevenção aqui passa sobretudo por intervenções de natureza organizacional: protocolos de actuação, planos de emergência e de evacuação, planos de segurança, manutenção preventiva de equipamentos para prevenção de riscos de explosão e de incêndio, que estão muito associadas a este tipo de stresse, etc; 3) e o *stresse crónico*, que, contrariamente aos dois precedentes, é uma reacção cumulativa a pressões (agressões, ameaças, etc.) continuadas durante um longo período de tempo, de natureza, a maior parte das vezes, insidiosa e lenta. Trata-se, provavelmente, da forma de stresse que não tem sido, até agora, objecto de qualquer prevenção eficaz, apesar de ser aquela que tem maior impacto nas organizações e nos indivíduos.

É, sobretudo, a pensar no stresse crónico que se fala do stresse como um «risco emergente» nas sociedades actuais e na obrigatoriedade da sua prevenção enquanto risco psicossocial no trabalho.

2.2. O assédio

Assédio, diz o Grande Dicionário da Língua Portuguesa (GDLP, 1981), significa, «envolvimento, perseguição, ataque cerrado» ou «insistência, teimosia, impertinência junto de alguém».

Em contexto de trabalho, o assédio pode apresentar duas variantes: o assédio moral e o assédio sexual.

2.2.1. O assédio moral

Embora não exista uma definição única de assédio moral acordada a nível internacional (Agência Europeia, 2002a; Guimarães & Rimoli, 2006) por assédio moral, coacção psicológica ou psicoterror no trabalho, pode entender-se «um comportamento injustificado e continuado para com um trabalhador ou grupo de trabalhadores, susceptível de constituir um risco para a saúde e a segurança (Agência Europeia, 2002b; Guimarães & Rimoli, 2006), «um comportamento negativo entre colegas ou entre superiores e inferiores hierárquicos, em virtude do qual o/a afectado/a é objecto de assédio e ataques sistemáticos e durante muito tempo, de modo directo ou indirecto, por parte de uma ou mais pessoas, com o objectivo e/ou o efeito de o/a humilhar» (Grupo de Especialistas da União Europeia, *cit. in* Velázquez, 2003, p. 1) ou, segundo definição de Leymann (que foi quem primeiro desenvolveu o tema, *cit. in* Daza & Bilbao, 1998, p. 2), «uma situação em que uma pessoa ou um grupo de pessoas exercem uma violência psicológica extrema (através de uma ou mais das 45 formas ou comportamentos descritos pelo Inquérito Leymann de Terrorismo

Psicológico), de forma sistemática (ao menos uma vez por semana), durante um tempo prolongado (mais de seis meses), sobre uma pessoa no local de trabalho» ou, finalmente, segundo definição do próprio Velázquez (*op. cit.*, p. 2):

Uma conduta hostil ou intimidatória para com um trabalhador no quadro de uma relação de trabalho por conta de outrem, que pode ser levada a cabo por um indivíduo ou por vários, podendo este indivíduo ou indivíduos ser tanto o próprio empregador, como o seu representante ou quadro intermédio ou, inclusive, os seus próprios colegas de trabalho com uma posição de facto superior.

Características do assédio moral são, nos termos destas definições, a duração (o que exclui da definição os conflitos passageiros), o carácter, normalmente, assimétrico da relação e a repetição. Outros autores, como Hirigoyen (2002), a grande referência europeia sobre o tema, juntam-lhe a intencionalidade ou a «maldade» da agressão à dignidade e à integridade das pessoas.

O assédio moral não é um fenómeno novo. Nova é apenas a intensidade, a gravidade, a amplitude e a banalização do fenómeno e o facto de se reconhecer o seu vínculo ao trabalho e de ser tratado como um risco psicossocial inerente ao trabalho. O tema do assédio moral, antes de começar a ser tratado no âmbito do trabalho por Hirigoyen (2002), foi objecto de estudo, pela mesma autora (Hirigoyen, 1999), no âmbito mais geral das relações interpessoais do quotidiano, incluindo as relações no quotidiano de trabalho.

Diversas definições legais têm vindo a aparecer no âmbito da legislação que entretanto tem vindo a ser publicada na União Europeia para fazer face a este problema do mundo moderno actual¹⁷.

A lei francesa da *modernização social* (Lei n.º 73, de 2002, de 17 de Janeiro), por exemplo, define o assédio moral como:

[...] os comportamentos repetidos que têm por objecto ou por efeito uma degradação das condições de trabalho susceptíveis de afectar os direitos e a dignidade do assalariado, de alterar a sua saúde física ou mental, ou de comprometer o seu futuro profissional.

O Código Penal francês, no seu artigo 222-33-2 sanciona o assédio moral com pena de prisão de um ano e 15.000 euros de multa.

¹⁷ Nos termos do n.º 3 do artigo 2.º da Directiva 2000/43, do Conselho, de 29 de Junho de 2000, os Estados-Membros têm a faculdade de definir internamente o conceito de assédio moral.

O Decreto real belga, de 11 de Julho de 2002, relativo à *protecção contra a violência e o assédio moral ou sexual no trabalho*, entretanto revogado e substituído pelo Decreto real, de 17 de Maio de 2007, de *prevenção da carga psicossocial ocasionada pelo trabalho como a violência, o assédio moral ou sexual*, que mantém a definição, definia o assédio moral como:

As condutas abusivas e repetidas de qualquer origem, externa ou interna à empresa ou à instituição, que se manifestam nomeadamente por comportamentos, palavras, intimidações, actos, gestos, e escritos unilaterais, tendo por objecto ou efeito atingir a personalidade, a dignidade ou a integridade física ou psíquica de um trabalhador ou de uma outra pessoa à qual o presente decreto se aplique no momento da execução do seu trabalho, de pôr em perigo o seu emprego ou de criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou ofensivo.

O actual Código do Trabalho português (Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro), no seu artigo 29.º, n.º 1, define assédio, em geral (aplicando-se este conceito genérico, quer ao assédio moral quer ao assédio sexual) como:

O comportamento indesejado, nomeadamente o baseado em factor de discriminação, praticado aquando do acesso ao emprego ou no próprio emprego, trabalho ou formação profissional, com o objectivo ou o efeito de perturbar ou constranger a pessoa, afectar a sua dignidade, ou de lhe criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, ou desestabilizador.

Por remissão do n.º 3, aplica-se ao assédio (moral e sexual) o disposto no artigo 28.º que refere que «a prática de acto discriminatório lesivo de trabalhador ou candidato a emprego confere-lhe o direito a indemnização por danos patrimoniais, nos termos gerais de direito».

O assédio (moral e sexual), diz o n.º 4, do artigo 29.º, é considerado uma «contra-ordenação muito grave».

2.2.2. O assédio sexual

Trata-se, igualmente, de um risco psicossocial de assédio, embora com algumas especificidades relativamente ao assédio moral. Tal como o assédio moral também o assédio sexual não é um fenómeno novo. Nova é, igualmente, a sua intensidade e a sua gravidade enquanto risco emergente do trabalho e, sobretudo, a maior sensibilização para o fenómeno e para a necessidade da sua prevenção.

A Recomendação das Comunidades Europeias n.º 92/131, de 27 de Novembro de 1991 relativa à dignidade da mulher e do homem no trabalho propôs a seguinte definição de assédio sexual:

A conduta de natureza sexual ou outros comportamentos baseados no sexo que afectam a dignidade da mulher e do homem no trabalho, incluindo a conduta de superiores e colegas, é inaceitável quando: a) a referida conduta é indesejada, irrazoável e ofensiva para a pessoa que é objecto da mesma; b) a negação ou a submissão de uma pessoa a tal conduta por parte de empresários ou trabalhadores (incluídos os superiores e os colegas) é utilizada de forma explícita ou implícita como base para uma decisão que tenha efeitos sobre o acesso dessa pessoa à formação profissional e ao emprego, à continuação do mesmo, ao salário ou quaisquer outras decisões relativas ao emprego e/ou c) a referida conduta cria um ambiente de trabalho intimidativo, hostil e humilhante para a pessoa que é objecto da mesma; e tal conduta for, em determinadas circunstâncias, contrária ao princípio da igualdade de tratamento.

O n.º 2 do artigo 29.º do Código do Trabalho actual (Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro)¹⁸, diz que «constitui assédio sexual o comportamento indesejado de carácter sexual, sob a forma verbal, não verbal ou física, com o objectivo ou o efeito referidos no número anterior».

Caracteriza o assédio sexual, portanto, a natureza claramente sexual da conduta de assédio, o facto de tal conduta não ser desejada pela vítima e tratar-se de um comportamento molestandor, com ausência de reciprocidade e imposição da conduta.

2.3. A violência no trabalho

A violência no trabalho é considerada no âmbito do Programa SOLVE¹⁹, da OIT, um dos principais riscos psicossociais no trabalho, a nível mundial. Este Programa assume como prioritários a nível mundial cinco riscos psicossociais: o stresse, o tabaco, o álcool e drogas, a violência e o HIV. Segundo o Programa, estes cinco riscos psicossociais estão interrelacionados. Cada um deles pode resultar de cada um dos outros. Consequentemente, a prevalência de um deles pode criar condições para o desenvolvimento dos outros também. Uma abordagem integrada dos cinco

¹⁸ Conferir também o artigo 15.º (Assédio) da Lei n.º 59/2008, de 11 de Setembro que aprova o Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas. O artigo aplica explicitamente ao âmbito da Função Pública o regime geral da proibição do assédio previsto no novo Código do Trabalho.

¹⁹ De Stresse, TabacO, Álcool & Drogas, HIV/SIDA e ViolencE (www.ilo.org/safework/solve).

riscos é, por isso, a mais adequada para lidar com estes problemas» (Caborn & Gold, 2003).

O problema da violência no trabalho cresceu nas últimas décadas fruto de várias circunstâncias, entre as quais se destaca o aumento das relações interpessoais no trabalho (Bilbao & Cuixart, 1998), e está a atrair a atenção tanto dos trabalhadores e dos dirigentes das empresas como dos investigadores, em virtude do aumento crescente do n.º de actos violentos, muitos dos quais mortais, que se têm vindo a verificar nos locais de trabalho (Barlin, 2003, pp. 34.33)

O conceito de violência no trabalho é vasto e complexo, razão pela qual existem numerosas definições. Importa, no entanto, clarificar o que deve entender-se por violência no trabalho, depois de termos desenvolvido, de modo autónomo, os conceitos de assédio moral e de assédio sexual que são, também eles, duas formas de violência no trabalho, ainda que de violência, sobretudo, de natureza *psicológica*.

O conceito de violência no trabalho que se tem aqui em vista é, sobretudo, a violência física e, além dela, a violência psicológica que não seja enquadrável em nenhuma das formas de assédio anteriormente referidas. Nestes termos, a primeira questão a clarificar é, desde logo, o conceito de violência. Por violência entende-se tudo «aquilo que ocorre ou se faz com brusquidão ou com extraordinária força ou intensidade, de tal forma que se ofende ou prejudica alguém» (MTAS, 2007, vol. I, p. 106).

A OMS (*cit. in*, ISTAS, 2006, p. 12) define violência no trabalho como «o uso deliberado da força física ou o poder, seja sob a forma de ameaça ou de forma efectiva, contra a própria pessoa, outra pessoa ou grupo, que cause ou tenha a probabilidade de causar lesões, mortes, danos psicológicos, dificuldades de desenvolvimento ou privações», a Comissão Europeia (ISTAS, *ibid.*) como “todos os incidentes em que as pessoas sofrem abusos, ameaças ou ataques em circunstâncias relacionadas com o trabalho, incluídas as viagens de ida e volta para o/do trabalho, que ponham em perigo explícita ou implicitamente, a sua segurança, o seu bem-estar e a sua saúde”, e o ISTAS, ele próprio (*ibid.*), como «todo o incidente em que um trabalhador é ameaçado ou agredido, física ou psiquicamente por ou em circunstâncias relacionadas com o trabalho, susceptíveis de por em perigo a sua segurança, a sua saúde e o seu bem-estar».

Na legislação portuguesa, a violência no trabalho não é definida nem tem regulamentação específica explícita nem na lei, nem na lei geral nem na lei penal.

2.4. A síndrome de *burnout*

Segundo Gil-Monte e Peiró (1997, p. 14), «não existe uma definição unanimemente aceite sobre a síndrome de *burnout* no trabalho, contudo, existe consenso em considerar que aparece no indivíduo como uma resposta ao stress ocupacional crónico», que «se produz principalmente no quadro das profissões que se centram na prestação de serviços», dizem os mesmos autores mais adiante (*id., ibid.*, p. 16), «especialmente relevante no caso dos profissionais de serviços de ajuda, pela sua frequência, intensidade e consequências para os utilizadores e para os profissionais» (*id., ibid.*, p. 18).

Numa perspectiva psicossocial, que é aquela que aqui nos interessa, a definição de Maslach e Jackson, os dois principais teorizadores desta síndrome, após a sua identificação original pelo médico e psicanalista Feudenberguer, em meados dos anos setenta, é aquela que reúne mais consenso. Maslach e Jackson (1974, *cit.in* Gil-Monte & Peiró, *op.cit.*, p. 14) «assinalam que a síndrome de *burnout* deve ser conceptualizada como uma síndrome de esgotamento emocional, despersonalização e falta de realização pessoal no trabalho que pode desenvolver-se naquelas pessoas cujo objecto são pessoas em qualquer tipo de actividade». O seu aparecimento, contudo, não é visto, pela maioria dos autores que defendem a perspectiva psicossocial, como um estado, mas como o resultado de um processo. «Este processo caracteriza-se por sentimentos de falha ou desorientação profissional, desgaste e labilidade emocional, sentimentos de culpa por falta de êxito profissional, frieza ou distanciamento emocional, e isolamento» (Gil-Monte & Peiró, *ibid.*, p. 15).

O esgotamento ou cansaço emocional refere-se a uma diminuição e/ou perda de recursos emocionais (...), a despersonalização ou desumanização revela uma mudança consistente no desenvolvimento de atitudes e respostas negativas, como insensibilidade e cinismo face aos beneficiários dos serviços, assim como ao aumento da irritabilidade face à motivação profissional e os sentimentos de baixa ou falta de realização pessoal, traduz-se na desvalorização do próprio trabalho, com percepção de insuficiência profissional, baixa auto-estima, evitamento de relações interpessoais e profissionais, baixa produtividade e incapacidade para suportar a pressão.

Na perspectiva psicossocial, a síndrome de *burnout* não deve identificar-se com o stress psicológico (Rodriguez-Marín, 1995, pp. 188-189; Trouchet, 2004). Nomeadamente, segundo o ISTAS (2006, p. 14), porque enquanto no stress psicológico existe uma implicação exagerada nos problemas, uma hiperactividade emocional, o dano fisiológico é o fundamento principal, o esgotamento ou falta de energia é sobretudo física, a depressão

produz-se como reacção para preservar as energias físicas e pode ter efeitos positivos em exposições moderadas (eustresse), na síndrome de *burnout*, existe falta de implicação, desgaste emocional, o dano emocional afecta a motivação e a energia física, a depressão traduz-se numa perda de ideais e só tem efeitos negativos. Ou porque, dizem Schaufelli e Buunk:

O stresse é um termo genérico que se refere ao processo de adaptação temporário acompanhado por sintomas mentais e físicos. Em contraste, o burnout pode ser considerado como o estado final de uma ruptura de adaptação que resulta de um desequilíbrio a longo termo entre exigências e recursos e, assim, de um stresse profissional prolongado (Schaufelli & Buunk, 1996, *cit. in. Trouchot, op.cit.*, p. 39).

«O stresse seria, pois, o resultado de uma tensão passageira, e a síndrome de burnout o resultado de tensões contínuas», sintetiza Trouchot (*ibid.*, p. 39).

A incidência da síndrome de *burnout* é maior em determinadas profissões relativamente a outras, sendo as profissões de saúde e a profissão docente, as de maior incidência.

2.5. A adicção ao trabalho

A adicção ao trabalho é talvez, de entre os riscos psicossociais emergentes no trabalho, um dos menos conhecidos e menos estudados, ao menos no âmbito da literatura europeia. Não é referido, até à data, por exemplo, em qualquer documento da União Europeia, nem da Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho (Agência Europeia), nem da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (Fundação Europeia). Aparece, quando muito, implicitamente, nos relatórios relativos aos Inquéritos às Condições de Trabalho que a Fundação Europeia vem realizando, de cinco em cinco anos, desde 1990, nos dados referentes ao tempo de trabalho (*working time*), em especial os relativos à tendência para o aumento do n.º de horas médio de trabalho (*long working hours*), à intensidade de trabalho (*intensity of work*), em especial os que se referem à tendência para o aumento da pressão (*pressure at work*) e do ritmo de trabalho (*pace of work*), e ao equilíbrio entre o trabalho e a família, com a tendência para o aumento da dificuldade em conciliar estes dois âmbitos de vida (Fundação Europeia, 2007).

A adicção ao trabalho está relacionada com o termo *workaholic* (união do termo trabalho, *work*, com alcoolismo, *alcoholism*) ou *gripe dos yuppies*, surgido, nos anos setenta, nos Estados Unidos da América, para significar a verificação das características do comportamento alcoólico no trabalho e no mundo laboral.

Segundo Overbeck:

O elemento central definidor [da adicção ao trabalho] é dado pelo comportamento irracional estabelecido com o trabalho excessivo, até ao ponto de se ser incapaz de ter outros interesses ou de empregar o tempo em tarefas diferentes e, ao mesmo tempo, sofrendo pela voluntária incapacidade para romper com esta compulsão (Overbeck, 1980, *cit. in* MTAS, 2007, Vol. I, p. 90).

É certo que, como sucede com todos os riscos psicossociais do trabalho, o trabalho excessivo decorre de exigências do trabalho, que «obrigam» o trabalhador a não deixar de ser sempre o primeiro, a querer ocupar sempre os melhores postos de trabalho, a não querer deixar de cumprir os objectivos fixados pela empresa ou a temer o emprego, outras vezes decorre de características do próprio trabalhador que fazem do trabalho a questão central das suas vidas, até ao ponto de não dedicar atenção alguma a outras actividades, têm uma dedicação tão excessiva com o trabalho que se desinteressam por tudo o mais que não seja o trabalho nem conseguem parar de trabalhar (MTAS, *ibid.*, p. 90).

Neste caso, de adicção ao trabalho por causas inerentes ao trabalhador, diz Polaino-Lorente (1998), estamos perante o fenómeno, que tem uma grande tradição psicológica (vem dos anos trinta), designado de *egoimplicação*, que relaciona o nível de aspirações do trabalhador com o âmbito motivacional.

Segundo este mesmo autor (*id.*, *ibid.*, p. 162), o adito ao trabalho, é-o, principalmente, ainda que não exclusivamente, pelas seguintes razões: 1) por implicar-se excessivamente na actividade que realiza; 2) por dispor de um nível de aspirações excessivamente elevado, ao mesmo tempo que desproporcionado, a respeito das suas aptidões, capacidades e destrezas; 3) por subestimar e restringir as valiosas e plurais dimensões da vida humana apenas aos parâmetros de trabalho.

Bradley (1977), Oates (1978), Spruell (1987) e outros (todos *cit. in* Polaino-Lorante, 1998, p. 163), consideram como sinais de risco potencial para a adicção ao trabalho, designadamente, levar trabalho para casa, não esquecer o trabalho ao entrar em casa, experimentar cansaço e irritabilidade se não trabalha durante os fins de semana, não fazer férias, ser acusado pela família de que mostra mais interesse pela família do que por eles, não ver os problemas que afectam a família, consumir álcool e tabaco excessivamente, quando não trabalha aos fins de semana, experimentar que o tempo passa muito depressa quando trabalha, ser competitivo em qualquer actividade, inclusive quando pratica desportos em família e ser impaciente e olhar com muita frequência o relógio.

2.6. A fadiga e a carga mental no trabalho

Fadiga, segundo o Grande Dicionário da Língua Portuguesa (GDLP, 1981), é «a indisposição do corpo *ou* do espírito para executar qualquer coisa, quando provém de trabalho esgotante do corpo *ou* do espírito». A fadiga pode, assim, ser física (do corpo) ou mental (do espírito) e provém de trabalho esgotante.

O termo fadiga está associado, por norma, a uma situação temporária e reversível. É «uma alteração temporária da eficiência funcional da pessoa», segundo a ISO 10075 «Princípios ergonómicos relacionados com a carga mental» (*cit. in*, MTAS, 2007, p. 85), ou «o efeito de um trabalho continuado, que provoca uma redução reversível da capacidade do organismo» (Lida, 1997, p. 284). A fadiga, normalmente, desaparece mediante um adequado descanso (MTAS, 2007). Sob o termo «etiquetam-se estados de diferente intensidade (desde muito ligeira até ao esgotamento total» (*id.*, *ibid.*). É comum adjectivar a fadiga, em função da parte do organismo mais afectada: fadiga muscular, visual, auditiva, fadiga intelectual, fadiga nervosa e fadiga emocional (INSHT, 1997a).

Relacionada com a fadiga está a carga mental ou cognitiva de trabalho, definida como «um estado de mobilização geral do operador humano como resultado do cumprimento de uma tarefa que exige o tratamento de informação» (MTAS, 2007, p. 87). A carga mental ou cognitiva de trabalho tem origem, normalmente, «em tarefas que implicam um elevado grau de processamento cognitivo» (MTAS, 2007, p. 87) e é provocada, em regra, por um excesso de informação em quantidade e/ou qualidade superior àquela que o indivíduo é capaz de processar. No primeiro caso, fala-se de sobrecarga mental quantitativa (a quantidade de informação excede a capacidade de a processar), no segundo caso, fala-se em sobrecarga mental qualitativa (a complexidade da informação excede a capacidade de compreensão do indivíduo). A carga mental de trabalho é também um risco emergente, psicoergonómico (Sperandio, 1980, 1984; Cañas & Waerns, 2001) e psicossocial (no que resultar de um quantidade excessiva de interacções sociais ou de interacções sociais complexas) na medida em que, com a inovação permanente e a utilização generalizada de novas tecnologias e com o aumento da intensidade e da complexidade dos relacionamentos sociais, está a aumentar o número de perigos que conduzem ao risco e a probabilidade de exposição ao risco está a aumentar sobretudo por ser cada vez maior o número de pessoas afectadas por este tipo de risco. O uso das novas tecnologias

[...] impõem ao trabalhador elevadas exigências nas suas capacidades de processar informação; implica, com frequência, a recolha e integração rápida de uma série de informações com

o fim de emitir, em cada momento, a resposta mais adequada às exigências da tarefa. O sistema humano para processar informação tem capacidades finitas, que podem ser igualadas ou mesmo ultrapassadas pelas exigências da tarefa. Se esta situação se verifica de maneira pontual a pessoa pode chegar a adaptar-se a ela, se, pelo contrário, o trabalho exige continuamente, um grau de esforço elevado, pode levar a uma situação de fadiga capaz de alterar o equilíbrio de saúde dos indivíduos (MTAS, 2007, p. 88).

2.7. O trabalho emocional

Trabalho emocional, segundo Morris e Fieldman (1996, *cit.in* INSHT, 2007), é «o esforço, a planificação e o controlo necessários para exprimir as emoções desejáveis durante as transacções interpessoais» ou, numa perspectiva mais organizacional, segundo Martínez-Iñigo, como:

Os processos emocionais e condutas conscientes e/ou automáticas que decorrem de normas organizacionais sobre a expressão emocional [conduta expressiva], sobre a experiência emocional [sentimentos e pensamentos que acompanham a emoção] ou sobre ambas, que regulam as diferentes interacções implicadas no desempenho de um posto de trabalho e que pretendem facilitar a realização de objectivos organizacionais sobre a expressão emocional associada à realização de outros objectivos, operativos e/ou simbólicos de maior importância. (Martínez-Iñigo, 2001, *cit.in* INSHT, 2007).

Se é certo que a maioria das relações interpessoais não requer grande esforço, nem grande planificação nem grande controlo para exprimir as nossas emoções, há actividades em que todas estas competências são requeridas com muita frequência. É nestas situações, de risco elevado, que podemos falar de um risco de trabalho emocional como um risco psicossocial autónomo. É o que sucede, em geral, nos trabalhos

[...] de prestação de serviços que se caracterizam por um contacto directo com o cliente, paciente ou utilizador, durante a maior parte da jornada de trabalho (por exemplo, entre muitos médicos, enfermeiros, professores, polícias, empregados de hotel, bancários, telefonistas, etc.), em que não só devem realizar tarefas físicas ou mentais, como também exprimir emoções “apropriadas” à situação concreta ou à imagem esperada, o que pressupõe uma carga emocional mais elevada e uma susceptibilidade superior de risco psicossocial» (MTAS, 2007, p. 72).

Segundo a Nota Técnica n.º 720, do INSHT (2007), que se vem seguindo, para se poder falar em trabalho emocional deve cumprir-se o seguinte conjunto de características: 1) deve ocorrer em interações cara a cara ou voz a voz; 2) as emoções do trabalhador são mostradas para influenciar as emoções, as atitudes e as condutas de outras pessoas; 3) produz-se em profissões que se baseiam no relacionamento com pessoas e que geralmente se dão no sector dos serviços. As relações interpessoais integram-se no âmbito da actividade profissional, geralmente sob a forma de relações trabalhador - cliente, aluno, utilizador, etc.; 4) é uma exigência do trabalho para o qual, em muitas situações contribui directamente (por exemplo, quando o objectivo principal é a venda de um produto, a tarefa de obter um sorriso do cliente facilita a venda); 5) toda a interacção social segue certas regras ou normas e para cada situação existem emoções apropriadas.

A Inteligência Emocional (Goleman, 1997) e a Inteligência Social (Goleman, 2006), duas novas áreas de interesse científico, têm vindo a assumir uma importância crescente, podendo os novos contributos produzidos (ou a produzir) por estas duas áreas assumir especial relevância no âmbito da sua aplicação ao conhecimento e à prevenção do risco psicossocial, particularmente do risco psicossocial ligado ao trabalho emocional²⁰.

2.8. O tecnostresse

O conceito de tecnostresse está directamente relacionado com os efeitos psicossociais negativos do uso das tecnologias de informação e de comunicação. O tecnostresse foi, pela primeira vez, definido em 1984, pelo psiquiatra norte-americano Craig Brod como «uma doença de adaptação causada pela falta de habilidade para lidar com as novas tecnologias do computador de maneira saudável» (cf. MTAS, 2007, p. 70; Salanova, 2003, 2007). Particularmente importantes sobre o tecnostresse são os trabalhos que têm vindo a ser desenvolvidos por Salanova, na Universidade Jaume I (Castellón, Espanha).

Salanova define o tecnostresse como sendo:

Um estado psicológico negativo relacionado com o uso das tecnologias de informação e comunicação ou ameaça do seu uso futuro. Esse estado é condicionado pela percepção de um desajuste entre as exigências e os recursos relacionados com o uso destas novas tecnologias que leva a um elevado nível de

²⁰ Os primeiros trabalhos conhecidos neste domínio são os de Marisa Salanova (cf., por exemplo, Salanova, 2006). Veja-se também Párraga Sánchez (2005).

activação psicofisiológica desagradável e ao desenvolvimento de atitudes negativas face a elas (Salanova, 2003, p. 231).

Correlacionados com o conceito de tecnostresse estão as situações dele derivadas, como a *tecnoansiedade*, quando a pessoa experimenta altos níveis de activação fisiológica desagradável e sente tensão e mal-estar pelo uso crescente de algum tipo de tecnologia, que pode chegar a provocar atitudes cépticas e pensamentos negativos sobre a sua própria capacidade e competência; a *tecnofobia*, mais focalizada na dimensão afectiva e que tem sido entendida como a resistência em falar sobre tecnologia ou mesmo de pensar nela, o medo ou a ansiedade face a ela e pensamentos hostis e agressivos e a *tecnofadiga*, caracterizada por sentimentos de cansaço e esgotamento emocional e cognitivo devidos ao uso de tecnologias, complementados também por atitudes cépticas e crenças de ineficácia na sua utilização. A «fadiga informativa» é uma manifestação particular de tecnofadiga que decorre da sobrecarga informativa derivada do uso da Internet e tem como sintomatologia típica a falta de competência para estruturar e assimilar a nova informação assim obtida com o conseqüente aparecimento de cansaço mental; e, bem ainda, a *tecnoadição* que tem a ver, diz Salanova (2007, p. 6), com a «compulsão incontrolável para utilizar tecnologias de informação e de comunicação em “todo o momento e em todo o lugar” e para as utilizar durante longos períodos de tempo» (cf. sobre todos estes aspectos, MTAS, *ibid.*, pp. 70-71; Salanova, 2003, 2007).

3. CONSEQUÊNCIAS DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS

Os riscos psicossociais no trabalho têm conseqüências muito negativas para a sociedade, para as empresas e para a saúde dos trabalhadores (Benavides, Ruiz-Frutos & Garcia, 2004; Davezies, 1999; Leka, Griffiths & Cox, 2004; OMS, 2005a, 2005b; OMS/OIT, 2000; OIT, 1986; Quick *et al*, 2003).

As conseqüências principais dos riscos psicossociais para as organizações e para os indivíduos têm a ver com: 1) *Conseqüências organizacionais*: o aumento do absentismo²¹, uma menor dedicação ao trabalho ou *presencialismo*²², o aumento da rotação de pessoal, a deterioração do

21 Dois a três por cento dos indivíduos ausentam-se do trabalho por razões de ordem psicológica, e, dos que restam, 40% apresentam sinais de distresse psicológico elevado, segundo estudo recente de Brun, Biron, Marte & Ivers (2002, cit. in Brun, & Lamarche., 2006, p. 33).

22 «Estar no trabalho mas não dar o seu rendimento pleno em razão da presença de problemas de saúde constitui um fenómeno que qualificamos de presencialismo» diz Hemp (2004, cit. in Brun & Lamarche, *ibid.*, p. 33). Segundo estudo efectuado por Hemp no Bank One, do Quebec, os custos do presencialismo são ainda mais importantes do que os do absentismo.

rendimento e da produtividade, o aumento de práticas laborais pouco seguras e das taxas de acidentes, o aumento das queixas dos utentes e clientes, os efeitos negativos no recrutamento de pessoal, o aumento dos problemas legais face às queixas e processos intentados pelos trabalhadores, a deterioração da imagem institucional tanto entre os seus empregados como face ao exterior, o aumento dos custos (directos e indirectos), a deterioração da comunicação e da qualidade das relações de trabalho, aumento de situações de conflituosidade, de greves e de agressões (Agência Europeia, 2005a, p. 50 e seg.; Leka, Griffiths & Cox, 2004, p. 9; OIT, 1986, pp. 15 e seg.; Quick *et al.*, 2003, pp. 89 e seg.); 2) *Consequências individuais*: fisiológicas²³, psicológicos²⁴ e mentais²⁵ (OIT, 1986, *op.cit.*, pp. 15 e seg.; Quick *et al.*, *op. cit.*, pp. 65 e seg.; Universidade de Laval, 2003, pp. 9 e seg.).

A consequência principal para a sociedade, para além dos custos económicos (Brun & Lamarche, 2006; OMS, 2001a; OMS/OIT, 2000) tem a ver, sobretudo, com a Saúde Pública, designadamente com a Saúde Mental e, em particular com a Saúde Mental no Trabalho.

Segundo a OMS (2001a), cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou de comportamento, responsáveis por 12% da carga mundial de doenças. Até 2020, prevê-se que esta carga suba para 15% e que os transtornos depressivos venham a ser a principal causa de doença no mundo. As principais perturbações, presentemente, compreendem transtornos depressivos, transtornos pelo uso de substâncias psicoactivas, esquizofrenia, epilepsia, doença de Alzheimer, atraso mental e transtornos da infância e da adolescência.

Na Região Europeia da OMS, a Saúde Mental é vista como um dos maiores desafios de cada país da Região,

[...] com os problemas mentais a afectarem pelo menos uma em cada quatro pessoas alguma vez ao longo da sua vida. A

23 Hormonas supra-renais, sistema nervoso central, reacções cardiovasculares, transtornos músculo – esqueléticos, transtornos digestivos, entre outros.

24 De natureza cognitiva ou comportamental, como problemas de memória e de atenção e de concentração, angústia e irritação, dificuldades em pensar e tomar decisões, insónias, cansaço, depressão e intranquilidade, comportamentos obsessivos, rígidos e irreflectidos, aumento de consumo de álcool, do tabaco e do uso de drogas e estupefacientes; problemas de adaptação, problemas de humor ou afectivos, problemas familiares, agressividade e violência; problemas psicossomáticos, como o aparecimento de úlceras, dores de cabeça, dores de estômago, queda de cabelo, psoríase, disfunções sexuais, e outras reacções de conversão e somatização, como laringites agudas, cegueira aguda, paralisia de uma mão, amnésia aguda, hipocondríase, entre outros problemas.

25 Problemas psicopatológicos graves, como a depressão, a esquizofrenia e paranóias.

prevalência dos problemas de saúde mental é muito alta na Europa. Dos 870 milhões de pessoas que vivem na Região Europeia, cerca de 100 milhões sofre alguma vez de ansiedade e depressão; para cima de 21 milhões sofrem de perturbações provocadas pelo álcool; mais de 7 milhões sofrem da doença de Alzheimer e de outras demências: cerca de 4 milhões de esquizofrenia; 4 milhões de doenças afectiva bipolar; e 4 milhões de perturbações de pânico (OMS, 2005a, p. 1).

Na União Europeia, a Comissão Europeia (2005b, p. 4) estima que mais de 27% dos europeus em idade adulta são afectados, ao longo do ano, pelo menos por uma perturbação de saúde mental. As perturbações mentais e comportamentais mais correntes na União Europeia são os problemas ansiosos e a depressão. Presentemente, no território comunitário, cerca de 58.000 pessoas suicidam-se cada ano. Este número ultrapassa o número anual de homicídios ou de mortes e vem logo a seguir ao n.º de mortes por acidentes de viação ou por HIV/SIDA.

Em Portugal, segundo o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Ministério da Saúde, 2005, Vol. II, pp. 82-83), estima-se que a prevalência de perturbações psiquiátricas na população geral ronde os 30%, sendo aproximadamente de 12% a de perturbações psiquiátricas graves, que a depressão pode atingir cerca de 20% da população, tendendo a aumentar, e é a primeira causa de incapacidade, na carga global de doenças, nos países desenvolvidos. Em conjunto com a esquizofrenia, é responsável por 60% dos suicídios. Quanto ao suicídio, diz-se que apesar das taxas baixas de suicídio, particularmente na população de idade inferior a 65 anos, em Portugal existem números elevados quando se combinam suicídio e causas de morte violenta e indeterminada. As esquizofrenias e outras perturbações psicóticas, no Censo Psiquiátrico de 2001, foram, no conjunto dos internamentos, das consultas e das urgências, as patologias mais frequentes (21,2%), sendo a principal causa de internamento (36,2%) e a terceira nas consultas (12,4%). No que se refere ao stresse, embora não existam dados nacionais que permitam avaliar directamente a dimensão deste problema, afirma-se que a sua prevalência é elevada.

Embora a situação em Portugal seja pouco conhecida, diz o recente Despacho n.º 10464/2008, da Ministra da Saúde (p. 7)²⁶, que «os dados existentes sugerem que a prevalência dos problemas de saúde mental não se afastará muito da encontrada em países europeus com características semelhantes». Alguns dados, contudo, parecem contrariar o optimismo expresso neste documento quanto ao estado da saúde mental em Portugal.

26 Diário da República, 2.ª Série, N.º 70, de 9 de Abril de 2008.

Assim, os dados de um Inquério efectuado a 16.000 habitantes dos 15 Estados-Membros da UE e de duas Regiões Europeias (Alemanha de Leste e Nordeste da Irlanda), pelo The European Opinion Research Group (EORG, 2003), entre 28 de Outubro e 8 de Dezembro de 2002, mostram que Portugal é, a seguir à Itália e ao Reino Unido, um dos países que apresenta o mais baixo indicador de saúde mental positiva (medida pelo indicador EVI, de saúde mental positiva, que integra o SF-36, Health Survey Instrument) e um dos países, novamente a seguir à Itália, que apresenta o mais alto indicador de problemas de saúde mental (medido pelo MHI-5, Mental Health Index -5, que faz, igualmente, parte do SF-36, Health Survey Instrument)²⁷. Portugal é, contudo, o país que apresenta o pior indicador de saúde mental positiva e o indicador mais alto de problemas de saúde mental no caso das mulheres, com um índice, no segundo caso, de 40,7 MHI-5 contra 27,6 da média comunitária e 15,7 e 18,3, respectivamente, da Suécia e da Dinamarca. O maior desvio na saúde mental das mulheres portuguesas, relativamente à média na UE, verifica-se, no grupo das mulheres entre os 45-64 anos (41,3 contra 26, 2) e, sobretudo, nas mulheres no grupo 65 e mais anos (49,7 contra 27, 2), nos grupos das mulheres trabalhadoras «envelhecidas» (mais de 45 anos) ou no grupo das mulheres idosas (mais de 65 anos).

Ramos, Sennfelt, Amaral e Valente (1996), na sequência de um estudo efectuado sobre os custos económicos da depressão, em Portugal, concluíram que os custos associados a esta doença, a preços de 1992, ascendiam a 246 milhões de contos (49,2 milhões de euros), valor que, segundo os autores, ultrapassava os 50% do orçamento do Serviço Nacional de Saúde daquele ano, dizendo 80,4% respeito às incapacidades temporárias (que estão directamente relacionadas com o trabalho, ou nas causas ou nas consequências).

A saúde mental tornou-se uma prioridade de saúde pública, em Portugal e na Europa. A saúde mental, incluindo a saúde mental no trabalho, tem estado, «no centro das preocupações da cena social internacional contemporânea e irá continuar a manter actualidade no futuro», diz Lerouge (2005, p. 1). A União Europeia reconhece que a saúde mental da população europeia «é um dos meios de atingir alguns dos objectivos da União Europeia: o retorno da Europa à via da prosperidade durável, a concretização dos compromissos da União a favor da solidariedade e da justiça social, ou ainda, a melhoria tangível e concreta da qualidade de vida dos cidadãos europeus» (Comissão Europeia, 2005, p. 1) e o Plano Nacional de Saúde Mental (ACS, 2008, p. 5) refere que «os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações

27 Para esclarecimentos mais completos sobre o método utilizado no Inquérito, ver EORG (2003, pp. 2-3).

psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades actuais».

Neste contexto, em que os locais de trabalho são um dos principais ambientes que afectam a saúde e o bem-estar mental (OMS/OIT, 2000; OMS, 2005a, p. 59; Dewe & Kompier, 2008), a prevenção de riscos psicossociais torna-se um instrumento privilegiado e necessário não só para prevenir os problemas de saúde mental como para promover a saúde mental positiva no trabalho. A condição mental das pessoas é determinada por uma multiplicidade de factores entre os quais se incluem os factores psicossociais no trabalho (OMS, 2001a, pp. 41 e seg.; Jenkins *et al.*, 2008, p. 6). Estes factores tanto podem constituir um risco potencialmente gerador de um dano à saúde física e/ou mental dos trabalhadores como podem constituir um factor positivo, favorável a essa mesma saúde física e mental (OMS, 2005b, p. 19). Essencial, quer à prevenção dos primeiros quer à promoção dos segundos é que os factores psicossociais possam ser avaliados e geridos (controlados, os riscos, e ou promovidos ou potenciados, os factores positivos).

A prevenção dos riscos psicossociais no trabalho é um dos pré-requisitos mais importantes para uma boa saúde mental no trabalho. Por saúde mental entende a OMS o “estado de bem-estar que permite ao indivíduo realizar-se, lidar com as perturbações normais da vida, trabalhar produtiva e frutuosa e contribuir para a vida da sua comunidade» (OMS, 2001b) e por saúde mental no trabalho ou bem-estar no trabalho:

O estado dinâmico que permite ao indivíduo desenvolver o seu potencial, trabalhar produtiva e criativamente, construir relações fortes e positivas com os outros, e contribuir para a sua comunidade. O bem-estar aumenta quando um indivíduo é capaz de realizar os seus objectivos pessoais e sociais e consegue alcançar um projecto social com sentido (OMS, 2001b, p. 1).

A relação entre a saúde mental e o bem-estar no trabalho e a necessidade de prevenir os riscos psicossociais, foi recentemente reconhecida pelos responsáveis europeus da Saúde, na Conferência Europeia de Alto Nível «Juntos pela Saúde Mental e Bem-Estar», realizada em Bruxelas, 12-13 Junho 2008. Nesta Conferência, foi assinado o Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar (Comissão Europeia, 2008), também subscrito por Portugal, onde pode ler-se, relativamente à saúde mental no local de trabalho, que:

Os políticos, parceiros sociais e outros intervenientes são convidados a agir na saúde mental no trabalho, através de medidas como: a) melhoria da organização no trabalho, da cultura organizacional e das

práticas de liderança para promover o bem-estar e a saúde mental no trabalho, incluindo a reconciliação do trabalho com a vida familiar; b) implementação de programas de saúde mental e bem-estar com avaliação do risco, assim como de programas de prevenção para situações potencialmente adversas para a saúde mental dos trabalhadores (stress, violência ou assédio no trabalho, consumo de álcool e drogas) e ainda mecanismos de intervenção precoce nos locais de trabalho; c) disponibilização de medidas de apoio ao recrutamento, retenção e regresso ao trabalho para pessoas com problemas ou doenças mentais (Comissão Europeia, 2008, p. 6).

De acordo com a OMS (2001, p. 30) e com o Pacto Europeu para a Saúde Mental (Comissão Europeia, 2008), cabe aos Governos, em especial através dos respectivos Ministros da Saúde, a responsabilidade tanto pela saúde física como pela saúde mental dos seus cidadãos, devendo assumir, como gestores finais do sistema de saúde, «a responsabilidade de assegurar a elaboração e implementação de políticas de saúde mental». Lamentavelmente, porém, reconhece a (OMS, 2001a, p. 29), «na maior parte do mundo, está-se ainda longe de atribuir à saúde mental e às perturbações mentais a importância dada à saúde física (...).

A prevenção de riscos psicossociais nos serviços e instituições de saúde encarada, também, numa perspectiva de saúde pública²⁸ é uma obrigação específica do Ministério da Saúde e de todos os seus dirigentes e responsáveis e a sua implementação efectiva pode ser um contributo importante para melhorar a saúde mental e a saúde mental no trabalho.

4. GESTOR HOSPITALAR E PREVENÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS

4.1. Gestor Hospitalar

4.1.1. Noção

Gestor Hospitalar é todo aquele que tem responsabilidades de gestão nos hospitais: os membros do Conselho de Administração (o Presidente, o Director Clínico, o Enfermeiro Director e os Vogais Executivos), a nível da gestão de topo, os Directores de Departamento, Directores de Serviço, Responsáveis de Serviço ou de Unidades Funcionais, a nível de gestão

28 Sobretudo na perspectiva da nova saúde pública ou da promoção da saúde, diz Luís Graça (1999). Conferir também OMS (2005a, p. 19), onde pode ler-se: «tornar a saúde mental inseparável da saúde pública».

intermédia, e as Chefias (Médica, de Enfermagem, de Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica e outros), a nível da execução.

«A *gestão* é uma atitude comum a estes três níveis, porque significa o emprego do conjunto de técnicas que em qualquer deles, procuram obter o máximo de resultados com o mínimo possível de recursos. É por isso que o nome de gestor se pode dar tanto aos que administram, como aos que dirigem como ainda aos que chefiam», diz Corioloano Ferreira (Ferreira, 1984).

4.1.2. Gestor Hospitalar e organização do trabalho

De acordo com o Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto, que regulamenta a Lei de Gestão Hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro) e o Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, que aprova o Estatuto dos Hospitais Entidade Pública Empresarial (Hospitais E.P.E.), compete ao Conselho de Administração, colegialmente, no âmbito de poderes originários, ou aos seus membros, individualmente, no âmbito, de poderes delegados (originários, também, no caso do Director Clínico e do Enfermeiro Director) e aos Directores de Serviço²⁹, no âmbito de poderes originários, delegados ou subdelegados, a prática de diversos actos de gestão relacionados com a organização do trabalho.

Compete, nomeadamente, ao Conselho de Administração (ou aos seus membros, individualmente, nas áreas que lhes forem delegadas e nos termos da delegação), o poder de definir as linhas de orientação a que devem obedecer a organização e o funcionamento do hospital nas áreas clínicas e não clínicas, o poder de nomear e designar o pessoal para os cargos de direcção e chefia, o poder de definir as políticas referentes a recursos humanos, incluindo as remunerações dos trabalhadores e dos titulares dos cargos de direcção e chefia e o poder de aprovar o regulamento interno. Além deste poderes, o Conselho de Administração dispõe também, relativamente ao pessoal em regime de contrato individual de trabalho, nos termos do artigo 97.º da Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro, do poder de «estabelecer os termos em que deve ser prestado o trabalho dentro dos limites decorrentes do contrato e das normas que o regem».

No caso do Director Clínico e do Enfermeiro Director, para além das competência que lhes podem ser delegadas pelo Conselho de Administração, dispõem, a título originário, o Director Clínico, do poder de dirigir tecnicamente os serviços de acção médica, designadamente, o poder de propor medidas necessárias à melhoria das estruturas organizativas,

²⁹ O que é dito em relação à figura do Director de Serviço é válido também para as figuras de Responsável de Serviço ou de Unidade que são designados para dirigir os serviços quando não é possível formalmente criar o lugar de Director de Serviço (inexistência, por exemplo, de um n.º mínimo de médicos/assistentes hospitalares).

funcionais e físicas dos serviços de acção médica e o poder de participar na gestão do pessoal médico e, o Enfermeiro Director, além do poder de direcção técnica dos serviços de enfermagem, o poder de elaborar propostas referentes à gestão do pessoal de enfermagem.

Os Directores de Serviço (e Responsáveis de Serviço ou Unidades Funcionais), clínicos e não clínicos, além dos poderes que lhes venham a ser delegados ou subdelegados, dispõem, a título originário, do poder de planear e dirigir toda a actividade do respectivo serviço, sendo responsáveis pela utilização e eficiente aproveitamento dos recursos postos à sua disposição, o poder de propor e adoptar as medidas necessárias à melhoria das estruturas organizativas, e o poder de assegurar a gestão adequada dos recursos humanos.

O gestor hospitalar tem, portanto, como se vê, amplos poderes de configurar o modo como o trabalho deve ser realizado nos hospitais. É esta, aliás, uma das suas principais funções, juntamente com a função de planear, coordenar, dirigir e controlar a actividade do hospital (no caso do Conselho de Administração) ou do serviço (no caso do Director de Serviço).

Sendo a organização do trabalho a principal fonte de riscos psicossociais no trabalho, cabe ao gestor hospitalar o dever primeiro de prevenir este tipo de riscos. Combatendo-os na origem, que é uma das medidas prioritárias de prevenção previstas no artigo 6.º, n.º 2 da Directiva-Quadro de Segurança e Saúde no Trabalho (Directiva n.º 89/391/CEE, de 12 de Junho).

Para este efeito, o gestor hospitalar deve começar por se consciencializar de que o poder lato que tem de organizar o trabalho não é um poder absoluto nem arbitrário. É um poder com limites ao seu exercício. É um poder-dever condicionado. Ainda que condicionado, apenas, em casos extremos. Condicionado, desde logo, «pelos limites do contrato e das normas que o regem», nomeadamente pelos termos do contrato e pelas normas do Código do Trabalho (CT) e da legislação específica que regulamenta o Código do Trabalho e, bem ainda, pelas normas constitucionais, designadamente: a) o direito à integridade pessoal («a integridade moral e física das pessoas é inviolável», diz o artigo 25.º da Constituição da República Portuguesa, CRP); b) o direito à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à protecção legal contra quaisquer formas de discriminação (artigo 26.º); c) o direito à liberdade e à segurança (artigo 27.º); d) o direito ao trabalho (artigo 58.º); d) o direito à retribuição do trabalho, segundo a quantidade, natureza e qualidade, observando-se o princípio de que para trabalho igual salário igual, de forma a garantir uma existência condigna (artigo 59.º, alínea a); e) o direito a uma organização do trabalho em condições

socialmente dignificantes, de forma a facultar a realização pessoal e a permitir a conciliação da actividade profissional com a vida familiar (59.º, alínea b); f) o direito à prestação de trabalho em condições de higiene, segurança e saúde (59.º, alínea c); g) o direito ao repouso e aos lazeres, a um limite máximo da jornada de trabalho, ao descanso semanal e a férias periódicas pagas (59.º, alínea d); h) o direito à protecção da saúde e o dever de a defender (artigo 64.º), designadamente o direito à criação de condições condignas de trabalho (64.º, n.º 2, alínea b); i) e o direito a um ambiente de vida humano, sadio e ecologicamente equilibrado e o dever de o defender (artigo 66.º).

No âmbito do Código do Trabalho são especialmente relevantes, a ter em conta na organização do trabalho, as normas relativas ao direito à igualdade no acesso ao emprego e no trabalho (artigo 24.º), à proibição da discriminação (artigo 25.º), à proibição do assédio (artigo 29.º); o direito do trabalhador a ser respeitado com urbanidade e probidade (artigo 127.º, n.º 1, alínea a), o direito a receber pontualmente a retribuição (*ibid.*, alínea b), o direito a ter boas condições de trabalho, tanto do ponto de vista físico como moral (*ibid.*, alínea c), o direito do trabalhador a ver respeitada a sua autonomia técnica, quando exerça actividades cuja regulamentação profissional a exija (*ibid.*, alínea e); o direito do trabalhador à protecção da segurança e da saúde no trabalho (*ibid.*, alíneas g e h), o direito do trabalhador a informação e a formação adequadas à prevenção de riscos de acidentes e doença (*ibid.*, alínea i), as normas relativas à duração e à organização do tempo de trabalho (secção II, artigos 197.º a 247.º) e as normas relativas à segurança e saúde no trabalho (Capítulo IV, artigos 281.º a 283.º do CT e, bem ainda, nos termos do artigo 284.º, as normas do regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho recentemente aprovado pela Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro.

O condicionamento do empregador ao seu amplo poder-dever legal de configuração organizacional do trabalho pode ser, portanto, negativo ou positivo. Segundo o *Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales* (Espanha):

O condicionamento negativo afecta a acção do empresário e consiste na limitação do seu poder em sentido estrito, ou seja, numa série de restrições à liberdade empresarial para fazer uso das faculdades que o ordenamento lhe proporciona quando o exercício dos seus poderes resultar lesivo da integridade pessoal dos trabalhadores ao seu serviço. O condicionamento positivo, por sua vez, refere-se à conduta omissiva e supõe uma obrigação de exercer o poder empresarial para proteger a saúde dos seus empregados, ainda que estes poderes tenham sido configurados em princípio para satisfazer interesses exclusivamente privados (MTAS, 2008, pp. 155-156)

A violação destes limites pelo empregador ou por quem nele tenha sido delegado o poder de «criar organização» (Westlander, 2003, p. 35.5) pode gerar vários tipos de responsabilidade: administrativa, civil ou criminal, nomeadamente, em determinadas circunstâncias, quando tenham sido provocados danos de natureza psicológica na saúde do trabalhador (isto é, quando tenham sido provocadas no trabalhador lesões, perturbações funcionais ou doenças, diz a nossa lei dos Acidentes e Doenças Profissionais³⁰, referindo-se aos danos produzidos na sequência de um acidente ou doença profissional), mormente danos de natureza psicossocial.

Esta responsabilização dos empregadores e dos gestores, pode ocorrer, em conformidade com o disposto em sentença do Supremo Tribunal Superior de Madrid, de 5 de Outubro de 2005 (*cit. in* MTAS, 2008), nos seguintes termos:

Estudando-se a jurisprudência existente sobre esta matéria detecta-se que é essencial valorar a conduta da empresa, se existiu dolo ou culpa no incumprimento das obrigações preexistentes. Na jurisprudência, por norma geral, analisa-se se o empresário tem certeza ou suspeita que o trabalhador sofre um risco psicossocial e se adoptou ou não as medidas pertinentes, entendendo-se que se a empresa conscientemente mantém uma atitude passiva diante da situação que sofre o trabalhador incumpe de forma grave as suas obrigações contratuais. Neste sentido afirma-se que «uma vez que o empresário conhecia que um trabalhador padece de um tipo de stress [risco psicossocial] que pode ter consequências nocivas pela sua natureza e duração e que pode ter sido causado por factores directamente relacionados com o trabalho, deve actuar contra ele no quadro das obrigações genéricas de protecção da segurança e saúde no trabalho porque sobre o empregador pesa a obrigação genérica de garantir a segurança e a saúde dos trabalhadores ao seu serviço em todos os aspectos relacionados com o trabalho [...] e para isso deve adoptar quantas medidas sejam necessárias e este dever imposto pelo texto legal estende-se não só às (...), senão também a todas aquelas que não estando previstas são uma consequência natural do seu poder de direcção e organização». [...]. Quer dizer, o empresário tem a obrigação, de evitar qualquer possível infracção do direito à saúde, à dignidade, à intimidade [...] (MTAS, 2008, p.117).

30 Conferir artigo 8.º, n.º 1, da Lei n.º 98/2009, de 4 de Setembro.

4.1.3. Gestor Hospitalar e Gestão de Risco

A gestão de risco hospitalar é uma função nova, na Europa e em Portugal. É «nova enquanto processo novo na sua coordenação, na sua comunicação e no seu impacto» (Anhoury & Schneider, 2003, p. 31) e nova também em termos da sua abordagem que passou a ser feita de modo sistémico, sistemático e integrado, tendo como campo de actuação «a globalidade e a complexidade da actividade de produção de cuidados assim como o ambiente de trabalho [...] em todas as suas dimensões» (ANACT, 2001, p. 5), ao invés de ser, como era tradicionalmente, uma gestão de riscos espartilhada, assente em abordagens sectoriais, feita «de modo fragmentado, irregular e, muitas vezes sem reflectir decisões tomadas no âmbito de uma política de gestão de riscos» (Anhoury & Schneider, *ibid.*).

Entendida nestes novos termos, a gestão de risco apenas começou a existir nos hospitais portugueses a partir de 2001, com o início da Acreditação Hospitalar. Com excepção de algumas medidas implementadas antes desta data (talvez a mais geral, verificada em todos os hospitais, tenha sido a criação das comissões de controlo da infecção, a partir de 1996³¹) pouca gestão de risco era feita nos hospitais portugueses até data bem recente. Em 1999, um estudo efectuado no âmbito do Instituto Nacional de Administração (INA) (Coelho, 2002) dava conta que, oito anos após a transposição da Directiva-Quadro para o direito interno português (1991), 77% dos centros de saúde que responderam ao inquérito³² e 75% dos hospitais referiam que ainda não tinham criado os Serviços de Saúde Ocupacional a que estavam legalmente obrigados.³³ Aos Serviços de Saúde Ocupacional/Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, cuja criação nos hospitais é obrigatória na modalidade de serviço interno, compete efectuar grande parte das actividades de gestão de risco hospitalar, sendo o serviço legalmente responsável por todas as actividades ligadas à

31 Criadas ao abrigo do despacho de 23 de Agosto de 1996, do Director-Geral da Saúde, com o objectivo de conceber e desenvolver programas de prevenção e controlo da infecção hospitalar. De entre as suas atribuições, compete às CCI «colaborar [com os Serviços de Saúde Ocupacional/Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho] na aplicação das normas legais sobre as condições de higiene e segurança do trabalho» e na «apreciação das normas legais relativas à recolha, transporte e eliminação dos resíduos hospitalares».

32 Efectuado no sentido de saber do grau de cumprimento da legislação de organização dos serviços de prevenção de riscos pelos serviços de saúde do SNS.

33 Mesmo mais recentemente, nos termos de um Inquérito Temático realizado às unidades prestadoras de cuidados de saúde do SNS, a Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS, 2008, p. 48) dá [ainda] conta que: «42% dos centros hospitalares/hospitais e 58% das unidades de saúde com missão de garantir a prestação de cuidados de saúde primários mencionam não identificar os perigos e não avaliar os riscos de forma sistemática e documentada».

gestão dos riscos profissionais, à vigilância e à promoção da saúde dos trabalhadores.

A Acreditação Hospitalar teve início, em Portugal, com a celebração, em 17 de Março de 1999, de um protocolo entre o Instituto da Qualidade em Saúde (Ministério da Saúde) e o *King's Fund Health Quality Service (KFHQS)*, do Reino Unido. Este protocolo tinha por objectivo «colaborar para o desenvolvimento do sistema português da qualidade na Saúde»³⁴. O programa de Acreditação Hospitalar é um programa de auditoria organizacional que visa «a promoção da melhoria da qualidade» nos hospitais (França, 1999, p. 80) e que

[...] envolve a globalidade da organização, no cumprimento dos critérios e na melhoria da prestação dos cuidados e que se destina a demonstrar aos diversos intervenientes do mercado e ao público em geral, que a organização em causa tem capacidade para prestar cuidados de alta qualidade. (*ibid.*, p. 80-81)

A Acreditação Hospitalar é um processo de melhoria organizacional contínua que tem vindo a evoluir, desde 2000, para patamares cada vez mais exigentes. De uma primeira fase, assente numa filosofia de mera melhoria organizacional e de cumprimento obrigatório de requisitos apenas de natureza legal³⁵, o programa passou para uma segunda fase, de maior rigor e exigência (*e.g.*, foram criados novos critérios obrigatórios, que já iam além da obrigatoriedade legal: grande parte dos critérios B passaram a critérios A e todos os critérios C passaram a critérios B), chegando à fase actual, que é, simultaneamente de Acreditação Hospitalar e de Certificação pela ISO 9001:2000.³⁶

34 O King's Fund Health Quality Service (KFHQS), agora designado por Health Quality Service (HQS), é uma divisão operacional do CHKS Group Ltd, organismo independente de certificação de qualidade dos serviços de saúde ingleses. O KFHQS era conhecido anteriormente como Kings Fund Organizational Audit (KFOA) e fazia parte do King's Fund ou King's Edward's Hospital Fund for London, fundação independente, sem fins lucrativos, fundada em 1897 pelo (então) Príncipe de Gales, mais tarde Rei Edward VII. O KFOA, em 1998, mudou o seu nome para Health Quality Service. Em 2000, tornou-se uma instituição de beneficência independente com personalidade jurídica. Desde Janeiro de 2005, o HQS passou a fazer parte do CHKS Group Ltd, uma empresa especializada em sistemas de gestão em serviços de saúde (cf. www.hqs.org.uk/ e www.chks.co.uk/index.php?HAQU, do HQS e do CHKS, respectivamente, consultados em 20 de Setembro de 2008).

35 Nesta fase, apenas os critérios A eram de verificação obrigatória. Estes critérios correspondiam, em regra, a exigências legais. Os critérios B e C correspondiam, respectivamente, a Boas Práticas e a Práticas de Excelência, que não eram de verificação obrigatória.

36 Cada revisão do Manual trouxe novas exigências e maior rigor de qualidade que se foram reflectindo na classificação e no tipo de critérios. Na actual versão do Manual, de 2006, a distinção entre critérios A, B e C desapareceu. Agora apenas existem critérios A e A+. «Os Critérios de ponderação “A” denotam requisitos profissionais, orientação, risco significativo para o paciente ou para a segurança do pessoal, ou sólida prática organizacional em cuidados de saúde», «Os Critérios de ponderação “A +” referem-se a

O Manual de Acreditação, «documento massivo e extenso de padrões e critérios, que cobre a totalidade dos aspectos de uma organização prestadora de cuidados de saúde» (França, *ibid.*, p. 81) constitui o guião do processo de acreditação. Em cada fase, o Manual de Acreditação foi revisto e actualizado, passando a ter uma nova versão. O processo de Acreditação Hospitalar começou, em Portugal, com a versão de 2001-2003 do Manual de Acreditação; em 2003 foi implementada uma nova versão (Versão 2003-2006) e, a partir de 2006, começou a vigorar a versão actual (Versão 2006).

Na versão do Manual de 2001-2003, a Gestão de Risco estava prevista apenas na Norma 9 (Gestão de Risco). Esta Norma, com 102 critérios, veio obrigar os hospitais a desenvolver, pela primeira vez, em Portugal, «uma abordagem estruturada para a gestão de riscos na organização que resulta em sistemas de trabalho, práticas e instalações mais seguras e uma maior consciência do pessoal para perigos e responsabilidades» (corpo da Norma 9). Outros requisitos de qualidade passaram, pela Norma, a ser impostos ou recomendados aos hospitais, designadamente, o dever de desenvolver uma estratégia de gestão de risco, o dever de desenvolver uma metodologia de avaliação de riscos e de avaliar os riscos em todos os serviços/departamentos, no âmbito de avaliações de risco «revistas e actualizadas sistematicamente ou quando as circunstâncias se alteram» (Norma 9, critério 9.9) e o dever de elaborar planos de acção e de adoptar medidas de controlo (preventivas e correctivas).

Na versão de 2003-2006, a Norma 9 do Manual de Acreditação deu origem a seis Normas de Gestão de Risco: a Norma 3 (Gestão de Risco-Geral), que se refere à estrutura da gestão de risco, à estratégia da gestão de risco, à comissão multi-profissional de gestão de risco, ao programa de avaliação de riscos, aos planos de acção, aos relatórios de incidentes e quasi-acidentes e aos planos de incidentes major; a Norma 4 (Gestão de Risco-Higiene, Saúde e Segurança); a Norma 5 (Gestão de Risco-Segurança contra Incêndios); a Norma 6 (Gestão de Risco-Controlo de Infecção); a Norma 7 (Gestão de Risco-Controlo de Resíduos); a Norma 8 (Gestão de Risco-Vigilância) e a Norma 9 (Gestão de Risco-Ressuscitação/Reanimação).

prática melhorada que os hospitais deveriam procurar atingir, dados recursos suficientes e um forte empenho na qualidade» (Manual de Acreditação do HQS, 2006, p. 5). Os hospitais são acreditados se tiverem demonstrado total conformidade com todos os critérios aplicáveis de ponderação “A”. Para obterem a certificação ISO 9001:2000, os hospitais deverão demonstrar conformidade com todos os critérios identificados como «ISO».

Por fim, na versão actual, de 2006³⁷, a Gestão de Risco consta, agora, de nove normas: Norma 4: Gestão de Riscos-em geral; Norma 5: Gestão de Risco-Higiene e Segurança; Norma 6: Gestão de Risco-Segurança contra Incêndios; Norma 7: Gestão de Risco-Controlo de Infecções; Norma 8: Gestão de Risco-Gestão de Resíduos; Norma 9: Gestão de Risco-Segurança; Norma 10: Gestão de Risco-Ressucitação/Reanimação; Norma 11: Gestão de Risco-Gestão de Medicamentos; Norma 12: Gestão de Risco-Gestão dos Processos Clínicos).

A Gestão de Risco é, hoje, uma actividade central do Gestor Hospitalar: do Conselho de Administração, dos membros do Conselho de Administração, individualmente, do Director Clínico e do Enfermeiro Director, dos Directores de Serviço e das chefias técnicas hospitalares.

É uma actividade central e estratégica de gestão do Conselho de Administração, a quem compete: 1) Definir uma Política de Gestão de Risco; 2) Fixar uma Estratégia de Gestão de Risco; 3) Criar «um sistema organizado» de Gestão de Risco; 4) Desenvolver e implementar uma Metodologia de Gestão de Risco; 5) Atribuir meios e condições necessárias à prevenção de riscos.

A Gestão de Risco é, também, uma actividade central de gestão do Director de Serviço. O Director de Serviço hospitalar assume, aliás, em termos práticos, o papel mais importante na Gestão de Risco Hospitalar, por si, ou através do Gestor de Risco Local (de que iremos falar).

De acordo com o artigo 27.º, n.ºs 1 e 2, do Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto, que veio regulamentar a Lei de Gestão Hospitalar de 2002: 1) compete ao director de serviço planear e dirigir toda a actividade do respectivo serviço, sendo responsável pela utilização e pelo eficiente aproveitamento dos recursos postos à sua disposição; 2) compete-lhe, em especial, nomeadamente: a) elaborar o plano anual de actividades e o orçamento do serviço; b) assegurar a gestão dos recursos humanos; assegurar a observância das leis, dos regulamentos e das normas aplicáveis; c) promover a aplicação dos programas de controlo de qualidade, zelando por uma melhoria contínua da qualidade dos serviços.

³⁷ A versão de 2006 é apresentada na Introdução do próprio Manual do seguinte modo: «Esta constitui a segunda edição das Normas do Programa de Acreditação Internacional para Hospitais da CHKS Healthcare Accreditation and Quality Unit (antiga Healthcare Accreditation and Quality Unit), concebidas para auxiliar hospitais de agudos e serviços de saúde mental na permanente melhoria contínua dos serviços de modo transversal em toda a organização. As normas foram objecto de profunda revisão e actualizadas de modo a reflectirem as melhores práticas em cuidados de saúde. As mudanças e os desenvolvimentos ocorridos a nível internacional em programas de garantia da qualidade e aperfeiçoamento influenciaram as alterações introduzidas nas normas.» (Manual de Acreditação do HQS 2006).

Nos termos das normas 23.30 a 23.36 do Manual da Acreditação Hospitalar do HQS, (versão 2006), relativas à *Gestão de riscos clínicos*, e das normas 23.37 a 23.44, relativas à *Gestão dos riscos não clínicos* (ou gerais), compete ao Director de Serviço a responsabilidade de efectuar a gestão de riscos (clínicos e não clínicos) do seu serviço. No âmbito destas responsabilidades, o Director de Serviço deve, nomeadamente, formar um dos membros de pessoal em avaliação dos riscos (clínicos e não clínicos); assegurar que são realizadas avaliações de risco; que as avaliações de riscos são documentadas; que dão origem à implementação de medidas preventivas e de protecção; que são realizadas inspecções de higiene e segurança de forma planeada e sistemática; e que as medidas identificadas pelas inspecções de higiene e segurança são implementadas.

O Director de Serviço tem um papel e uma função determinantes quer na execução da Política e da Estratégia da Gestão de Risco do hospital, quer na eficácia desta mesma prevenção.

4.1.4. O Gestor de Risco Local

O Gestor de Risco Local é uma figura nova nos hospitais. Não está prevista, entre nós, em qualquer norma legal. Foi imposta pela realidade organizacional hospitalar e nasceu da necessidade de criar uma organização eficaz de prevenção de riscos em todo o hospital, horizontal e verticalmente. A lógica que presidiu à criação e ao desenvolvimento desta figura, nos hospitais em que foi criada, teve por base os seguintes três aspectos específicos da organização e gestão hospitalar:

Um *primeiro aspecto* prende-se com a complexidade organizacional dos hospitais e com a necessidade de criar condições de eficácia de intervenção do serviço (interno) de prevenção (Serviço de Saúde Ocupacional ou Serviço de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho). A melhor estratégia para assegurar uma gestão de risco eficaz em meio hospitalar passa por ficcionar: a) os hospitais, como uma empresa *holding* (cf. Antunes, 1993, pp. 61-64)³⁸; b) cada serviço hospitalar como uma empresa, e o respectivo Director como «o empregador»; c) o SSO (serviço interno de prevenção, artigo 78.º e seg. da Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro), como um serviço comum (artigo 82.º e seg., *ibid.*); d) e o GRL, como o representante do «empregador» (ou seja, do Director de Serviço).

38 Ao menos na sua forma organizativa (uma «empresa-mãe» e várias empresas «participadas»), e quanto ao poder de controlo interno existente (um poder unitário central e vários poderes descentralizados), é possível ficcionar um hospital como sendo uma empresa holding. Esta ideia, aliás, foi, em tempos, expressa em artigo de opinião (com o título Reforma?) assinado por um ex-Ministro da Saúde (Paulo Mendo) publicado no jornal Primeiro de Janeiro, (do Porto), de 29 de Outubro de 2004, para se referir ao processo de criação dos, então, Hospitais Sociedade Anónimas: «o actual Ministério, numa fuga para a frente pretende rapidamente, numa legislatura, transformar o Serviço Nacional de Saúde numa grande “holding”: (...)».

Um hospital é, juridicamente, uma única empresa, constituída, internamente, por vários serviços, cuja gestão domina e controla. Ficcionado como uma empresa *holding*, o hospital pode ser visto como uma empresa «particularmente vocacionada para o exercício de uma direcção económica unitária (...) sobre as suas participadas [serviços hospitalares]» (Antunes, *ibid.*, p. 63), em que a direcção unitária é exercida pelo Conselho de Administração do Hospital e a direcção de cada «empresa participada» (serviço hospitalar), ou «filial», é exercida pelos vários Directores de Serviço.

Em muitos hospitais, sobretudo nos grandes hospitais centrais, gerais ou especializados, grande parte dos serviços têm de gerir largas dezenas de trabalhadores, coexistindo, internamente, no hospital, várias «microempresas», muitas «pequenas empresas» e algumas «médias empresas».³⁹ Em muitos destes serviços, o Director de Serviço, dificilmente, ele próprio, poderá assumir directamente as responsabilidades da gestão de risco. Deverá, para isso, designar, à semelhança do que deve acontecer numa empresa integrada num grupo empresarial, «um trabalhador com formação adequada (...) que o represente para acompanhar e coadjuvar a adequada execução das actividades de prevenção» (cf., nomeadamente, o artigo 77.º, n. 1, da Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro).

Um segundo aspecto prende-se com a modalidade de organização dos serviços de prevenção a adoptar pelos hospitais. Nos termos do novo regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho (Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro) nomeadamente do seu artigo 78.º, n.º 1, o serviço interno⁴⁰ é a modalidade de serviço de prevenção que os hospitais, na sua totalidade, estão obrigados a criar: a) ou porque desenvolvem actividades de risco elevado, a que estão expostos pelo menos 30 trabalhadores (artigo 78.º, n.º 3, alínea c); b) ou porque empregam, pelo menos, 400 trabalhadores (n.º 3, alínea a, do mesmo artigo); c) ou, como sucede em todos os hospitais, pelas duas razões. Contudo, dadas as características organizacionais dos hospitais atrás referidas, não é fácil a um serviço interno de prevenção, mesmo que tenha a dotação mínima de

³⁹ Se tomarmos em conta, neste caso, apenas o n.º de trabalhadores (cf. Recomendação n.º 2003/361, da Comissão Europeia, de 6 de Maio de 2003, relativa à definição de micro, pequenas e médias empresas e publicada no Jornal Oficial L 124, de 20 de Maio de 2003), são microempresas, as empresas que empregam menos de 10 trabalhadores; pequenas empresas, as que empregam menos de 50 trabalhadores; e médias empresas, as empresas que empregam menos de 250 trabalhadores.

⁴⁰ O serviço interno «é instituído pelo empregador e abrange exclusivamente os trabalhadores por cuja segurança e saúde aquele é responsável» (artigo 78.º, n.º 1 da Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro).

recursos humanos exigida por lei⁴¹, cumprir eficazmente todas as actividades de prevenção a que está obrigado se nelas não envolver os principais interessados (e.g, Directores de Serviço e trabalhadores). A a figura do GRL, entre outras finalidades, pretende, por um lado, aumentar a eficácia de acção do Serviço de Prevenção, e, por outro lado, co-responsabilizar os Directores de Serviço nas actividades de prevenção de riscos; e, finalmente, fazer participar os trabalhadores nas actividades de prevenção, em especial nas avaliações de risco.

Um terceiro aspecto, específico da organização e da gestão hospitalar que ditou a necessidade de criar a figura do GRL, prende-se com a necessidade de criar um meio capaz de fazer participar todos os interessados no processo de prevenção de riscos, desde o «empregador» (aqui representado pelo Director de Serviço ou pelo GRL) ao trabalhador, passando por outras chefias de enquadramento, quando as houver no Serviço. Sucede, porém, que em grande parte dos casos, sobretudo, nos Serviços de maior dimensão e com maior número de trabalhadores, o Director de Serviço (como sucede, aliás, com alguns empresários, sobretudo, nas médias e nas grandes empresas), ainda que ele deva apoiar e dinamizar a política de prevenção de riscos no Serviço, e, em alguns casos, até possa estar motivado para fazê-lo, nem sempre tem tempo ou disponibilidade para participar directamente nas actividades (ou em todas as actividades) de prevenção. Nestes casos, ao Director de Serviço caberia adoptar uma de duas soluções: a) ou ficar totalmente dependente da actividade do Serviço de Prevenção do Hospital, numa postura passiva, demitindo-se das responsabilidades que lhe cabem em matéria de gestão de risco do seu serviço (o que não seria bom nem para o Director de Serviço, nem para o Serviço de Prevenção); b) ou delegar num trabalhador do serviço a responsabilidade pelas actividades relacionadas com a prevenção de riscos, assumindo, ainda que indirectamente, uma postura participativa e activa. Foi entendido que esta seria a postura mais consentânea com o actual paradigma de gestão de

41 Tomando como exemplo o caso concreto de um Hospital com cerca de 1830 trabalhadores, a determinação da dotação mínima seria calculada do seguinte modo: se os hospitais fossem considerados como estabelecimentos industriais (que só em parte o são, pelo menos alguns dos seus serviços: lavandaria, cozinha, central de vapor, central de esterilização, etc.), nos termos do artigo 101.º, n.º 2, alínea a) e do artigo 105.º, n.º 2, alínea a, da Lei n.º 102/2009, o hospital deveria ter, no mínimo, respectivamente, cinco técnicos de segurança e higiene, devendo um deles ser técnico superior; um médico do trabalho a tempo inteiro (40 horas semanais) e um enfermeiro do trabalho. Se forem, porém, considerados como uma empresa não industrial (como foi considerada no âmbito do Despacho conjunto de 8 de Março de 1989 dos Ministros do Emprego e Segurança Social e da Saúde que mandou aplicar aos hospitais o Regulamento Geral de Segurança e Higiene dos Estabelecimentos Comerciais, Serviços e Escritórios de 1986), nos termos dos mesmos artigos 101.º, n.º 2, alínea b) e 105.º n.º 2, alínea b, o Hospital deveria ter, no mínimo, respectivamente, três técnicos de segurança e higiene, sendo, pelo menos um deles, técnico superior e cerca de 23 horas semanais de medicina do trabalho e um enfermeiro do trabalho.

riscos da Directiva-Quadro, e com o modo diário de funcionamento dos serviços hospitalares que se faz, em regra, de modo colectivo e participado.

A criação da figura do GRL aparece, assim, enquadrada nesta segunda perspectiva. O GRL é aqui ficcionado, com base numa análise conjugada, nomeadamente dos artigos 74.º, n.º 2, 77.º, 81.º, n.º 2 e 82.º, da Lei n.º 102/2009 que ficciona também o serviço interno de prevenção como um serviço comum, como um «representante do empregador» (Director de Serviço), com as funções de acompanhar e coadjuvar a adequada execução das actividades de prevenção de riscos no serviço.

À semelhança do que sucede nas empresas onde a modalidade de organização dos serviços de prevenção é o serviço comum, o GRL é considerado, também aqui, como o elemento *pivot* da estratégia de prevenção de riscos no serviço e da estratégia do hospital.

O GRL, além disso, enquanto trabalhador, que também é, permite assegurar a participação, a informação e a consulta aos trabalhadores, tornando-se o meio mais eficaz de criação e desenvolvimento de uma cultura institucional de prevenção de riscos.

O GRL constitui, ainda, uma interface privilegiada entre cada Serviço e a Gestão de Risco (Serviço de Saúde Ocupacional/Segurança e Saúde no Trabalho e Gestão de Risco Clínico), permitindo aumentar a eficácia de intervenção desta nova estrutura (da Gestão de Risco) e criar sinergias numa actuação planificada, sistemática e global de prevenção de riscos nos hospitais.

De acordo com a lógica que presidiu à criação desta figura, defende-se que o GRL deve poder vir a dispor de um Estatuto próprio, que preveja, nomeadamente, ao lado dos deveres que já tem, um conjunto de «direitos», que sejam suficientemente motivadores da sua actividade, nomeadamente: a) o direito a um número de horas, especificamente dedicadas às funções de gestão de risco, variável, conforme a dimensão e o número de trabalhadores do serviço, e integradas no respectivo horário de trabalho; b) o direito a uma formação em sala, no mínimo de dois em dois anos, de, pelo menos, entre 20 a 35 horas; c) a eventual atribuição de uma compensação adicional, em termos do número de dias de férias (*e.g.*, mais 1 dia de férias por cada dois anos completos na função de GRL), e do número de dias para frequentar, em comissão gratuita de serviço, acções de formação (no interior ou no exterior do hospital) relacionadas com a gestão de risco, eventualmente financiadas ou comparticipadas pelo hospital; e) a fixação, como critério relevante em matéria de Avaliação de Desempenho, progressão ou promoção na carreira ou de aumento salarial, e na atribuição de prémios de mérito por actividades inovadoras que tenham contribuído

para a qualidade de vida e o bem-estar no trabalho, no Serviço ou no Hospital.

5. COMPETÊNCIA E ATITUDES DO GESTOR HOSPITALAR E PREVENÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS

5.1. Aspectos gerais

Em matéria de prevenção de riscos psicossociais, a competência e as atitudes dos gestores são não só decisivas como constituem um requisito essencial da eficácia da sua prevenção. Além do papel que cabe aos gestores enquanto «criadores de organização» (Weslander, 2003), cabe-lhes também o papel determinante na criação de um sistema de gestão preventiva de riscos no trabalho, nomeadamente de um sistema de gestão preventiva de riscos psicossociais, bem como o dever (legal, ético e moral) de não serem eles próprios, com o seu comportamento e as suas atitudes, a criarem riscos psicossociais aos trabalhadores que lideram, e, bem ainda, o dever de reunirem e de procurarem adquirir competências pessoais para os prevenir.

Para além do que já foi dito atrás sobre a organização do trabalho como fonte de riscos psicossociais e sobre o papel que os gestores podem desempenhar nesse contexto e sobre o dever que os gestores têm, eles próprios, na criação de um sistema de gestão preventiva de riscos psicossociais, apenas cabe agora referir o tipo de competências pessoais e comportamentais que o gestor deve ter para não ser ele próprio a criar riscos psicossociais ou para saber como prevenir os riscos psicossociais no trabalho.

O comportamento e atitudes dos gestores «jogam um papel central nas organizações e podem influir tanto nas condutas e na saúde das organizações como nas dos seguidores (Brit, Davison, Bliese & Castro, 2004, *cit. in* Peiró & Rodriguez, 2008, p. 72). Cunha, Rego e Cunha (2007), a propósito do que chamam «lideranças tóxicas», ou dos «líderes que podem envenenar um empresa» (*ibid.*, p. 93) referem, como possíveis, as seguintes fontes de toxicidade ou comportamentos e atitudes tóxicas do gestor: a) a intencionalidade («os superiores provocam deliberadamente o sofrimento dos colaboradores»); b) a incompetência («os gestores denotam fraca inteligência emocional»); c) a infidelidade («os superiores traem a confiança dos subordinados»); d) a insensibilidade («os superiores não compreendem o alcance emocional dos seus comportamentos sobre os colaboradores. São insensíveis aos efeitos dos seus actos sobre as pessoas»), e) a intrusão («os superiores fazem microgestão e denotam uma tendência para o controlo total e exacerbado»); f) indutores institucionais

(«as políticas e as normas organizacionais são desadequadas às realidades, aos problemas e às características dos colaboradores»); g) inevitabilidade («algumas causas de problemas, de toxicidade e de sofrimento estão fora de controlo dos decisores organizacionais, são inevitáveis. Mas algumas organizações e chefias levam esta “inevitabilidade” ao extremo ou tomam-na, mesmo, como uma “vantagem” para os negócios») (*ibid.*, p. 107).

O comportamento dos gestores, quando não é adequado, pode tornar-se, portanto, numa fonte importante de riscos psicossociais no trabalho (Peiró & Rodriguez, *op. cit.*, p. 72). Exige-se, assim, que os gestores (também os gestores hospitalares) possuam um conjunto de competências e de saberes para não se tornarem «líderes tóxicos», não serem geradores de riscos psicossociais e serem os principais actores na prevenção deste tipo de riscos ocupacionais.

Reconhecendo o papel decisivo dos gestores na prevenção de riscos psicossociais, a investigação mais recente tem vindo a preocupar-se com a identificação do leque de competências que os gestores devem possuir para lidar com a prevenção de riscos psicossociais (Barling & Carson, 2008; Escalante, 2008; HSE, 2007b, 2008, 2009a, 2009b; Peiró & Rodríguez, 2008). A Metodologia PREVENLAB/PICOSOCIAL (Peiró, 2005) e a Metodologia RED-WONT (Salanova *et al.*, 2005) permitem identificar algumas competências necessárias aos gestores para saberem lidar com os seus subordinados de modo a evitarem o aparecimento de riscos psicossociais no trabalho.

Especialmente pertinente a este propósito é, contudo, a investigação que o Health & Safety Executive, do Reino Unido, tem vindo a efectuar no sentido de identificar as competências que os gestores devem ter em matéria de prevenção de riscos psicossociais e que intervenções formativas devem ser levadas a cabo para modificar o comportamento dos gestores (HSE 2007b, 2008, 2009a, 2009b).

5.2. Competências e atitudes

A síntese dos resultados da investigação acabada de divulgar (HSE, 2009a), identifica quatro competências e doze sub-competências que o gestor deve ter ou adquirir em matéria de prevenção de riscos psicossociais. São elas, as seguintes:

Competências/sub-competências: 1) *ser respeitoso e responsável a gerir as emoções e ser um gestor íntegro/integridade (1.1); gestão de emoções (1.2); abordagem compreensiva (1.3); 2) saber gerir e saber comunicar o trabalho actual e futuro/gestão proactiva do trabalho (2.1); gestão pelo método de resolução de problemas (2.2); gestão participativa e aumento das competências dos colaboradores (2.3); 3) gerir os indivíduos dentro*

da equipa/acessibilidade pessoal (3.1); sociabilidade (3.2); relacionamento empático (3.3); 4) capacidade de compreender e de gerir as situações difíceis/saber gerir conflitos (4.1); saber utilizar os recursos da organização (4.2); assumir a responsabilidade pela resolução dos problemas (4.3).

De acordo com o instrumento elaborado e proposto pelo HSE para avaliar o nível de competências dos gestores para prevenirem os riscos psicossociais («*stress management competency indicator tool*»⁴²), podemos inferir que o gestor (o gestor hospitalar também) deve adoptar um perfil profissional compatível com as seguintes competências e atitudes:

1) Competência: ser respeitoso e responsável a gerir as emoções e ser um gestor íntegro

Sub-competências:

1.1.Integridade

O gestor deve ser um modelo exemplar de comportamento; a sua prática deve ser coerente com aquilo que diz que pretende fazer; deve tratar os seus colaboradores com respeito e urbanidade; deve ser honesto, frontal e justo.

1.2.Gestão de emoções

O gestor deve ter um humor previsível; agir calmamente em situações de pressão; não deve transferir os seus problemas e as pressões a que está sujeito para cima dos colaboradores; deve ser consistente no modo como aborda a gestão das situações de pressão; não deve assumir as sugestões e propostas de melhoria como críticas pessoais; não deve entrar em pânico em situações de cumprimento de prazos apertados.

1.3.Abordagem compreensiva

O gestor deve permitir que os trabalhadores planeiem a sua carga de trabalho não os sujeitando ao cumprimento de prazos irrealistas para o cumprimento das tarefas; deve aportar *feedbacks* mais positivos do que negativos; deve saber lidar com os seus problemas não atirando as responsabilidades para cima dos outros; deve permitir que o grupo de

42 O «Stress Management Competence Indicator Tool» pode ser consultado e contestado em <http://www.hse.gov.uk/stress/mcit.htm>
[Consultado em 28 de Maio de 2010].

trabalho procure abordar o problema a seu modo; deve ter em consideração o equilíbrio casa-trabalho-casa.

2) Competência: *saber gerir e saber comunicar o trabalho actual e futuro*

Sub-competências:

2.1. Gestão proactiva do trabalho

O gestor deve saber comunicar os objectivos de trabalho à sua equipa; deve desenvolver uma acção planeada; deve acompanhar a realização das tarefas de modo continuado; deve encorajar a equipa a rever o modo como as tarefas estão a ser realizadas; deve limitar a realização de trabalho extraordinário a situações excepcionais; deve trabalhar proactivamente, ou seja, deve tomar uma atitude de antecipação face a acontecimentos futuros; deve acompanhar o cumprimento dos projectos ou tarefas desde o seu início até à realização final; deve rever os processos com o objectivo de os melhorar; deve estabelecer uma hierarquia de prioridades na realização das tarefas.

2.2. Gestão pelo método de resolução de problemas

O gestor deve saber lidar racionalmente com os problemas; deve assumir os problemas em nome da sua equipa; deve lidar com os problemas logo que estes surjam; deve ser capaz de decidir sempre que é necessário tomar uma decisão.

2.3. Gestão participativa e aumento das competências dos colaboradores

O gestor deve dar aos seus colaboradores um nível de tarefas e de atribuições compatível com o seu grau de qualificações; deve saber avaliar quando deve consultar a equipa e quando deve tomar a decisão; deve manter a equipa informada sobre o que está a acontecer na organização (no hospital ou no serviço); deve actuar como um dinamizador da sua equipa; deve saber delegar tarefas de modo equitativo; deve ajudar os membros da equipa a desenvolver o seu papel; deve providenciar a realização regular de reuniões; deve atribuir um nível de competências e de poder adequado a cada membro da equipa.

3) Competência: *gerir os indivíduos dentro da equipa*

Sub-competências:

3.1. Acessibilidade pessoal

O gestor deve procurar falar com os seus colaboradores pessoalmente sempre que possível; deve promover oportunidades para que os seus colaboradores falem uns com os outros; deve responder prontamente a todos os pedidos e *mails* dos seus colaboradores; deve mostrar-se sempre disponível

3.2. Sociabilidade

O gestor deve ser atencioso com os seus colaboradores; deve socializar com eles; deve procurar estar bem disposto e rir com eles.

3.3. Relacionamento empático

O gestor deve encorajar a participação individual de todos os colaboradores nas reuniões; deve procurar ouvir os colaboradores sempre que eles necessitam de apoio ou de ajuda; deve fazer um esforço para descobrir o que motiva os seus colaboradores no trabalho; deve procurar interessar-se pelos problemas pessoais e familiares dos seus colaboradores; deve procurar cumprimentar os colaboradores com regularidade; deve tratar os colaboradores com igual importância; deve procurar verificar se todos estão realmente bem e não apenas presumir que estão.

4) Competência: *capacidade de compreender e de gerir as situações difíceis*

Sub-competências:

4.1. Saber gerir conflitos

O gestor deve agir como um mediador de conflitos; deve saber lidar com discussões e atritos antes deles se tornarem problemas disciplinares; deve saber lidar objectivamente com os conflitos entre empregados; deve procurar gerir os conflitos com serenidade.

4.2) Saber utilizar os recursos da organização

O gestor deve procurar aconselhar-se com outros gestores quando necessário; deve procurar apoio da Psicologia da Saúde Ocupacional, e de outros especialistas de Recursos Humanos para lidar com alguns problemas, em especial os de natureza psicossocial; deve saber recorrer ao Serviço de Saúde Ocupacional sempre que necessário.

4.3. Assumir a responsabilidade pela resolução dos problemas

O gestor deve saber acompanhar a equipa após a verificação de conflitos; deve apoiar um seu colaborador sempre que este tenha sido vítima de

algum incidente de abuso (assédio discriminatório, assédio sexual ou moral, ou outro); deve fazer ver aos seus colaboradores que será exigida responsabilidade disciplinar ou outra sempre que vier a verificar-se a prática de qualquer infracção; deve saber evitar e impedir a prática de assédio moral no trabalho.

5.3. Outras competências e atitudes

Alem das competências e atitudes especificamente dirigidas a saber gerir os factores de risco psicossocial no trabalho, o gestor hospitalar deve ainda ser portador de outras competências e atitudes. Segundo Cherubin (1998), pp. 47 e segs), o gestor hospitalar deve possuir, nomeadamente as seguintes competências e atitudes gerais: a) ter *competência profissional*, que se reflecte, nomeadamente, em saber exercer «a sua função utilizando a doutrina, a técnica e a prática da gestão hospitalar mais indicadas a cada momento, [aplicar] o que há de melhor em sistemas administrativos [...] tanto na superação de problemas como na manutenção da estabilidade em tempos de turbulência e na implantação de programas» (id., p. 47); b) ter espírito de *liderança*; c) ser *corajoso*; d) ter uma *personalidade forte*; e) ter *capacidade de decisão e iniciativa*; f) ser disciplinado e disciplinador; g) ser *compassivo* («a compassividade é atributo dos espíritos bem formados», id., p. 70); h) agir com *objectividade*; i) ser *justo* («a justiça está na base e é a razão de ser de todas as virtudes», id., p. 78); j) e ser *íntegro*.

6. INTERVENÇÃO DO GESTOR HOSPITALAR NA PREVENÇÃO DE RISCOS PSICOSSOCIAIS

Os gestores são hoje especialmente convocados a intervir em matéria de prevenção de riscos ocupacionais, mormente dos riscos psicossociais. A prevenção de riscos deixou de ser uma competência exclusiva dos técnicos (dos médicos do trabalho, dos técnicos de segurança higiene no trabalho, dos psicólogos de saúde ocupacional e dos ergonómistas) para se assumir, cada vez mais, como um problema de gestão e dos gestores. A gestão de riscos é uma competência inerente à actividade dos gestores, integra o núcleo de conhecimentos fundamentais da ciência e da arte da gestão. O gestor hospitalar tem deveres específicos de intervenção em determinadas áreas da organização e da actividade hospitalar que não pode ignorar.

6.1. Aspectos específicos de intervenção do Conselho de Administração

Segundo Quick et al (2003), os dirigentes das organizações são os responsáveis pela saúde individual e colectiva da organização. A responsabilidade dos dirigentes (Conselho de Administração do hospital,

colegialmente e de cada um dos seus membros, individualmente), dizem Quick et al (2003, p. 151), abrange, nomeadamente, a de promover «o diagnóstico organizacional do stresse [riscos psicossociais], a de seleccionar métodos de gestão preventiva individual e organizacional apropriados e a de implementar programas adequados às necessidades específicas da organização». Antes disso, é da responsabilidade também do Conselho de Administração, designadamente, a definição de uma estrutura organizacional de prevenção, a aprovação de uma política e de uma estratégia de prevenção.

6.1.1. Criação de um «sistema organizado e meios necessários»

O Conselho de Administração do hospital tem um vasto leque de competências com implicações, directa ou indirectamente, na prevenção de riscos psicossociais no trabalho. Compete-lhe, nomeadamente, nos termos do artigo 5.º da Lei n.º 27/2002, de 20 de Agosto (Lei de Gestão Hospitalar) elaborar os planos de acção anuais e plurianuais do hospital (alínea a), definir as linhas de orientação a que devem obedecer a organização e o funcionamento do hospital (alínea c), acompanhar e avaliar sistematicamente a actividade desenvolvida pelo hospital e responsabilizar os diferentes sectores pelos resultados atingidos nomeadamente em termos da qualidade dos serviços prestados (alínea d), garantir a execução das políticas referentes aos recursos humanos, designadamente as relativas à segurança [e saúde no trabalho] (alínea j) e nomear e designar o pessoal dirigente, as chefias e os responsáveis pelos serviços hospitalares (alínea l).

Os gestores intermédios do hospital, livremente nomeados, por escolha directa do Conselho de Administração, representam, hoje, à semelhança do que sucedia na legislação hospitalar de 1968 (vide artigo 42.º, n.º2, do Decreto-Lei n.º 48.357, de 27 de Abril, conhecido como *Estatuto Hospitalar*), «a Administração [do hospital] junto do serviço de cuja eficiência, economia e disciplina são responsáveis».

Os gestores hospitalares, quer o Conselho de Administração quer os gestores intermédios, devem estar, nestes termos, todos eles, comprometidos e directamente envolvidos na gestão de riscos ocupacionais, incluindo a gestão de riscos psicossociais.

Assim, de acordo, nomeadamente, com o artigo 5.º da Directiva-Quadro de Segurança e Saúde no Trabalho (Directiva n.º 89/391/CEE, de 12 de Junho de 1989) (vide artigo 15.º, n.º 1 da Lei 102/2009, de 10 de Setembro), o Conselho de Administração do hospital [e gestores intermédios] está obrigado a «assegurar ao trabalhador condições de segurança e saúde em todos os aspectos do seu trabalho». A expressão «*todos os aspectos*» inclui também os aspectos psicossociais do trabalho. Como medida necessária a

atingir esta finalidade, o Conselho de Administração deve, de acordo com o artigo 6.º, n.º 1 da Directiva-Quadro, «no âmbito das suas responsabilidades», tomar «as medidas necessárias à defesa da segurança e saúde dos trabalhadores, incluindo [...] [a] criação de um sistema organizado e meios necessários», bem como, nos termos do artigo 15.º n.º 2, alínea b) da Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro, integrar a avaliação dos riscos para a segurança e saúde do trabalhador no conjunto das actividades da empresa, estabelecimento ou serviço, devendo adoptar as medidas adequadas de protecção».

A criação de um tal sistema «organizado e meios necessários» como medida necessária à prevenção de riscos e a assegurar ao trabalhador condições de segurança e saúde em todos os aspectos do trabalho, deverá ser feita, segundo os princípios gerais de prevenção previstos na lei, nomeadamente, o da planificação da prevenção num sistema integrado [de gestão] «coerente que integre a técnica, a organização do trabalho, as condições de trabalho, as relações sociais e a influência dos factores ambientais no trabalho» (artigo 6.º, n.º1, alínea g). De acordo com os referidos princípios gerais de prevenção, e no sentido de criar condições a uma prevenção planificada, integrada no sistema global de gestão do hospital, impõe-se criar e definir: a) uma estrutura organizacional eficaz de prevenção, dotada de meios humanos e materiais e compatível com a lei e as boas práticas; b) uma metodologia adequada de gestão preventiva, que integre um processo sistémico, sistemático e cíclico de prevenção, e um conjunto de técnicas e de instrumentos de avaliação e controlo de riscos; c) um conjunto de procedimentos integrados, na medida do possível, na actividade normal dos serviços do hospital, quer no que se refere à recolha e tratamento da informação de gestão de risco, quer no que se refere à concretização do dever de participação e consulta dos trabalhadores em matéria de prevenção de riscos, quer no que se refere ao dever de informação e de formação e de criação de uma cultura de prevenção.

Na criação de um sistema organizado de prevenção, deve o empregador, também, e em primeiro lugar, organizar os serviços adequados de segurança e saúde no trabalho (artigo 15.º, n.º 10 da Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro), criar um sistema de consulta aos trabalhadores (artigo 18.º), de informação (artigo 19.º) e de formação (artigo 20.º), e atribuir às actividades de prevenção um conjunto de meios (humanos, instalações, materiais e documentais), bem como, o suporte financeiro de todos os encargos com a organização e o funcionamento de todas as actividades de prevenção, nomeadamente com as actividades técnicas, a formação e a informação, os exames, avaliações de exposições, testes e outras acções de prevenção dos riscos ocupacionais e de vigilância da saúde dos trabalhadores (acções de vigilância médica e de promoção da saúde).

6.1.2. Política e estratégia de prevenção

Aspectos fundamentais de intervenção exclusiva do Conselho de Administração são a aprovação de uma política de prevenção e a definição de uma estratégia de prevenção.

Quer a política quer a estratégia de prevenção têm subjacentes os seguintes aspectos fundamentais: a) Afirmar o compromisso público e solene do Conselho de Administração no cumprimento efectivo da lei; b) Garantir a cobertura global, na organização dos meios de prevenção, de todos os trabalhadores e de terceiros, quer nas instalações quer no exterior (artigo 15.º, n. 7 da Lei 102/2009, de 10 de Setembro), e visar a prevenção de todos os riscos ocupacionais, em todos os locais de trabalho da empresa (artigo 15.º, n.º 2, alínea a e alínea b); c) O carácter participado de todas as actividades de prevenção, quer por parte dos trabalhadores quer por todos os gestores, em especial dos gestores intermédios; d) A criação de uma cultura institucional de prevenção.

Dois aspectos organizacionais são, em hospitais, estrategicamente, essenciais à eficiência e à eficácia da política de gestão de risco: a) A divisão do hospital em áreas de risco que deverão, sempre que possível, coincidir com a organização por serviços, enquanto for esta, como é actualmente, a unidade básica de organização dos hospitais (vide artigo 19.º, respectivamente, n.ºs 1 e 2, da Lei de Gestão Hospitalar: «O hospital estrutura-se em serviços, departamentos e unidades funcionais»; «O serviço é a unidade básica da organização, funcionando autonomamente ou de forma agregada em departamentos»); b) A existência de um Gestor de Risco Local como coordenador de todas as actividades de prevenção a nível de cada área de risco, quer como representante do Director de Serviço quer como elemento de ligação e de criação de sinergias com o Serviço de Saúde Ocupacional (Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho), com o qual deve articular a sua actividade segundo um plano de acções bianual mutuamente acordado.

6.1.3. Código de Ética

O Conselho de Administração deve aprovar e fazer cumprir um Código de Ética o qual deverá prever, entre outros aspectos, a afirmação do direito à saúde mental dos seus colaboradores, a garantia da salvaguarda da sua integridade moral e da criação de condições de trabalho que respeitem a sua dignidade e bem-estar psicológico, nomeadamente pela prevenção de riscos psicossociais e pela promoção de um ambiente psicossocial positivo e saudável, afirmando, expressamente, como intolerável a prática de qualquer acto de violência psicológica e de qualquer forma de coacção moral ou psicológica sobre os colaboradores.

6.2. Aspectos específicos de intervenção dos Directores de Serviço

Compete ao Director de Serviço hospitalar a responsabilidade pela gestão de risco do seu serviço, nomeadamente pela gestão de riscos psicossociais. No âmbito desta responsabilidade, o Director de Serviço deve, nomeadamente, designar e permitir a formação de um dos membros do serviço em gestão de risco; assegurar que são realizadas avaliações de risco no serviço; que as avaliações de riscos são documentadas; que dão origem à implementação de medidas preventivas e de protecção; que são realizadas inspecções de higiene e segurança de forma planeada e sistemática; e que as medidas identificadas pelas inspecções de higiene e segurança são implementadas.

Nos serviços clínicos o elemento a designar deve ser um médico, enfermeiro ou técnico de saúde.

A formação a ministrar em gestão de risco ao elemento que vier a ser designado pelo Director de Serviço para coordenar as actividades de gestão de risco (o Gestor de Risco Local) deve ser uma formação avançada, de natureza prática, alicerçada nos procedimentos aprovados e em uso no hospital sobre gestão de risco. Por exemplo, deve ser dada formação sobre a política de gestão de risco, a estratégia, a metodologia (técnicas de avaliação e de controlo de riscos psicossociais e processo de gestão preventiva) e sistema de informação de gestão de risco (sistema de notificação de riscos, sistema de participação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, auto-auditorias, participação de ocorrências e de reclamações relacionadas com situações de risco, *brainstormings* de avaliação de riscos, entrevistas, individuais e colectivas de recolha e tratamento de informação de riscos psicossociais).

O Gestor de Risco Local, e, sempre que necessário, o próprio Director de Serviço, deve participar em todas as fases do processo de avaliação e controlo de riscos.

O Director de Serviço deve prever no programa de acção que é obrigado a apresentar para o seu mandato de três anos (e para a sua renovação) e no plano anual de actividades e orçamento do serviço (vide artigo 10.º, n. 3, da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, artigos 20.º, n.ºs 4, 5 e 7, alínea b, 24.º, n.º 2, 25.º n.º 2, alínea a, e 26.º, n.º 1, alínea a, do Decreto-lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto), todos os projectos e acções de gestão de risco, especialmente aqueles cuja competência para decidir é do Conselho de Administração (todos os que envolvem a realização de despesas).

6.3. Aspectos específicos de intervenção das chefias

As chefias (médicas, de enfermagem ou de pessoal técnico de diagnóstico e terapêutica) têm um papel específico de prevenção de riscos psicossociais no momento da admissão de novos elementos no serviço, na sua integração e formação em serviço, e, ao longo da respectiva actividade, no apoio social a dar aos colegas, especialmente quando são jovens ou apresentam vulnerabilidades individuais (psicológicas, sociais, económicas, familiares ou outras). Devem, além disso, colaborar e fazer colaborar nas avaliações de risco em grupos focais que vieram a ser constituídos ao longo do processo de gestão preventiva de riscos (identificação, avaliação, elaboração controlo, monitorização e revisão).

6.4. Os poderes de intervenção do Administrador responsável do pelouro da Gestão de Risco

O Administrador responsável pelo pelouro da Gestão de Risco tem um papel importante no momento de decidir os projectos e acções que caibam dentro do seu âmbito de competências, em preparar e levar à deliberação do Conselho de Administração todos os projectos e acções que devam ser decididos por este órgão, empenhando-se na sua aprovação e, bem ainda, na dinamização e coordenação da Comissão de Risco, órgão de natureza multidisciplinar, de participação e apoio consultivo, constituído por todos os responsáveis do hospital com competências transversais, no hospital, em matéria de gestão de risco (v.g., Director do Serviço de Saúde Ocupacional e Gestão de Risco Geral, Gestor de Risco Clínico, Director do Serviço de Instalações e Equipamentos, Director do Serviço de Gestão Hoteleira, Presidente da Comissão de Controlo de Infecções, Responsável do Gabinete da Qualidade). A Comissão de Risco pode ser um órgão importante em termos de eficácia da prevenção, quer no momento da apreciação de projectos e acções de gestão de risco de âmbito transversal a todo o hospital, quer na validação de relatórios anuais ou casuísticos que sejam levados ao seu conhecimento sobre situações de risco que tenham sido identificadas e a ela reportadas pelo Serviço de Saúde Ocupacional e Gestão de Risco Geral, pela Gestão de Risco Clínico ou pelos Directores de Serviço.

Das reuniões da Comissão de Risco devem ser elaboradas sempre actas que, depois de assinadas, devem ser remetidas cópias ao Conselho de Administração.

6.5. As responsabilidades do Director do Serviço de Serviço de Saúde Ocupacional

O Director do Serviço de Saúde Ocupacional, independentemente da sua formação de base e categoria profissional (Administrador Hospitalar, médico, ou outra) é, enquanto tal, um profissional de saúde ocupacional. Está por isso vinculado ao Código Internacional de Ética dos Profissionais de Saúde Ocupacional, elaborado pela Comissão Internacional de Saúde no Trabalho (ICOH), fundada em 1906, na sua versão de 2002. No âmbito deste Código, o Director do Serviço de Saúde Ocupacional deve ver a Saúde Ocupacional como uma área de saberes multidisciplinar que, sem prejuízo da autonomia técnica das áreas que integram o Serviço, e de estas poderem ser organizadas separadamente, deve integrar, obrigatoriamente, segundo a lei (regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho), a Medicina do Trabalho (vigilância médica dos trabalhadores) e a Segurança e Higiene no Trabalho (vigilância e adequação do ambiente físico, químico, biológico e ergonómico do trabalho), e, além destas, a Psicologia da Saúde Ocupacional (vigilância e adequação do ambiente psicossocial do trabalho e promoção da saúde no trabalho). Estas três especialidades, devem, estruturar-se e actuar de modo coordenado, articulado e, sempre que necessário, em equipa, sob a orientação e a responsabilidade do Director do Serviço de Saúde Ocupacional.

O Director do Serviço de Saúde Ocupacional, entre outras obrigações, deve: a) gozar de completa independência técnica no exercício do seu cargo; b) criar condições, e fazer assegurar, o exercício da independência técnica pelos demais profissionais do serviço; c) a criar condições, e fazer assegurar, o mais completo sigilo profissional no exercício das actividades do serviço; d) validar, acompanhar e apoiar a acção dos profissionais do serviço, não permitindo que eles possam ser prejudicados em razão do seu exercício profissional; e) reportar ao Presidente do Conselho de Administração e ao Administrador com o pelouro da Gestão de Risco todas as situações de risco que devam ser levadas ao seu conhecimento e decisão, ainda que algum membro do Conselho de Administração, ou outro gestor, possa estar, ele próprio, na origem do risco (v.g., no caso de risco psicossocial de assédio moral). Sempre que a situação seja relatada ao Conselho de Administração, o Director do Serviço de Saúde Ocupacional não só cumpre com o seu dever de informação como transfere para este órgão a responsabilidade legal do que possa vir a ocorrer, caso não seja tomada qualquer medida correctiva.

6.6. O papel do Director do Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Finalmente, também, o Director do Serviço de Recursos Humanos pode ter um papel importante na prevenção de riscos psicossociais, nomeadamente: a) na elaboração da estratégia de recursos humanos, que deve prever o respeito obrigatório, nos processos de selecção de pessoal, pelo princípio da publicidade, da igualdade de oportunidades e da transparência, e a adopção de critérios objectivos e baseados no mérito, em matéria de promoções e de remunerações; b) no momento da admissão de novos trabalhadores, fazendo comunicar atempadamente, de preferência antes do início de funções, todas as admissões ao Serviço de Saúde Ocupacional para avaliação da aptidão psicológica para o posto de trabalho; c) na organização do acolhimento e integração dos novos funcionários, quer no hospital quer nos serviços, elaborando Manuais que contenham informação relacionada com a prevenção de riscos psicossociais no trabalho; d) e ao cumprir e fazer cumprir, no âmbito da sua competência, o estipulado no Código de Ética do hospital e demais legislação de segurança e saúde no trabalho.

7. PRINCÍPIOS E REGRAS LEGAIS DE PREVENÇÃO

O quadro teórico da gestão preventiva de riscos ocupacionais de natureza física é constituído, desde há muito tempo, por um vasto conjunto de conceitos, princípios, teorias e leis perfeitamente consolidadas e conhecidas. O mesmo não sucede, porém, com a gestão preventiva de riscos psicossociais. Os conceitos, os princípios, as teorias e as leis aplicáveis à gestão preventiva de riscos psicossociais estão ainda, nesta data, em grande medida, em fase embrionária de clarificação e de construção. É necessário, por isso, um esforço de pesquisa, de reflexão, de compilação e de sistematização que dê alguma coerência lógica ao quadro teórico de gestão preventiva de riscos psicossociais. Alguns desses instrumentos conceptuais (conceitos, princípios, teorias e leis) devem ir buscar-se a outras áreas científicas, designadamente à teoria geral de gestão de riscos físicos, às teorias do stress ocupacional, à reflexão teórica dispersa que tem vindo a ser feita, de há cerca de duas décadas para cá, sobre os riscos psicossociais (quer sobre os riscos psicossociais vistos numa óptica unitária e global, quer sobre cada um dos diversos riscos psicossociais), aos exemplos de boas práticas bem como à legislação e acordos específicos que, entretanto, têm vindo a ser publicados na União Europeia, em especial ao *Acordo-quadro europeu sobre o stress no trabalho* (2004) e ao *Acordo-quadro europeu sobre o assédio e a violência no trabalho* (2007), celebrados entre os diversos parceiros sociais europeus.

7.1. Princípios

Os princípios que a seguir se enumeram foram colhidos de diversas normas e documentos da OIT⁴³, da legislação comunitária⁴⁴, da literatura especializada⁴⁵ e de alguns documentos produzidos recentemente na União Europeia sobre a prevenção de riscos psicossociais⁴⁶.

Princípio: «tratar os riscos psicossociais como os demais riscos» (INSHT, 2009, p. 182). Como já se viu, diversos autores (e.g., Cox, 1993; Cox *et al.*, 2000, Agência Europeia, 2005) defendem a aplicação da abordagem da gestão de risco físico à gestão preventiva de riscos psicossociais, embora com as necessárias adaptações (e.g., Agência Europeia, 2005; Cox *et al.*, 2000 e Rick & Briner, 2000). Significa isto que, com ressalva das especificidades da gestão preventiva de riscos psicossociais, os riscos psicossociais devem ser tratados como os demais riscos ocupacionais. «A gestão preventiva de riscos psicossociais procura realizar os mesmos objectivos da gestão de riscos físicos: identificar factores de risco, avaliar os riscos e estabelecer medidas de melhoria para prevenir os danos», diz a Nota Técnica de Prevenção n.º 702 do INSHT (2005) (*cf.* também, INSHT, 2009, p. 183). E «as dificuldades que pode supor a abordagem preventiva do risco psicossocial não são maiores do que as que implica a dos riscos químicos», diz o INSHT (2005). Defende-se, por isso, que os riscos psicossociais devem obedecer aos mesmos princípios que constituem um processo de melhoria contínua, comum à gestão de qualquer tipo de risco, inspirado nos princípios de acção preventiva enunciados no n.º 2 do artigo 6.º da Directiva-Quadro⁴⁷.

43 Em especial, a Convenção da OIT n.º 155 de 1981 (sobre segurança e saúde dos trabalhadores e meio ambiente de trabalho) e a sua Recomendação de acompanhamento n.º 171; a Convenção da OIT n.º 161, de 1985 (sobre os serviços de saúde no trabalho) e a sua Recomendação de acompanhamento n.º 171.

44 Em especial, a Directiva-Quadro de Segurança e Saúde no Trabalho (n.º 89/391/CEE, de 12 de Junho).

45 Em especial, Alli (2001); Rantanen & Fedorov (2003) e Quick *et al.* (2003).

46 Conferir INSHT (2009); Leka & Cox (2008a; 2008b) e os Acordos Europeus sobre o stresse ocupacional (2004) e sobre o assédio e a violência no trabalho (2007).

47 Que são os de: a) evitar os riscos; b) avaliar os riscos que não possam ser evitados; c) combater os riscos na origem; d) adaptar o trabalho ao homem, especialmente no que se refere à concepção dos postos de trabalho, bem como à escolha dos equipamentos de trabalho e dos métodos de trabalho e de produção, tendo em vista, nomeadamente, atenuar o trabalho monótono e o trabalho cadenciado e reduzir os efeitos destes sobre a saúde; e) ter em conta o estágio da técnica; f) planificar a prevenção com um sistema coerente que integre a técnica, a organização do trabalho, as condições de trabalho, as relações sociais e a influência dos factores ambientais no trabalho; h) dar prioridade às medidas de protecção colectiva em relação às medidas de protecção individual; i) dar instruções adequadas aos trabalhadores.

Princípio: a gestão preventiva de riscos psicossociais como um processo faseado e sistemático. «O processo é tão importante ou mais que o resultado. Em intervenção psicossocial é importante preocupar-se do *como* e não só do *quê*», afirma o INSHT (2009, p. 184). O mesmo afirmam Leka e Cox (2008b, p. 7) ao advogarem a gestão preventiva de riscos psicossociais como «um processo iterativo por fases» (*a stepwise iterative process*) próximo dos modelos de gestão de risco físico «que são [eles próprios, por sua vez], frequentemente, baseados ou são variações do Ciclo de Deming, o qual consiste em Planear [*Plan*], Executar [*Do*], Verificar ou Estudar [*Check*] e Agir [*Act*]» (*id., ibid., p. 7*)⁴⁸. O processo de gestão preventiva de riscos psicossociais deve integrar, nomeadamente, uma fase de avaliação de riscos psicossociais. «A avaliação de risco é um elemento central do processo de gestão de risco» (Leka & Cox, 2008, p. 8). Segundo a Comissão Europeia, por *avaliação de riscos* deve entender-se:

O exame sistemático do trabalho realizado para avaliar o que pode causar agressão ou dano, se os perigos podem ser eliminados e se não for possível eliminá-los que medidas preventivas ou de protecção podem, ou deviam ter sido, implementadas para controlar os riscos (Comissão Europeia, 1997b, *cit. in* Leka & Cox, *ibid.*)

Segundo Castejón (*cit. in* Benavides, Ruiz-Frutos & Garcia, 2004, p. 223) a ideia de processo é um elemento substancial do que deve entender-se por Avaliação de Riscos [Gestão de Risco]:

A avaliação de riscos não é uma actividade estática, que se realiza num determinado momento e cujos resultados são válidos para toda a vida; pelo contrário, devem constituir uma actuação continuada, que se actualiza continuamente à medida que as condições de trabalho se alterem.

A finalidade da avaliação de riscos é obter informação para adoptar uma decisão apropriada. Diz igualmente Castejón (*ibid.*) que «o objectivo [da avaliação de riscos] não é, pois, a obtenção de informação, senão a utilização desta como matéria-prima para a tomada de decisões

⁴⁸ Em bom rigor o que vulgarmente se designa por Ciclo de Deming devia designar-se, antes, por Ciclo de Shewhart. Foi este e não Deming a criar o célebre ciclo de melhoria contínua de qualidade, na sua obra intitulada *Statistical Method from the Viewpoint of Quality Control*. Deming, para quem Shewhart foi um mestre, limitou-se a divulgar o Ciclo, também conhecido pelo acrónimo (das iniciais em inglês) PDCA (Plan, Do, Check, Act), o qual passou a designar-se Ciclo de Deming. Segundo o Ciclo de Deming, deve-se começar por Planear («Planeie uma mudança, ou um teste, para melhoria, colha dados e estabeleça um cronograma»), Executar («Faça, implemente a mudança ou teste em pequena escala»), Estudar («Estude os resultados das suas acções. O que é que aprendeu?»), Actuar («Aja, execute a mudança ou abandone-a, ou continue o ciclo sob diferentes condições» (cf. Silva, Varanda & Nóbrega, 2004, pp. 34-35; Weil, 2001).

apropriadas, isto é, que protejam efectivamente a saúde das pessoas que trabalham».

Princípio: a gestão preventiva de riscos psicossociais deve integrar o processo geral de gestão de riscos. Este princípio é afirmado por vários organismos oficiais responsáveis pela prevenção de riscos ocupacionais e por alguns autores (cf. Cox & Cox, 1993; INSHT, 1996, 1997e 2005; INSL, 2005 e 2008; Malchair *et al.*, 2008).

Princípio: os princípios teóricos gerais de prevenção de riscos ocupacionais devem ser aplicados à prevenção de riscos psicossociais. A gestão preventiva de riscos psicossociais, como os demais riscos, deve obedecer aos princípios teóricos gerais de prevenção de riscos ocupacionais. Estes princípios gerais são os que constam das diversas normas internacionais e comunitárias de prevenção de riscos ocupacionais. Segundo Alli (2001), os principais princípios gerais de prevenção de riscos ocupacionais são os seguintes:

- 1) Todos os trabalhadores têm direitos. Estes direitos abrangem o direito à protecção da saúde ocupacional. Neste sentido: a) os trabalhadores, assim como os empregadores e os governantes, devem assegurar que estes direitos são protegidos e promover condições dignas de trabalho. Segundo a Conferência Internacional do Trabalho de 1984, o trabalho deve ter lugar num ambiente seguro e saudável; b) as condições de trabalho devem ser consistentes com o bem-estar e a dignidade dos trabalhadores; c) o trabalho deve oferecer reais possibilidades de realização pessoal, de auto-realização e de serviço para a sociedade;
- 2) Devem ser estabelecidas políticas de saúde e segurança ocupacional, que devem ser comunicadas a todos os interessados. Neste sentido, deve existir uma política de prevenção de riscos psicossociais nas empresas, de preferência autónoma da política geral de prevenção de riscos ainda que coerente com ela;
- 3) Há necessidade de uma concertação com os parceiros sociais (ou seja, entre os empregadores e os trabalhadores) e outras partes interessadas, a efectuar durante a formulação, a implementação e a revisão das políticas. Neste sentido, os trabalhadores devem ser envolvidos e participar na prevenção de riscos psicossociais em todas as suas fases; devem pronunciar-se sobre a política e sobre os procedimentos de prevenção de riscos psicossociais; devem participar no processo de gestão preventiva (nomeadamente, na fase de avaliação de riscos, na identificação de medidas, definição de prioridades, implementação das acções, monitorização e controlo da eficácia e revisão das acções implementadas);

4) A prevenção e a protecção devem ser o objectivo principal da saúde ocupacional. Também na prevenção de riscos psicossociais, os esforços devem ser concentrados na prevenção primária. Os locais de trabalho, os ambientes de trabalho e os processos de trabalho devem ser planeados e concebidos para serem seguros e saudáveis em termos psicossociais;

5) A promoção da saúde é um elemento central da prática da saúde ocupacional. Neste sentido, falar em «prevenção de riscos psicossociais» deve ser entendido não apenas no sentido de evitar, reduzir ou eliminar os aspectos negativos do trabalho (*prevenção de riscos*), mas, ter em atenção, igualmente, os aspectos positivos do trabalho, os aspectos que se destinam a aumentar o bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores (*promoção da saúde no trabalho*);

6) A informação é vital para o desenvolvimento e a implementação de programas e políticas efectivas. A recolha e a disseminação de informação correcta sobre os perigos e sobre os materiais perigosos, a vigilância dos locais de trabalho, o acompanhamento do cumprimento das boas práticas e políticas, e outras actividades conexas, são fundamentais para a criação e execução de políticas efectivas de prevenção de riscos psicossociais;

7) Devem ser criados serviços de saúde ocupacional (serviços de segurança, higiene e saúde no trabalho) para todos os trabalhadores. Os serviços de saúde ocupacional devem ter como objectivo da sua actuação habitual a prevenção de riscos psicossociais e ser dotados de recursos técnicos e organizacionais adequados a essa finalidade. Sempre que a modalidade de serviço de saúde ocupacional for a de serviço interno, que é a modalidade de organização obrigatória para a generalidade dos hospitais, este deve prever, integrado na estrutura do serviço de saúde ocupacional, um profissional especializado em prevenção de riscos psicossociais (Psicólogo da Saúde Ocupacional);

8) Actividades destinadas à compensação e à reabilitação e serviços de natureza curativa, devem ser colocados à disposição dos trabalhadores que sofrem lesões ocupacionais, acidentes e doenças relacionadas com o trabalho. O Serviço de Saúde Ocupacional deve, neste âmbito, prever actividades de prevenção terciária de riscos psicossociais, designadamente o apoio da Psiquiatria;

9) A educação e a formação são componentes essenciais para criar ambientes seguros e saudáveis. A educação para a saúde (educação e formação profissional) e a informação para a saúde devem constituir técnicas privilegiadas de prevenção, de criação e desenvolvimento de uma cultura geral de prevenção de riscos psicossociais, devendo todos

os interessados (empregadores e trabalhadores) estar devidamente esclarecidos e conscientes quanto à política e procedimentos de prevenção de riscos psicossociais.

Princípio: a gestão preventiva de riscos psicossociais deve basear-se na compreensividade. A prevenção de riscos psicossociais deve ser global (deve abranger todos os riscos psicossociais e não apenas este ou aquele risco psicossocial); deve ser geral (deve ser feita em todos os serviços/unidades/postos de trabalho); deve constar de uma política única aplicável à totalidade de riscos psicossociais não devendo haver uma política específica para cada risco psicossocial; a prevenção de riscos psicossociais deve ser integrada num processo comum de gestão preventiva; deve haver um método geral (tanto quanto possível global) de gestão preventiva de riscos psicossociais, sem prejuízo da existência de métodos específicos para cada tipo de risco psicossocial e da adaptação do método geral à especificidade e aos objectivos específicos de avaliação a realizar; o plano de gestão de riscos psicossociais deve ser único e prever todos os riscos psicossociais do serviço/unidade/posto de trabalho que irão ser objecto de medidas de intervenção;

Princípio: a gestão preventiva de riscos psicossociais deve dar prioridade à prevenção primária e colectiva. No sentido, nomeadamente, de «combater os riscos na origem» (artigo 6.º, nº 2, alínea c da Directiva-Quadro), e de preservar a máxima confidencialidade na recolha e no tratamento dos dados, a gestão preventiva de riscos psicossociais deve privilegiar a prevenção primária (medidas sobre a organização e o ambiente de trabalho) e colectiva (sobre toda a organização e sobre os grupos mais do que sobre o indivíduo).

Princípio: no processo de gestão preventiva de riscos psicossociais devem combinar-se métodos qualitativos e quantitativos e utilizar a estratégia de triangulação das fontes de informação. Dada a natureza multicausal, em regra, dos riscos psicossociais, a determinação do nível de aceitabilidade do risco⁴⁹ não deve ficar dependente apenas de um método de recolha e de análise de dados devendo, antes, privilegiar-se a combinação de métodos e técnicas de recolha e análise de dados de natureza quantitativa (questionários, dados estatísticos) e/ou qualitativa (observação directa, *brainstormings*, grupos focais, entrevistas individuais ou colectivas);

Princípio: na fase do controlo de riscos psicossociais devem combinar-se medidas de intervenção de natureza individual e/ou organizacional. Sendo o risco psicossocial o resultado de uma interacção social negativa com origem em factores de risco inerentes quer ao indivíduo, quer à organização

⁴⁹ Saber em que medida o risco é inexistente, tolerável, grave, muito grave ou aceitável ou não aceitável.

de trabalho, quer a ambos, a natureza das medidas preventivas a implementar devem incidir tanto sobre o indivíduo (medidas de intervenção individual), como sobre a organização e o ambiente de trabalho (medidas de intervenção colectiva) como sobre a interacção entre o indivíduo e a organização e o ambiente de trabalho (medidas individuais e colectivas). Ainda que deva dar-se, em geral, prioridade às medidas de natureza organizacional e sobre o ambiente de trabalho, como atrás foi referido, é o resultado da avaliação de riscos psicossociais, efectuada em concreto, que ditará o tipo de medidas a tomar.

Princípio: da participação dos interessados. A prevenção de riscos psicossociais requer o envolvimento e a participação de todos os interessados. Em particular, é fundamental o envolvimento e a participação dos gestores, de topo e intermédios, cada um no respectivo âmbito de responsabilidades. Os primeiros (gestores de topo), assegurando os recursos organizacionais, humanos, financeiros e tomando as decisões que permitam resolver as situações problemáticas; os segundos (gestores intermédios), envolvendo-se, directamente, na prática sistemática do processo de gestão preventiva); os trabalhadores, envolvendo-se e colaborando em todas as fases do processo. Os trabalhadores têm hoje, um amplo direito de participação em todos os países da União Europeia no âmbito da prevenção de riscos ocupacionais. Este direito de participação, diz Balandi (1997, p. 858), «constitui a inovação mais relevante dos elementos estruturais, trazidos pela Directiva-Quadro, que vieram integrar os direitos dos trabalhadores em matéria de segurança e saúde no trabalho». A participação dos trabalhadores é particularmente relevante no âmbito das avaliações de risco. «Actualmente valoriza-se o facto de os trabalhadores terem uma percepção própria dos perigos associados ao seu trabalho e sobre a forma da sua abordagem que, quantas vezes, escapa a uma análise estritamente técnica», diz a IGT (2005, p. 25).

Princípio: da responsabilidade dos líderes na prevenção dos riscos psicossociais. Reúnem-se neste princípio o seguinte conjunto de regras: 1) a gestão preventiva de riscos psicossociais deve ser vista como «uma filosofia organizacional e um conjunto de princípios que emprega métodos e técnicas específicas de promoção da saúde e de prevenção do distresse, individual e organizacional» (Quick *et al.*, 2003, p.149); 2) a gestão preventiva [de riscos psicossociais] tem como pressupostos fundamentais considerar que: a) a saúde individual e a saúde organizacional são interdependentes; b) que são os dirigentes das organizações os responsáveis pela saúde dos indivíduos na organização e pela saúde da própria organização; c) que esta responsabilidade abrange «o diagnóstico organizacional dos riscos psicossociais, a selecção de métodos de gestão preventiva individual e organizacional apropriados e a implementação de

programas adequadas às necessidades específicas da organização» (Quick *et al*, 2003, p. 151)⁵⁰.

7.2. Regras legais

7.2.1. O quadro legal da prevenção de riscos ocupacionais na União Europeia

A partir da Directiva-Quadro (1989), a União Europeia passou a dispor de um quadro legal comum, novo e inovador, de prevenção de riscos no trabalho. A legislação e a prática de prevenção de riscos em cada Estado-Membro é, porém, diversa, quer antes, quer depois da entrada em vigor da Directiva-Quadro. Alguns Estados-Membros, sobretudo os do centro e do norte da Europa, estão, em termos de prática efectiva de prevenção de riscos, mais sensibilizados e mais evoluídos (Agência Europeia, 2010). Outros, sobretudo os do sul da Europa, estão menos sensibilizados e menos evoluídos. (*ibid.*). Nos termos do artigo 118.º-A, aditado ao Tratado de Roma (1957) pelo Acto Único Europeu (1987) que passou a constituir o fundamento legal originário da Directiva-Quadro, os Estados-Membros estabeleceram como objectivo «a harmonização no progresso, das condições existentes nesse domínio [ou seja, no domínio da melhoria das condições de trabalho]». Por esta expressão veio a entender-se que todos os Estados-Membros devem procurar evoluir no sentido da prática efectiva das prescrições mínimas adoptadas, «que não obstam [contudo] a que os Estados-Membros que o desejem estabeleçam um nível de protecção mais elevado» (Parlamento Europeu, 2004a). Não obstante todos os Estados-Membros terem transposto a Directiva-Quadro e as diversas directivas relativas a prescrições mínimas de segurança e saúde no trabalho e de estar a verificar-se um significativo progresso na harmonização geral das condições de trabalho dos trabalhadores europeus, pouco se sabe quanto ao modo como essa harmonização está a verificar-se relativamente à prevenção de riscos psicossociais. O recente *Inquérito Europeu às Empresas Sobre os Novos Riscos e os Riscos Emergentes* (Agência Europeia, 2010) veio trazer alguma luz sobre este assunto, nomeadamente, que: a) as empresas europeias recorrem a acções formais (baseadas em políticas ou procedimentos) para abordar tanto questões gerais de segurança e saúde no trabalho como riscos psicossociais, recorrendo igualmente a acções menos formais, em especial quando se trata de riscos psicossociais; b) as políticas formais são mais frequentes nas empresas de maior dimensão e, por país, na Irlanda, no Reino Unido, nos Países Baixos e nos países escandinavos, em comparação com os países do sul da Europa,

⁵⁰ Conferir HSE (2007b, 2008, 2009a, 2009b) e Barling e Carson (2008).

os novos Estados-Membros e os países candidatos; c) a gestão de riscos psicossociais é mais frequente nos sectores da saúde e da acção social e em empresas de maior dimensão; d) os países do sul da Europa, à excepção de Espanha, demonstram estar menos sensibilizados para a gestão de riscos psicossociais, sendo menos provável que levem a cabo qualquer tipo de acção; d) os procedimentos mais formais da gestão de riscos psicossociais parecem estar generalizados apenas em alguns países (como a Irlanda, os Países Baixos e o Reino Unido e os países escandinavos), em grandes empresas e nos sectores público financeiro, da educação, da saúde e da acção social; e) em geral, as empresas gerem os riscos psicossociais através de acções de formação e implementação de alterações na organização do trabalho; f) apenas metade dos inquiridos (278.649 dirigentes e 7.226 representantes em matéria de segurança e saúde nos 31 países abrangidos: a UE-27 acrescida da Croácia, da Noruega, da Suíça e da Turquia) informa os trabalhadores acerca dos riscos psicossociais e dos seus efeitos na segurança e saúde; g) o cumprimento de obrigações legais e os pedidos de trabalhadores parecem ser os principais impulsionadores para abordar as questões de segurança e saúde no trabalho, em geral, e os riscos psicossociais; h) os obstáculos mais importantes para a abordagem dos riscos psicossociais nas empresas são a consciência da delicadeza do assunto, em conjunto com a falta de sensibilização e a falta de recursos; i) os dirigentes reconhecem que a participação dos trabalhadores é um factor central para o sucesso da gestão da segurança e saúde no trabalho e dos riscos psicossociais.

Neste momento pretende perceber-se qual é o quadro geral comum de prevenção de riscos psicossociais na União Europeia, o modo como cada Estado-Membro está a procurar progredir no âmbito da prevenção de riscos psicossociais e que estratégia tem sido seguida pela União Europeia, neste domínio, para «harmonizar no progresso, as condições existentes».

7.2.1.1. Quadro comum: a Directiva-Quadro de Segurança e Saúde no Trabalho

É ao abrigo da Directiva-Quadro (Directiva n.º 89/391/CEE, de 12 de Junho) que se tem vindo a criar o quadro jurídico de prevenção de riscos psicossociais no trabalho na União Europeia e em cada um dos Estados-Membros.

Diz a Inspecção-Geral do Trabalho:

Em 1989, a União Europeia procedeu a uma profunda reformulação da sua política para a prevenção de riscos profissionais, através da designada Directiva-Quadro (Directiva 89/391/CEE), que veio estabelecer para os Estados-Membros

uma plataforma comum e inovadora da Prevenção dos Riscos Profissionais. (IGT, 2005, p. 4)

O caminho legislativo, contudo, tem-se feito de modo lento, «escasso e fragmentário» (MTAS, 2008), desigual (diferente de país para país) e assente numa estratégia de via dupla, complementar entre si, que os autores vêm chamando de *hard law* e de *soft law* (Mendes, 2007; MTAS, 2008; Hämäläinen, 2008). A estratégia *hard law* «geralmente inclui os tratados, os regulamentos, as directivas e os acordos» (Hämäläinen, 2008, p. 65) enquanto a estratégia *soft law* refere-se às situações de «coordenação aberta, grupos de reflexão, comités consultivos e comunicações» (*id.*, *ibid.*), baseando-se em recomendações, livros verdes, livros brancos ou conclusões do Conselho (Parlamento Europeu, 2007) ou, tratando-se de questões de segurança e saúde no trabalho, em repertórios de recomendações práticas, códigos de conduta, guias, directrizes em matéria de segurança e saúde no trabalho e iniciativas de promoção (Hämäläinen, 2008).

Os instrumentos de *soft law*, ainda que não possuam qualquer valor jurídico ou força vinculativa (Parlamento Europeu, 2007), cumprem uma função muito relevante que vai além da força vinculante da norma, pois «baseiam-se no diálogo social e dão resposta ao trabalho árduo de consciencialização sobre temas que, por vezes, ainda estão imersos num processo de maturação com vista a gerar normas com carácter vinculativo obrigatório, quando agora apenas o fazem voluntariamente» (MTAS, 2008, Capítulo III, n.º 1.2.). No mesmo sentido, diz Hämäläinen (2008, p. 66):

Os métodos de *soft law* (*e.g.*, recomendações, observações, *benchmarking*, boas práticas e outros documentos não vinculativos) facilitam a política de troca de conhecimentos e de experiências e promovem uma política de aprendizagem e de difusão de ideias entre os Estados-Membros da União Europeia [...]. O impacto é o de fazer política indirectamente através da máquina da União Europeia, sem haver necessariamente um mandato político ou legal.

Apesar de ser perceptível a importância crescente que a prevenção de riscos psicossociais tem vindo a assumir no campo do Direito comunitário e nacional, não pode deixar de se reconhecer, contudo, que

[...] provavelmente nos encontramos [ainda] numa fase embrionária da intervenção normativa nesta matéria que requer de uma maior maturação e desenvolvimento com o passar do tempo. De facto, a relevância social que estão adquirindo estas categorias e a sua crescente presença no discurso dos poderes públicos – tanto nacionais como comunitários –, que assumem o

compromisso de os prevenir e os erradicar, contrasta com o carácter escasso e fragmentário da regulação legal. Com efeito, não existe na actualidade um tratamento legislativo global e sistemático dos riscos psicossociais como categoria genérica, nem uma identificação completa e precisa das suas diversas manifestações, ou dos factores de risco que devem ser tomados em consideração; pelo contrário, a lei refere-se especificamente a estes riscos em preceitos isolados que se referem a situações muito concretas (em particular, o assédio sexual e os assédios discriminatórios), completando-se, em parte, com o significativo, contudo ainda insuficiente e assistemático, esforço do poder judicial e dos interlocutores sociais – através da negociação colectiva –, de definir os perfis de outras figuras como o assédio moral (MTAS, 2008, p. 3).

A Directiva-Quadro de Segurança e Saúde no Trabalho tem o seu fundamento jurídico no artigo 118.º-A (hoje, artigo 137.º), aditado ao Tratado de Roma pelo Acto Único Europeu (AUE). Este artigo veio autorizar o Conselho, decidindo por maioria qualificada no quadro do procedimento de cooperação (actual artigo 251.º), a estabelecer as condições mínimas para promover «a melhoria, nomeadamente, das condições de trabalho, para protegerem a segurança e a saúde dos trabalhadores». O artigo 118.º-A, juntamente com o artigo 118.º-B (actual artigo 138.º do Tratado da Comunidade Europeia), também aditado ao Tratado de Roma pelo AUE, vem procurar dar concretização aos objectivos do artigo 117.º do Tratado de Roma, de que se destaca a melhoria das condições de vida e de trabalho, por uma lado, e, por outro, o diálogo social, como instrumento eficaz na elaboração e aplicação de políticas sociais (MTAS, 2008).

A Directiva-Quadro representa, simultaneamente um ponto de chegada e um ponto de partida na evolução comunitária e nacional em matéria de direito à protecção da saúde mental e de prevenção de riscos no trabalho. É um ponto de chegada relativamente a uma prática arreigada no passado da Europa, em particular desde o Século XVIII, de «esforço constante com vista ao reconhecimento e garantia dos direitos fundamentais» (Giménez, 2005, p. 361), que se vêm impondo em diversos documentos que vão desde a Declaração Universal dos Direitos do Homem (1789) até à Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, proclamada em Nice, no ano 2000, passando pela Convenção Europeia dos Direitos do Homem (1950), pela Carta Social Europeia (1961), pela Carta Comunitária dos Direitos Sociais Fundamentais dos Trabalhadores (1989) e pela Declaração a propósito do Cinquentenário da Declaração Universal dos Direitos do Homem (adoptada em 1998) (Guéry, 1994; Serna, 2001; Gil, 2001;

Giménez, 2005). É um ponto de partida, na medida em que, a partir dela (Directiva-Quadro, artigo 16.º), o Conselho pode vir a adoptar, «sob proposta da Comissão, fundamentada no artigo 118.º-A do Tratado, directivas especiais».

A Directiva-Quadro contém diversas normas, umas de natureza substantiva outras de natureza adjectiva ou processual que nos permitem concluir pela existência de um dever legal de prevenção dos riscos psicossociais, que passou a impender, a partir dela, quer sobre os empregadores, quer sobre os trabalhadores, quer sobre os responsáveis políticos do Estado.

São de natureza substantiva, por exemplo, todas as normas que referem o dever genérico do empregador de promover o melhoramento da saúde dos trabalhadores no trabalho, designadamente, o artigo 1.º, n.ºs 1, 2 e 3 (Objecto da Directiva), o artigo 5.º, n.º 1 (Obrigações das entidades patronais, Disposição geral) e o artigo 6.º, n.º 1 (Obrigações gerais das entidades patronais) e as normas que referem o dever genérico do trabalhador de defender a sua saúde, concretamente, o artigo 13.º, n.º 1 (Obrigações dos trabalhadores).

Não fazendo, o legislador, qualquer restrição ao conceito de saúde, deve entender-se que o conceito de saúde aqui em vista é o conceito geral de saúde definido pela OMS, na sua Assembleia Constituinte, em 1948, como sendo «um estado completo de bem-estar físico, mental e social», e o conceito de saúde ocupacional, definido pelo Comité Misto da OIT/OMS, em 1950 que é de igual amplitude. Deve considerar-se, assim, que a saúde mental e psicossocial está, desde logo, abrangida naquele dever genérico de promoção da saúde previsto na Directiva-Quadro. É nesse sentido o entendimento de Cabral e Roxo quando referem, em anotação ao artigo 273.º do Código do Trabalho (2003) que:

Daqui resulta a necessidade de a prevenção ser gerida nos locais de trabalho em função de todos os riscos relacionados com o trabalho (abrangendo os de natureza psicossocial e os resultantes da interacção dos próprios riscos) (Cabral & Roxo, 2006, p. 71).

Como argumento adicional, é de referir que o dever genérico de prevenção que impende sobre o empregador previsto no n.º 1 do artigo 5.º refere-se a *todos os aspectos* relacionados com o trabalho e que, nos termos do artigo 6.º, n.º 2, alínea g), nestes devem ser integrados, também, os relacionados com «a organização do trabalho, as condições de trabalho, as relações sociais e a influência dos factores ambientais no trabalho». A referência à *organização do trabalho* e às *relações sociais* é entendida, pela generalidade dos autores, como uma referência directa, ainda que não totalmente explícita, aos factores psicossociais no trabalho e aos riscos

psicossociais, porquanto, como já se viu, são, a organização do trabalho e as relações sociais, as duas principais fontes de riscos psicossociais.

Além das normas substantivas acabadas de citar, contém a Directiva-Quadro um vasto elenco de normas processuais, adjectivas ou instrumentais que levam à realização do dever de promoção da saúde e, especificamente, à realização do dever de prevenção de riscos psicossociais. Este tipo de normas tem em vista a concretização de um conjunto de *obrigações de fazer e de resultado* (Navarro *et al.*; 2001, pp. 154-155) por parte dos Estados-Membros, dos órgãos comunitários, dos empregadores e dos trabalhadores.

É *da responsabilidade dos Estados-Membros*, por exemplo, adoptar as «disposições legislativas, regulamentares e administrativas necessárias para darem cumprimento à presente directiva» (artigo 18.º, n.º 1 da Directiva-Quadro), o dever de informar a Comissão Europeia «das disposições de direito nacional já adoptadas ou que adoptarem no domínio abrangido pela presente directiva» (*ibid.*, n.º 2) e o dever de enviar «à Comissão, de cinco em cinco anos, um relatório de execução prática das disposições da presente directiva, do qual constarão os pontos de vista dos parceiros sociais» (*ibid.*, n.º 3). É da responsabilidade dos órgãos comunitários, controlar a efectiva aplicação da Directiva-Quadro e das directivas especiais (*ibid.*, n.ºs 3, 4 e 5).

É *da responsabilidade dos empregadores*, para efectivação do dever de promoção da saúde e do dever legal de prevenção dos riscos psicossociais, tomar as «medidas necessárias à defesa da segurança e saúde dos trabalhadores, incluindo as actividades de prevenção dos riscos profissionais, de informação e de formação, bem como à criação de um sistema organizado e meios necessários» (artigo 6.º, n.º1 da Directiva-Quadro); na aplicação destas medidas, o empregador deve actuar com respeito pelos princípios gerais de prevenção, previstos no n.º 2 do mesmo artigo 6.º, a saber: a) evitar os riscos; b) avaliar os riscos que não possam ser evitados; c) combater os riscos na origem; d) adaptar o trabalho ao homem, especialmente no que se refere à concepção dos postos de trabalho, bem como à escolha dos equipamentos de trabalho e dos métodos de trabalho e de produção, tendo em vista, nomeadamente, atenuar o trabalho monótono e o trabalho cadenciado e reduzir os efeitos deste sobre a saúde; e) ter em conta o estágio de evolução técnica; f) substituir o que é perigoso pelo que é isento de perigo ou menos perigoso; g) planificar a prevenção com um sistema coerente que integre a técnica, a organização do trabalho, as condições de trabalho, as relações sociais e a influência dos factores ambientais no trabalho; h) dar prioridade às medidas de protecção colectiva em relação às medidas de protecção individual; i) dar instruções adequadas aos trabalhadores. Todos estes princípios são aplicáveis na sua totalidade e

na íntegra à prevenção dos riscos psicossociais. Assim como são aplicáveis outras normas que se destinam a dar concretização à efectiva prevenção de riscos ocupacionais, designadamente o dever de avaliar os riscos para a segurança e a saúde dos trabalhadores, inclusivamente na escolha dos equipamentos de trabalho e das substâncias ou preparados químicos e na concepção dos locais de trabalho (*ibid.*, n.º 3, alínea a), o dever de integrar as actividades de prevenção e os métodos de trabalho e de produção postos em prática, no conjunto das actividades da empresa e/ou do estabelecimento e a todos os níveis da hierarquia (*ibid.*, n.º3, alínea a), o dever de informação, de formação e de consulta e participação dos trabalhadores, designadamente sempre que haja introdução de novas tecnologias, no que se refere com a escolha dos equipamentos, de organização das condições de trabalho e de impacte dos factores ambientais de trabalho (*ibid.*, n.º 3, alínea c; e artigos 10.º, 11.º e 12.º).

É *da responsabilidade dos trabalhadores*, «na medida das suas possibilidades, cuidar da sua segurança e saúde, bem como da segurança e saúde das outras pessoas afectadas pelas suas acções ou omissões no trabalho, de acordo com a sua formação e as instruções dadas pela sua entidade patronal» (artigo 13.º, n.º 1 da Directiva-Quadro). Do conjunto destas obrigações sobressai o dever legal de avaliação de riscos e o direito/dever de participação dos trabalhadores nas avaliações. Este direito/dever de participação, no caso da prevenção dos riscos psicossociais, é, aliás, um requisito indispensável à própria avaliação. Não haverá avaliação efectiva de riscos psicossociais sem a participação dos trabalhadores. A avaliação de riscos é a actividade central da prevenção⁵¹.

7.2.1.2. O quadro legal português

A transposição [da Directiva-Quadro] para o direito interno português – inicialmente feita através do D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro, constando actualmente do Código do Trabalho (CT) e do Regulamento do Código do Trabalho (RCT) – veio dotar o país de referências estratégicas e de um quadro jurídico global que visa garantir uma efectiva prevenção de riscos profissionais», (IGT, 2005).

No que se refere, contudo, à prevenção de riscos psicossociais, só com a publicação recente da Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro, o dever legal de prevenção deste tipo de riscos se tornou mais explícito. Até então, a situação pouco diferia da caracterização feita por Graça e Faria reportada ao início da década de noventa, com excepção do que veio a ser disposto

⁵¹ Conferir, nomeadamente, o disposto no artigo 5.º, n.º 2 da Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro, onde se comina que: «a prevenção dos riscos profissionais deve assentar numa correcta e permanente avaliação de riscos (...)».

depois pelo artigo 24.º, relativo ao assédio, entretanto criado pelo Código do Trabalho de 2003 (Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto), e depois reformulado pelo art. 29.º da Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro (Lei de Revisão do Código do Trabalho) e, mais recentemente, também, pelo artigo 15.º do Regime do Contrato de Funções Públicas, aprovado pela Lei n.º 59/2008, de 11 de Setembro (Diário da República, 1.ª série, N.º 176, de 11 de Setembro de 2008).

Referindo-se ao início da década de noventa, Graça e Faria (*cit. in* Kompier & Cooper, 1999, p. 271) diziam, relativamente a aspectos que têm a ver com a prevenção dos riscos psicossociais em Portugal, que:

O conceito de segurança no trabalho nem prática nem conceptualmente se refere à saúde do trabalhador nem ao seu ambiente psicossocial de trabalho; não há qualquer tradição de tomar em atenção a satisfação no trabalho, o stresse ocupacional e os problemas de saúde mental relacionados com o trabalho.

No âmbito do estudo comparado realizado pelo EIRO (Fundação Europeia, 2001a), no Relatório sobre Portugal, da autoria de Luís Graça, dizia-se que:

Depois de 1991, [existe] um novo quadro legal e conceptual de organização da Segurança e Saúde no Trabalho (...). [Apesar deste novo quadro legal e conceptual] (...) Portugal, não tem qualquer legislação específica que preveja a prevenção do stresse ocupacional. Não há qualquer referência directa ou explícita aos factores psicossociais ou ao stresse ocupacional nem na legislação específica de Segurança e Saúde no Trabalho nem em qualquer outra legislação (por exemplo, na legislação sobre o tempo de trabalho, gravidez ou maternidade, ou participação e consulta dos trabalhadores).⁵²

⁵² Referem-se, no entanto, duas disposições legais, ambas do domínio hospitalar, que não tendo directa nem explicitamente a ver com o dever de prevenção dos riscos psicossociais, não podem deixar de ser vistas, contudo, como tendo, ao menos indirectamente, uma preocupação de defesa da saúde física e mental dos trabalhadores hospitalares contra eventuais riscos psicossociais no trabalho, mesmo antes da Directiva-Quadro ter sido transposta para o direito interno. Infelizmente, ambas as disposições têm vindo a perder relevância, na actualidade, quando, paradoxalmente, deviam estar a assumir uma importância crescente. As duas disposições legais são o artigo 8.º do Decreto-lei n.º 62/79, de 30 de Março, relativo ao regime de trabalho do pessoal hospitalar, e os artigos 56.º, n.º 9 e 57.º, n.º 1 e 3, do D.L. n.º 437/91, de 8 de Novembro, relativo à Carreira de Enfermagem. No primeiro caso, dizia-se que «o pessoal de idade superior a 50 anos pode ser dispensado de trabalhar em serviços de urgência, quando o solicitar aos órgãos responsáveis pela gestão hospitalar, e desde que daí não advenham graves prejuízos para o serviço». O artigo 56.º, n.º 9, veio permitir aos enfermeiros com idade superior a 50 anos, o direito de serem dispensados do trabalho nocturno e por turnos e o artigo 57.º, n.º 1 e 3 veio permitir a atribuição do direito aos enfermeiros que «exercem funções em unidades de internamento de psiquiatria e de doentes exclusivamente oncológicos» de, ao fim de um ano de trabalho efectivo nestes serviços, terem um período adicional de férias de cinco dias úteis (artigo 57.º, n.º1) e o direito de poderem beneficiar, se o requererem, «da redução de horário de trabalho de uma hora semanal por cada triénio de exercício efectivo, até ao limite de 30 horas semanais, sem perda de regalias» (artigo 57.º, n.º 2).

O primeiro desenvolvimento legislativo em matéria de prevenção de riscos psicossociais em Portugal, após esta caracterização, deu-se com o artigo 24.º do Código do Trabalho de 2003, posteriormente retomado pelo artigo 29.º do actual Código do Trabalho. Este artigo, na sua redacção actual, prevê em epígrafe a proibição do assédio e diz o seguinte:

Entende-se por assédio todo o comportamento indesejado, nomeadamente o baseado em factor de discriminação, praticado aquando do acesso ao emprego ou no próprio emprego, trabalho ou formação profissional, com o objectivo ou o efeito de perturbar ou constranger a pessoa, afectar a sua dignidade, ou de lhe criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou desestabilizador (artigo 29.º, n.º 1 do Código do Trabalho).

O que se visa nesta disposição legal é, em especial, proibir o assédio discriminatório e o assédio moral ou coacção psicológica no trabalho, porquanto o assédio sexual goza do privilégio de um artigo e de uma definição à parte, a do n.º 2 do mesmo artigo, que diz que «constitui assédio sexual o comportamento indesejado de carácter sexual, sob a forma verbal, não verbal ou física, com o objectivo ou o efeito referido no número anterior». Curioso, no entanto, é o facto de o legislador, não fazer depender a existência de assédio, nos termos referidos no n.º 1, da duração ou repetição das agressões, como sucede na maioria das legislações existentes (belga ou francesa, por exemplo, relativamente ao assédio moral). Estará o legislador a prever qualquer outra forma de assédio, para além do assédio moral ou sexual, ou estará a prever, ao arrepio da posição dominante quer doutrinária quer legislativa, situações de assédio moral decorrentes, por exemplo, de situação única e não continuada? Pereira (2009, pp. 199-200) inclina-se para esta interpretação adiantando que, embora parecendo não ser exigível, para o legislador português, a reiteração de condutas ou a sua continuidade para afirmar a prática de assédio moral, ainda assim, será sempre exigível a comprovação da «degradação do estatuto e das condições de trabalho do visado». A lei portuguesa não criminaliza o assédio moral, como fazem algumas legislações.⁵³ Embora não configurando um crime, o

⁵³ Essa possibilidade chegou a ser equacionada no âmbito do projecto de Lei n.º 252/VIII apresentado, em 2000, para aprovação na Assembleia da República pelo Deputado Francisco Torres (PS). Este projecto, contudo, nunca chegou a ser aprovado. O projecto, intitulado Protecção Laboral Contra o Terrorismo Psicológico ou Assédio Moral, definia o terrorismo psicológico ou assédio moral como «a degradação deliberada das condições físicas e psíquicas dos assalariados nos locais de trabalho» (art. 1.º, n.º 1), entendia por «degradação deliberada» (...), «os comportamentos dolosos dos empregadores, conduzidos pela entidade patronal e/ou seus representantes, sejam eles superiores hierárquicos, colegas e/ou outras quaisquer pessoas com poder de facto para tal no local de trabalho» (art.1.º, n.º 2) e considerava como «actos e comportamentos relevantes» para a consideração como assédio moral, os que, «pelo seu conteúdo vexatório e pela finalidade persecutória e/ou de isolamento, (...), traduzem-se em considerações, insinuações ou ameaças verbais e em atitudes que visem a desestabilização psíquica dos trabalhadores com o fim de provocarem o despedimento, a demissão forçada, o prejuízo das perspectivas de progressão na carreira, o retirar injustificado de tarefas anteriormente atribuídas, a

assédio (moral ou sexual) é considerado pelo actual Código do Trabalho uma contra-ordenação laboral muito grave (artigo 29.º, n.º 4) cuja violação está sujeita a coimas pesadas, podendo, nos termos do artigo 28.º, por remissão do n.º 3 do artigo 29.º, «a prática de acto discriminatório lesivo de trabalhador ou candidato a emprego, conferir-lhe o direito a indemnização por danos patrimoniais e não patrimoniais nos termos gerais de direito».

O novo regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho (Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro) veio, porém, colmatar a falta de previsão expressa, no ordenamento jurídico português, do dever de prevenção geral de riscos psicossociais no trabalho. Assim, mantendo o novo regime jurídico, no n.º 1 do artigo 15.º, a obrigação geral do empregador de «assegurar ao trabalhador condições de segurança e de saúde em todos os aspectos do seu trabalho», já anteriormente previsto, primeiro no artigo 8.º, n.º 1 do Decreto-lei n.º 441/91, de 14 de Novembro que transpôs a Directiva-Quadro para o direito interno português, e, depois, no artigo 273.º do Código do Trabalho de 2003, o artigo 15.º, n.º 2, alínea d), da nova Lei n.º 102/2009, veio agora prever expressamente, pela primeira vez, o dever de o empregador «assegurar, nos locais de trabalho, que as exposições aos agentes químicos, físicos e biológicos e aos factores de risco psicossociais não constituem risco para a segurança e saúde do trabalhador». Na alínea e) do mesmo artigo 15.º, n.2, reforça o legislador a referência expressa ao dever de prevenção de riscos psicossociais ao cominar que o empregador tem o dever de adaptar o trabalho ao homem «com vista a, nomeadamente, a atenuar o trabalho monótono e o trabalho repetitivo e reduzir os riscos psicossociais».

Com pode ver-se, não existe, agora, qualquer dúvida, se é que dúvidas ainda havia, que, a partir de 1 de Outubro de 2009, data da entrada em vigor do novo regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho, o empregador passou a ter o dever legal de prevenção de riscos psicossociais no trabalho bem como o dever de, para isso, organizar os serviços adequados e mobilizar os meios necessários (artigo 15.º, n.º 10, da Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro).

A violação do dever legal de prevenção de riscos psicossociais constitui uma contra-ordenação muito grave (*cf.* artigo 15.º, n.º 14 da Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro).

Nos termos do artigo 548.º do actual Código do Trabalho:

despromoção injustificada de categorias anteriormente atribuídas, a penalização do tratamento retributivo, o constrangimento ao exercício de funções ou tarefas desqualificantes para a categoria profissional do assalariado, a exclusão da comunicação de informações relevantes para a actividade do trabalhador, a desqualificação dos resultados já obtidos». O projecto previa, entre outras sanções, uma pena de um a três anos de prisão, agravada, em caso de atentado contra a dignidade e a integridade psíquica do assalariado, para dois a quatro anos.

[Uma] contra-ordenação laboral [é] todo o facto típico, ilícito e censurável que consubstancie a violação de uma norma que consagre direitos ou imponha deveres a qualquer sujeito no âmbito de relação laboral e que seja punível com coima.

As coimas variam «em função do volume de negócios da empresa e do grau da culpa», diz o artigo 554.º, n.º 4, alínea e) do Código do Trabalho (CT). Quer no caso de assédio (artigo 29.º, n.º 4 do CT), quer no caso de violação do dever legal geral de prevenção de riscos psicossociais (artigo 15.º, n. 14 da Lei n.º 102/2009), por serem, ambas, contra-ordenações muito graves, que violam normas de segurança e saúde no trabalho, os limites máximos das coimas correspondentes podem atingir, nos termos do artigo 556.º do CT, no caso de uma empresa com um volume de negócios igual ou superior a 10.000.000 de euros, as 600 UC (Unidades de Conta) em caso de negligência e 1.200 UC em caso de dolo (ou seja, 57.600 euros e 115.200 euros, respectivamente, com base no valor de 96,00 euros por Unidade de Conta aprovado para o triénio 2007/2009).

Acessoriamente, no caso de contra-ordenação muito grave ou reincidência em contra-ordenação grave, praticada com dolo ou negligência grosseira, é aplicada ao agente a sanção de publicidade (*cf.* artigo 562.º do Código do Trabalho).

7.2.1.3. Outros quadros legais de Estados-Membros da União Europeia

7.2.1.3.1. O caso especial da Bélgica

A Bélgica é o Estado-Membro da UE onde, a partir da Directiva-Quadro, se deu a evolução legislativa mais explícita e mais ampla em matéria de prevenção de riscos psicossociais. Assim, na sequência da Directiva-Quadro, a Bélgica começou por publicar, em 1996, a *Lei relativa ao bem-estar dos trabalhadores*.⁵⁴ Por *bem-estar no trabalho* entendia a lei, no seu artigo 3.º, parágrafo 1.º, n.º1, «o conjunto de factores relativos às condições em que o trabalho é efectuado, previstas no artigo 4.º, alínea 2», nas quais se incluem, os factores relativos à carga psicossocial de trabalho, nomeadamente «a violência no trabalho, o assédio moral e o assédio sexual». Na sequência do imperativo constante desta norma, que consistia no dever de o empregador criar condições de bem-estar no trabalho também nos aspectos relacionados com a carga psicossocial de trabalho, foi aprovado, em Março de 1998, o Decreto-real (*Arrêté Royal*) «relativo aos serviços internos de prevenção e protecção no trabalho», que se encontra

54 Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail (M.B. 18.9.1996). Disponível em www.emploi.belgique.be/WorkArea/showcontent.aspx?id=8346 [Consultado em 30 Outubro 2007].

actualmente em vigor. O artigo 5.º, n.º 4, deste Decreto-real dispõe que, de entre outras, é missão dos serviços de prevenção:

Contribuir e colaborar no estudo da carga de trabalho, na adaptação das técnicas e das condições de trabalho à fisiologia do homem assim como na prevenção da fadiga profissional, física e mental, e participar na análise das causas de afecções ligadas à carga de trabalho e aos factores psicossociais ligados ao trabalho.

Este mesmo Decreto-real, a propósito das competências dos conselheiros de prevenção – definido como «toda a pessoa física ligada a um serviço interno e encarregada (...) da gestão da prevenção» – diz que, os conselheiros de prevenção devem dispor de conhecimentos no domínio dos aspectos psicossociais do trabalho (artigo 14.º, n.º 5).

O Decreto-real «relativo aos serviços externos de prevenção e de protecção no trabalho», do mesmo mês e ano que o Decreto anterior (Março de 1998), refere, por sua vez, quanto à organização dos serviços externos, que, estes, devem compor-se de dois sectores, um encarregado da gestão de riscos, de natureza multidisciplinar, e outro encarregado da vigilância médica. O sector da gestão de riscos é constituído por conselheiros de prevenção que devem abranger as áreas da segurança no trabalho, da higiene no trabalho, da ergonomia, da medicina do trabalho e os aspectos psicossociais do trabalho (artigo 21.º). Refere ainda este mesmo diploma, no artigo seguinte, que um dos conselheiros de prevenção deve ser especialista nos aspectos psicossociais do trabalho (como previsto no artigo 21.º) devendo para isso responder às condições seguintes:

No que concerne aos aspectos psicossociais do trabalho, o [conselheiro de prevenção especialista em prevenção de riscos psicossociais deve ser um] profissional habilitado com um diploma de conclusão de estudos universitários ou um diploma de conclusão do ensino superior universitário cujo curriculum compreenda uma parte importante de psicologia e de sociologia e possua já uma primeira especialização no domínio do trabalho e de organização e faça prova de ter terminado com aproveitamento uma formação multidisciplinar de base e um módulo de especialização em aspectos psicossociais no trabalho nomeadamente em violência e em assédio moral e sexual no trabalho, (...) e possua além disso de uma experiência de cinco anos no domínio dos aspectos psicossociais no trabalho.

Em Julho de 2002, é publicado o Decreto-real «relativo à protecção contra a violência e o assédio moral ou sexual no trabalho». Trata-se de um diploma interessante e inovador, que veio legislar pela primeira vez na Europa sobre a prevenção de um risco psicossocial específico. O diploma

foi, entretanto, revogado e substituído pelo Decreto-real «relativo à prevenção da carga psicossocial ocasionada pelo trabalho nomeadamente da violência, o assédio moral ou sexual no trabalho», em Maio de 2007. Este diploma, que é mais abrangente que o anterior, vem reconhecer, agora, um direito geral à prevenção de todos os riscos psicossociais no trabalho, prevendo, especificamente, em toda a secção II, o dever de prevenção dos riscos de violência, assédio moral ou sexual no trabalho.

O legislador belga entende por *carga psicossocial*, no âmbito deste Decreto-real (artigo 2.º, n.º 3), «toda a carga, de natureza psicossocial, que tem a sua origem na execução do trabalho, que tem consequências danosas para a saúde física e mental da pessoa». No artigo seguinte, parágrafo primeiro, o legislador refere que, «no quadro do sistema dinâmico de gestão de riscos, o empregador identifica as situações que podem dar origem a uma carga psicossocial e determina e avalia os riscos». No parágrafo a seguir, acrescenta ainda que, «no momento desta avaliação de riscos, o empregador tem em conta nomeadamente as situações onde estão presentes, o stresse, os conflitos, a violência ou o assédio moral ou sexual no trabalho». E, mais adiante (no artigo 5.º) estipula que o empregador deve determinar «com base na avaliação de riscos (...), as medidas de prevenção que devem ser tomadas».

Além do plano legislativo, é de referir ainda o exemplo pioneiro, a nível comunitário, anterior ao Acordo Europeu sobre o Stresse no Trabalho (2004), o acordo que foi celebração pelos parceiros sociais belgas no âmbito da Convenção Colectiva de Trabalho n.º 72, em 30 de Março de 1999. Esta Convenção foi celebrada, por tempo indeterminado, entre os sindicatos⁵⁵ e as associações patronais belgas, sobre a prevenção do stresse ocupacional.

55 Refira-se, a propósito, segundo afirma o Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la Sécurité (BTS, 2002, p. 2) que os sindicatos europeus terão sido os primeiros parceiros sociais «a tocar o sinal de alarme e a apelar à organização de um debate sobre este tema após a entrada em vigor da Directiva-Quadro», logo em 1992. Diz esta organização sindical que foi depois de alertadas pelos sindicatos que «as instituições europeias (nomeadamente a Comissão Europeia, o Parlamento Europeu e a Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho) deram início a várias iniciativas ao longo dos últimos seis anos. O Comité Consultivo do Luxemburgo tinha criado, em 1996, um grupo de trabalho consagrado ao stresse e tinha feito uma recomendação à qual a Comissão respondeu, no ano 2000, com a publicação de um Guia de orientação sobre o stresse relacionado com o trabalho. O Parlamento Europeu publicou um relatório sobre o assédio no trabalho, em Julho de 2001 e o Comité Consultivo emitiu um parecer sobre a violência no trabalho, em Novembro do mesmo ano. Este ano, em Outubro de 2002, a Semana Europeia da Agência Europeia para a Saúde e a Segurança no Trabalho foi consagrada à prevenção do stresse (cf. BTS, *ibid.*)

No âmbito desta Convenção, as organizações inter-profissionais de empregadores e de trabalhadores, comprometem-se, *relativamente ao empregador*, que este deve:

Conduzir uma política de prevenção colectiva do stresse gerado pelo trabalho e/ou a remediá-lo colectivamente. Para conduzir esta política, o empregador deve, conforme as disposições da lei do bem-estar (...): no momento da análise da situação de trabalho por ele realizado, detectar os riscos eventuais de stresse; efectuar uma avaliação destes riscos com base na análise de trabalho; tomar, em função desta avaliação, as medidas apropriadas afim de prevenir os riscos ou de os remediar.

E, *quanto ao trabalhador*, que este deverá «colaborar, segundo as suas possibilidades, na prevenção do stresse no trabalho».

7.2.1.3.2. O quadro legal nos Países Baixos, na França e na Espanha

Em geral, com a excepção da Bélgica, e, recentemente de Portugal, a legislação dos demais Estados-Membros da União Europeia relativa à prevenção dos riscos psicossociais no trabalho pouco mais veio a adiantar relativamente ao que está previsto na Directiva-Quadro. Notam-se, no entanto, alguns pequenos avanços legislativos recentes também nos Países Baixos, na França e em Espanha.

a) Nos Países Baixos

Nos Países Baixos, a nova Lei das Condições de Trabalho (*Working Conditions Act*), de 1 de Janeiro de 2007, veio actualizar a Lei anterior (1990), ela também, por diversas outras vezes, actualizada nomeadamente aquando da transposição da Directiva-Quadro, em 1994. A actual, lei no seu artigo 3.º, n.º 2, refere, agora, de modo mais explícito e directo que anteriormente, que o empregador deve praticar «uma política que vise a prevenção da pressão psicossocial no trabalho ou limitá-la se a prevenção não for possível, como parte integrante da política geral de condições de trabalho». No artigo 1.º, n.º 3, alínea e) (Definições), define-se como «pressão psicossocial no trabalho», a intimidação sexual, a agressão e a violência, o agravamento e aumento da carga de trabalho no posto de trabalho susceptível de causar stresse. A lei adopta, igualmente (artigo 1.º, n.º 3, alínea f), uma definição de stresse ocupacional que entende como «uma condição que acarreta consequências físicas, mentais e sociais que são percebidas como negativas».

Em 2001, Schaufeli e Kompier (2001) também já referiam que no âmbito dos serviços de saúde ocupacional, para além do médico do trabalho, do técnico de segurança e do técnico de higiene, os serviços de saúde

ocupacional holandeses⁵⁶ deviam integrar também um técnico (ou especialista) «de Trabalho e Organização» para serem certificados e, assim, poderem operar legalmente. Além destes profissionais, obrigatórios, muitos destes serviços integravam ainda, voluntariamente, especialistas em gestão de recursos humanos e psicólogos do trabalho e organizacionais. O *técnico de Trabalho e Organização* é uma profissão nova, sendo exclusivamente empregado nos serviços de saúde ocupacional. A sua função principal é a de apoiar a direcção da empresa nos aspectos relacionadas com a organização do trabalho, em quatro áreas chave: 1) dá pareceres sobre questões de organização e propõe medidas; 2) avalia os riscos psicossociais; 3) implementa medidas de base organizacional para redução do stresse ocupacional e das taxas de absentismo por doença; 4) coordena e integra as medidas, isto é, actua como elemento de ligação entre a empresa e a equipa de Saúde Ocupacional (Schaufeli & Kompier, 2001).

b) Na França

Em 2002, entrou em vigor em França a *lei da modernização social*⁵⁷, que introduziu, no seu Capítulo IV, intitulado «Luta contra o Assédio Moral», normas novas no *Côde de travail* (Código do trabalho) referentes ao assédio moral no trabalho. Nos novos artigos L. 122-49 a L.122-53, aditados ao Código do trabalho pode ler-se, agora, respectivamente, que:

nenhum assalariado pode sofrer agressões repetidas de assédio moral que tenham por objecto ou por efeito uma degradação das condições de trabalho susceptível de atingir os seus direitos e a sua dignidade, de alterar a sua saúde física ou mental ou de comprometer o seu futuro profissional (art. L-122-49) [e que] nenhum assalariado pode ser sancionado, despedido ou ser objecto de uma medida discriminatória, directa ou indirecta, nomeadamente em matéria de remuneração, de formação, de reclassificação, de afectação, de qualificação, de promoção profissional, de alteração ou renovamento de contrato por ter sofrido ou recusado sofrer as agressões definidas na alínea precedente ou por ter testemunhado tais agressões ou por os ter relatado (art. L-122-53).⁵⁸

56 Que «são empresas comerciais independentes a operar no mercado e a vender serviços às empresas» (Schaufeli & Kompier, 2001).

57 Loi de modernization sociale (Lei n.º 73/2002, de 17 Janeiro 2002). Disponível em www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905&dateTexte= [Consultado em 30 de Outubro de 2007].

58 Nossa tradução.

Entre as várias normas aplicáveis à prevenção do assédio moral, diz o artigo L-122-51 que «compete ao chefe da empresa tomar todas as disposições necessárias à prevenção das agressões visadas no artigo L-122-49».

c) Na Espanha

Na Espanha a única referência adicional às normas da Directiva-Quadro com interesse para a prevenção de riscos psicossociais é aquela que é feita no âmbito do Regulamento dos Serviços de Prevenção⁵⁹, onde se reconhece a importância da Ergonomia e da Psicossociologia Aplicada como uma das especialidades de alto nível de especialização. O mesmo diploma, no seu Apêndice VI, estabelece o conteúdo do treino mínimo para esta especialidade. No que se refere à Ergonomia e à Psicossociologia Aplicada, são exigidos os seguintes aspectos formativos: concepção e desenho do posto de trabalho, carga física; carga mental; factores psicossociais; estrutura da organização; stresse e outros problemas psicossociais; consequências para a saúde dos factores psicossociais e sua avaliação; intervenção psicossocial.

Além destas, não se conhecem, na Espanha, outras referências explícitas aos aspectos relacionados com a prevenção de riscos psicossociais no trabalho. Com efeito, segundo Peiró (2004, p. 142), não existe em Espanha qualquer evolução legislativa relativamente a riscos psicossociais específicos, como é o caso do assédio moral, do assédio sexual, da violência no trabalho ou outro, embora, diz ele, a Lei de Prevenção dos Riscos Laborais (Lei nº 31/1995, de 8 de Novembro), ainda que não faça uma referência explícita à saúde mental dos trabalhadores, refere-se, em diversas ocasiões, a vários aspectos psicológicos e sociais como elementos relevantes na prevenção de riscos ou como potenciais fontes de risco.

8. UM SISTEMA DE GESTÃO PREVENTIVA DE RISCOS PSICOSSOCIAIS EM HOSPITAIS

Pretende-se com este Capítulo apresentar aos gestores hospitalares, técnicos de prevenção e profissionais de saúde, de modo claro e sucinto, e em linguagem simples, uma espécie de guia que poderá ser utilizado para começarem a desenvolver práticas de prevenção de riscos psicossociais no trabalho nos hospitais onde exercem funções.

59 Real Decreto n.º 39/1997, de 17 de Janeiro. Disponível em www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Normativa/TextosLegales/RD/1997/39_97/PDFs/realdecreto391997de17deeneroporelqueseapruebaelregla.pdf [Consultado em 15 Novembro 2007].

O sistema de gestão preventiva que aqui se propõe é o resultado de uma investigação-acção que tem vindo a ser desenvolvida, desde 2003, no único hospital do país que tem estado a proceder à gestão preventiva de riscos psicossociais no trabalho, o Instituto Português de Oncologia do Porto.

8.1. Política de prevenção de riscos psicossociais

Aos Conselhos de Administração dos hospitais compete definir os valores e a missão do hospital e a política de prevenção de riscos psicossociais no trabalho. A política de prevenção de riscos psicossociais deve estar integrada no quadro da política geral de gestão de riscos e no processo global de gestão do hospital. Defende-se uma política autónoma de prevenção de riscos psicossociais, em procedimento formal autónomo, aprovado e divulgado separadamente da política geral de gestão de risco. Segundo diversas experiências recentes, sobretudo a nível de serviços de saúde ingleses e de universidades, quer inglesas quer espanholas, tem sido esta a opção tomada. Pensa-se que será a melhor opção pelas razões que em local próprio serão apresentadas.

8.1.1. Valores e missão do hospital

De acordo com o primeiro princípio da Teoria da Gestão Preventiva do Stresse Ocupacional de Quick *et al.* (2003) e em conformidade com o disposto no regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho (*e.g.*, artigo 15.º, n.º 1 e artigo 97.º, alínea a, da Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro), os dirigentes máximos das empresas são os principais responsáveis, moral e legalmente, pela saúde individual dos seus colaboradores e da organização. A direcção da empresa é, igualmente, o elemento chave para levar a bom termo a prevenção dos riscos psicossociais (HSE, 2007b, 2008, 2009; Albarracín, 2001). Em consequência, a direcção da empresa:

Deve conhecer como devem ser desenvolvidos os valores e a política da empresa, estabelecer os planos estratégicos que produzam a mudança e gerem a confiança e a motivação de toda a organização conseguindo o melhor resultado possível, não só no curto prazo, senão criando um sistema que consolide os resultados obtidos (Albarracín, 2001, pp. 29- 30).

A missão e os valores de qualquer hospital devem reflectir as preocupações centrais que presidem à gestão do hospital a todos os níveis da sua actividade, quer no que se refere aos seus utentes, quer no que se refere aos seus trabalhadores, quer, em geral, no que se refere à sociedade. A filosofia da Responsabilidade Social deve enformar a actuação de qualquer hospital sobretudo quando este for um hospital público. O hospital não deve limitar-

se, apenas, ao cumprimento estrito das suas obrigações legais mas, indo além delas, deve procurar também ir ao encontro das melhores práticas de gestão que, em cada momento, existam nos vários domínios de organização e gestão empresarial. Existindo boas práticas de gestão no âmbito da prevenção de riscos psicossociais, deve o hospital procurar conhecê-las e aplicá-las.

A *missão* de um Hospital traduz-se, em regra, em «prestar cuidados de saúde hospitalares (...) à população, com a máxima qualidade, humanismo e eficiência». Conforme com a sua Missão, o hospital deve orientar a sua actuação por *Valores* como, por exemplo: a) A *Dignidade da Pessoa* – o [Hospital] existe para servir as pessoas, sujeitos conscientes e livres, iguais em direitos e deveres e com um valor pessoal insubstituível. Neste sentido, [Hospital] procurará pautar sempre a sua actuação pela defesa e promoção dos direitos humanos, em particular do direito à saúde, no respeito pela pessoa humana; b) A *Responsabilidade Social* – [para o Hospital] a responsabilidade social [consiste em] conciliar os princípios e boas práticas da prestação de cuidados com o interesse e melhoria da qualidade de vida do doente, de mobilização das energias de todos os colaboradores, da ecologia humana e do interesse económico geral; c) A *Participação* – [o Hospital deve entender que] a participação é um valor intrínseco da actividade humana e o único meio de a pessoa, enquanto cidadão, poder contribuir para o desenvolvimento e melhoria da instituição, em todas as suas vertentes, organizacional, técnica, humana e social.

8.1.2. Política de prevenção de riscos psicossociais

Definida a *Missão* e os *Valores* do hospital, ao Conselho de Administração compete aprovar as diferentes políticas institucionais, designadamente, a política de prevenção de riscos ocupacionais e a política de prevenção de riscos psicossociais.

Por *política* entende-se:

Um conjunto de normas ou princípios (habitualmente formais e documentados) que um indivíduo, uma organização ou uma empresa adopta para determinado curso de acção eleito» (Albarracín, *op. cit.*, p. 31).

E por *política de prevenção de riscos ocupacionais*:

O conjunto de princípios e intenções formais e documentadas relativo à segurança e saúde no trabalho» (*ibid.*).

Ou:

O compromisso da organização assumido pelo seu dirigente máximo, frente ao colectivo dos seus trabalhadores e à sociedade,

acerca das directrizes orientadas para a conservação e o desenvolvimento dos recursos físicos e humanos, assim como para redução dos danos à saúde e aos bens» (AENOR, Espanha, 1997).

Uma tal política deve, nomeadamente, ser iniciada, desenvolvida e apoiada activa e permanentemente pelo mais alto nível da direcção (Conselho de Administração); estar de acordo com outras políticas da organização (em especial, com a política de gestão da qualidade, a política de gestão ambiental e a política de gestão de recursos humanos); e comprometer a organização no cumprimento de todos os requisitos preventivos e legais (*id.*, *ibid.*).

A política de prevenção de riscos ocupacionais e a sua gestão devem estar integradas na gestão global da empresa, «o que implica que os objectivos e a planificação da prevenção devem ser elaborados no quadro definido pelos objectivos e pelos planos estratégicos da empresa» (Albarracín, *op. cit.*, p. 36)⁶⁰.

A política de prevenção de riscos deve, assim, ser vista como um objectivo e como um instrumento estratégico de gestão, integrando, como tal, o processo global de gestão da empresa.

Integrada na política geral de prevenção de riscos deve existir uma política de prevenção de riscos psicossociais. A política de prevenção de riscos psicossociais deve, contudo, constar de um procedimento formal autónomo, divulgado por toda a empresa. Pensa-se haver razões que justificam esta opção, nomeadamente as seguintes: a) a importância que os aspectos psicossociais têm nos hospitais; b) a visibilidade que deve ser dada ao compromisso da organização, através do Conselho de Administração, face ao colectivo de trabalhadores, dirigentes intermédios e à sociedade, acerca da prevenção deste tipo de riscos; c) a especificidade dos riscos psicossociais e da sua prevenção em confronto com que os riscos de natureza física, química ou biológica; d) e, finalmente, o facto de não ser possível fazer a prevenção de riscos psicossociais sem a participação e o envolvimento de todos os interessados e de toda a organização, não bastando, para se poder fazer a prevenção, a mera intervenção dos técnicos, como sucede, em geral, com grande parte da prevenção dos riscos de natureza física. A necessidade de participação e de envolvimento de toda a organização no processo de gestão preventiva justificaria, só por si, a existência de uma política autónoma e diferenciada de prevenção de riscos

⁶⁰ Conferir, também, AENOR (1997, p. 5) e DHOS (2004, ponto 1.2., relativo ao programa de gestão de riscos nos estabelecimentos de saúde, onde pode ler-se que a política de prevenção de riscos ocupacionais e a sua gestão «integra-se no plano de actividades do hospital e/ou nos anexos dos contratos de objectivos e de meios relativos à qualidade e à segurança»).

psicossociais, presidida sempre, no entanto, pelo princípio da sua integração no processo geral de gestão de riscos e no processo global de gestão da empresa.

Segundo Albarracín (*op. cit.*, p. 34; NP 4397/OSHAS 18001:1999), sem prejuízo de nela se poderem prever grandes declarações de princípio, a política de prevenção de riscos ocupacionais deve incluir, obrigatoriamente, os seguintes aspectos: a) o reconhecimento de que a prevenção de riscos ocupacionais é parte integrante da gestão da empresa; b) a inclusão de um compromisso solene da direcção máxima da empresa de procurar alcançar um alto nível de segurança e saúde no trabalho cumprindo, como mínimo, a legislação vigente; c) a inclusão de um compromisso de melhoria contínua; d) a garantia de se assegurar a consulta, a participação e a informação dos trabalhadores; e) e, finalmente, a garantia de que será dada formação adequada aos trabalhadores em matéria de segurança e saúde no trabalho e, designadamente, em prevenção de riscos psicossociais.

Tomando como referência diversos exemplos recentes de políticas de prevenção de stresse/riscos psicossociais que têm vindo a ser publicadas, nomeadamente, no Reino Unido em várias Universidades e em vários *Trusts* de Cuidados Primários de Saúde (*e.g.*, HSE, 2009c; Keele University, 2005; West Lincolnshire Primare Care Trust, 2004; Greater Peterborough Primary Care Partnership, 2007); na Irlanda do Norte (HSENI, 2007); na Escócia (University of Aberdeen, 2009) e em Espanha (CRUE, 2006; DGFP/MAP, 2007)⁶¹, uma política de prevenção de riscos psicossociais deve, por sua vez, conter os seguintes aspectos específicos:

a) *A definição de risco psicossocial.* O risco psicossocial deve ser entendido, segundo o que ficou dito no Capítulo 1, como uma interacção social negativa que tem origem fundamentalmente na organização do trabalho capaz de produzir efeitos negativos na saúde física e/ou mental dos trabalhadores. Para efeitos práticos de prevenção podem integrar-se também no conceito de risco psicossocial os aspectos psicológicos das interacções negativas do trabalhador com os aspectos físicos, físico-ambientais ou ergonómicos do posto de trabalho, ainda que, em bom rigor teórico, tais interacções não devam ser consideradas riscos psicossociais, mas tão, só riscos psicológicos. Consideram-se riscos psicossociais, de

⁶¹ A Conferencia de Reitores das Universidades Espanholas realizada na Universidade de Málaga em 9 e 10 de Outubro, prescreve que «a Universidade deve converter num objectivo prioritário a luta contra o assédio moral, por isso, recomenda a assunção pelas Universidades de políticas ou protocolos de actuação frente ao stresse ou assédio moral no trabalho sendo exemplos os acordos celebrados pela Universidade do País Basco, a Universidade Nacional de Educação à Distância, ou a Universidade de Santiago entre outros» (CRUE, 2006).

acordo com o entendimento aqui veiculado, e nos termos da designação unitária e global de risco psicossocial, nomeadamente, o stresse ocupacional, a violência no trabalho, o assédio moral, o assédio sexual, a adicção ao trabalho, a carga mental de trabalho e o trabalho emocional que resultam, estes sim, de interacções sociais negativas do trabalho e no trabalho⁶².

b) O *reconhecimento de que os riscos psicossociais são um problema sério no trabalho* com efeitos negativos no hospital, nas pessoas (inclusive nos doentes) e na sociedade, particularmente ao nível da saúde mental e da saúde pública. Neste sentido, deve ser reconhecido que é um dever, legal, moral e profissional, de todos os gestores do hospital, promoverem a prevenção de riscos psicossociais e a criação de um bom ambiente psicossocial de trabalho, nos seus serviços e no hospital.

c) O *compromisso formal da direcção* do hospital na prevenção dos riscos psicossociais. O Conselho de Administração deve declarar, de modo solene e formal, que se compromete a proteger a segurança, a saúde e o bem-estar físico e mental de todos os trabalhadores, a cumprir, e a fazer cumprir, a lei e as boas práticas em matéria de prevenção de riscos psicossociais. Deve declarar também que a organização afectará os necessários recursos à prevenção de riscos psicossociais.

d) Os *objectivos da Política*. Os objectivos da política de segurança e saúde no trabalho devem ter como finalidade a prevenção de riscos (redução ou controlo dos efeitos negativos do trabalho) e a promoção da saúde (potenciação dos efeitos positivos do trabalho), devendo referir-se que a sua efectivação será assegurada através de uma metodologia apropriada de avaliação e controlo sistemático de riscos psicossociais; que esta metodologia é constituída por um processo faseado que integra uma combinação de métodos e de técnicas específicas de avaliação e controlo de riscos psicossociais; que a gestão preventiva de riscos psicossociais é coordenada e é da responsabilidade de um Psicólogo da Saúde Ocupacional actuando como elemento da equipa inter-profissional e multidisciplinar do Serviço de Saúde Ocupacional.

e) As *responsabilidades*. A Política deve mencionar os vários níveis de responsabilidade no processo de gestão preventiva de riscos psicossociais: do Conselho de Administração, dos gestores intermédios (Directores de Serviço e outros); do Serviço de Saúde Ocupacional, em particular do Sector de Psicologia da Saúde Ocupacional; do Serviço de Gestão de Recursos Humanos; dos trabalhadores e seus representantes, e de outros

⁶² A expressão «no trabalho» deve ser entendida, para efeitos de prevenção, em um sentido amplo (Graça, 1985; OIT, 1987), podendo envolver algumas situações do meio familiar e do meio social externo envolvente.

órgãos, quando existam, designadamente da Comissão de Segurança e Saúde no Trabalho ou da Comissão de Risco.

8.2. Estrutura organizacional de prevenção de riscos psicossociais

O serviço interno (artigo 78.º, n.º 1 e 2, da Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro) é a modalidade de organização do serviço de segurança e saúde no trabalho que todos os hospitais devem legalmente adoptar. A este serviço compete «tomar as medidas necessárias para prevenir os riscos profissionais e promover a segurança e a saúde dos trabalhadores» (artigo 98.º, n.º 1, da mesma lei), «*em todos os aspectos* relacionados com o trabalho» (artigo 15.º n.º 1, *ibid.*) [o itálico é do autor], tendo em conta os princípios de prevenção previstos nas diversas alíneas do artigo 15.º, n.º 2, designadamente: a identificação dos riscos previsíveis em todas as actividades da empresa (alínea a), a integração da avaliação dos riscos para a segurança e a saúde do trabalhador no conjunto das actividades da empresa (alínea b), o combate aos riscos na origem (alínea c), assegurar que as exposições aos agentes químicos, físicos e biológicos *e aos factores de risco psicossocial* [o itálico volta a ser do autor] não constituem risco para a segurança e saúde do trabalhador (alínea d), a adaptação do trabalho ao homem nomeadamente no que se refere aos métodos de trabalho e produção, com vista a atenuar o trabalho monótono e o trabalho repetitivo e *reduzir os riscos psicossociais* (alínea e) [o itálico continua a ser do autor] e dar prioridade às medidas de protecção colectiva em relação às medidas de protecção individual (alínea h). De entre as actividades principais do serviço de prevenção estão, nomeadamente, em matéria de gestão preventiva de riscos psicossociais, nos termos do artigo 5.º, n.º 3 e artigo 98.º, n.º 1, alínea b, as de proceder a uma «correcta e permanente avaliação de riscos» como base da prevenção e, nos termos das demais alíneas do artigo 98.º, n.º 1, as de planear a prevenção, integrando a todos os níveis e, para o conjunto das actividades da empresa, a avaliação dos riscos e as respectivas medidas de prevenção (alínea a), elaborar o plano de prevenção de riscos profissionais (alínea c), colaborar na concepção de locais, métodos e organização do trabalho, bem como na escolha de equipamentos de trabalho (alínea e), desenvolver actividades de promoção da saúde (alínea h), conceber e desenvolver o programa de informação para a promoção da segurança e saúde no trabalho, promovendo a integração das medidas de prevenção nos sistemas de informação e comunicação da empresa (alínea l), e conceber e desenvolver o programa de formação para a promoção da segurança e saúde no trabalho (alínea m).

Prevê a Lei n.º 102/2009 (*cf.* artigos 100.º e 102.º, para as actividades de segurança no trabalho; e artigos 103.º e 104.º, para a as actividades de saúde no trabalho) que o Serviço de Saúde Ocupacional deve dispôr,

obrigatoriamente, de técnicos de segurança e higiene no trabalho, de médicos do trabalho e, quando o número de trabalhadores seja superior a 250, de enfermeiro do trabalho.

O técnico de segurança e higiene, deve assegurar a respectiva actividade «regularmente no próprio estabelecimento durante o tempo necessário» (artigo 101.º, n.º 1). O médico do trabalho deve «prestar actividade durante o número de horas necessário à realização dos actos médicos, de rotina ou de emergência e outros trabalhos que deva coordenar» (artigo 105.º, n.º 1).

O número de técnicos de segurança e higiene e o número de horas-médico do trabalho variam conforme se trate de um estabelecimento industrial ou de «restantes estabelecimentos» (artigo 101.º, n.º 2, alíneas a e b, para o caso dos técnicos de segurança e higiene no trabalho; artigo 105.º, n.º 2, alíneas a, b, e c, para o número de horas-médico do trabalho).

É esta a equipa mínima de profissionais que deve integrar legalmente o Serviço de Saúde Ocupacional. Ainda que a lei diga que as actividades de segurança e da saúde podem «ser organizadas separadamente» (artigo 74.º, n.º 4), esta possibilidade, tratando-se de um serviço interno, não deve prejudicar o funcionamento integrado, multidisciplinar e interprofissional da prevenção. Ou seja, não obstante, por razões de autonomia técnica, as actividades de segurança e de saúde devam ser organizadas separadamente, por razões de eficácia e de eficiência e por força da natureza multidisciplinar e interprofissional da sua actividade, ambas as actividades devem estar integradas na mesma estrutura orgânica (Serviço de Saúde Ocupacional) e ser coordenadas e geridas pelo mesmo responsável de serviço (Director do Serviço de Saúde Ocupacional).

A lei não prevê a obrigatoriedade de qualquer outro tipo de profissional para integrar o Serviço de Prevenção, nem obriga a qualquer outra certificação para além das duas referidas. Deve entender-se, por isso, que aquela dotação é apenas a que a lei considera como a garantia mínima de funcionamento do serviço de segurança e da saúde no trabalho. Tal facto, porém, não só não impede que outros profissionais venham a integrar o serviço, designadamente psicólogos ou ergonomistas, como também não exige que estes devam estar certificados para exercerem a respectiva profissão no âmbito de um serviço de segurança e de saúde no trabalho, ainda que devam reunir as necessárias competências e saberes científicos.

Defende-se aqui que a gestão preventiva de riscos psicossociais deverá ser sempre da responsabilidade legal do Serviço de Saúde Ocupacional e que este serviço deve integrar, além do técnico (ou técnicos) de segurança e higiene no trabalho, do médico do trabalho e, eventualmente, do enfermeiro do trabalho, um técnico especialista em prevenção de riscos psicossociais,

que deverá designar-se de *Psicólogo da Saúde Ocupacional*, para coordenar e realizar as actividades de prevenção de riscos psicossociais.

8.3. O Psicólogo da Saúde Ocupacional

Pretende-se clarificar aqui as razões pelas quais se pensa que deve ser um psicólogo a realizar e a coordenar a prevenção de riscos psicossociais; porque deve este psicólogo adoptar a designação de Psicólogo da Saúde Ocupacional; que competências profissionais deve ele ter e que actividades principais deve desempenhar enquanto elemento da equipa multiprofissional do Serviço de Saúde Ocupacional.

8.3.1. Certificação legal e competência para a prevenção de riscos psicossociais

A legislação de segurança e saúde no trabalho em Portugal, desde 1991, data da transposição para o direito interno da Directiva-Quadro, que exige a certificação técnica legal para o exercício de actividades técnicas relacionadas com as actividades de segurança e higiene no trabalho (técnico de segurança e higiene no trabalho) e de vigilância da saúde (médico do trabalho).

Com a certificação técnica pretende-se que determinadas actividades de prevenção só possam ser exercidas por quem detiver habilitações técnicas legalmente reconhecidas por organismo competente (*delimitação positiva de competências*), pelo que, *a contrariu sensu*, quem não tiver estas habilitações não poderá exercer aquelas actividades (*delimitação negativa*).

Quer as actividades técnicas de segurança e higiene no trabalho (artigo 100.º, n.º 1, da Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro), quer as actividades técnicas de vigilância da saúde (artigos 103.º, n.º 1 e 107.º, e a Circular Normativa n.º 7/DSO, de 27 de Maio de 2002, da Direcção-Geral da Saúde⁶³) só podem ser exercidas por técnicos legalmente certificados.

Qual é, porém, o âmbito da certificação do técnico de segurança e higiene no trabalho e do médico do trabalho? Abrange esta certificação a competência legal para a prevenção de riscos psicossociais? Estão o técnico de segurança e higiene e o médico do trabalho certificados ou habilitados tecnicamente a proceder à prevenção de riscos psicossociais? Se não estão, quem está ou deve estar?

⁶³ Esta Circular respeita às situações de autorização para o exercício de Medicina do Trabalho «no caso de insuficiência comprovada de médicos do trabalho qualificados nos termos referidos nos números anteriores» [designadamente do n.º 1 e 2 do, agora, artigo 103.º da Lei n.º 102/2009]». Estas situações, agora, «no prazo de quatro a contar da respectiva autorização, devem apresentar prova da obtenção de especialidade em medicina do trabalho, sob pena de lhes ser vedada a continuação do exercício das referidas funções» (artigo 103.º, n.º 3, da Lei n.º 102/2009).

No caso do técnico de segurança e higiene no trabalho, dizem Cabral e Roxo (2006, p. 106):

Deverá entender-se que a certificação aqui prevista [para o exercício de actividades técnicas de segurança no trabalho exigida nos termos do artigo 100.º, n.º 1 da Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro] se reporta apenas às actividades nucleares no domínio da segurança e higiene do trabalho, dado que as demais valências requeridas para a actividade preventiva (como, por exemplo, a ergonomia, a psicologia, a sociologia do trabalho) não são específicas da SHST [Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho].

Embora Cabral e Roxo (2006) não expliquem o que pretendem significar com o termo *nuclear* pensa-se que estão a referir-se apenas às actividades que a doutrina em geral comete à segurança no trabalho, que tem a ver com o conjunto de técnicas que têm por objectivo a prevenção de acidentes de trabalho e à higiene no trabalho, que tem a ver com o conjunto de técnicas que visam a prevenção das doenças profissionais, em particular as que têm origem em factores de risco físico, químico ou biológico (cf. Díaz, 1996; Puerta & Callejo, 1996) Dentro da intenção dos autores, do termo nuclear não faz parte, portanto, o conjunto de técnicas relacionado com a prevenção de riscos psicossociais.

No caso da medicina do trabalho a certificação abrange apenas as actividades de vigilância da saúde (artigo 107.º da Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro). A vigilância da saúde é assegurada, fundamentalmente, pela realização de exames de saúde, «tendo em vista verificar a aptidão física e psíquica do trabalhador para o exercício da actividade, bem como a repercussão desta e das condições em que é prestada na saúde do mesmo» (artigo 108.º, n.º 1 da citada lei).

Da leitura do articulado acabado de referir, pode concluir-se que: a) as actividades técnicas de prevenção de riscos psicossociais (sobretudo as actividades técnicas relacionadas com a avaliação de riscos psicossociais) não estão abrangidas nem no âmbito da certificação nem do Médico do Trabalho nem do técnico de segurança e higiene no trabalho; b) nenhum destes dois profissionais detém outras competências legalmente exclusivas que não sejam aquelas para as quais estão tecnicamente certificados; c) nenhum destes dois profissionais está obrigado a deter competências em matéria de prevenção de riscos psicossociais, mas tão só nas áreas da respectiva certificação: realização de exames de saúde, no caso do Médico do Trabalho; prevenção de riscos físicos, químicos e biológicos, no caso do Técnico de Segurança e Higiene no Trabalho.

Mais poderá dizer-se que, no âmbito da respectiva formação, nenhum destes dois profissionais adquire competências e saberes técnicos suficientes para fazer a prevenção de riscos psicossociais. Da lei de certificação do técnico de segurança e higiene no trabalho (*e.g.*, artigo 12.º, n.º 3, do Decreto-lei n.º 110/2000, de 30 de Junho) apenas consta, para efeitos de homologação de cursos de formação, quer de técnico superior de segurança e higiene do trabalho (nível 5) quer de técnicos (nível 3), a obrigatoriedade de inclusão, «nos conteúdos fundamentais», de um módulo de psicossociologia do trabalho. No caso da formação técnica especializada em medicina do trabalho, a ausência de qualquer formação específica em matéria de prevenção de riscos psicossociais é ainda mais notória. A título de exemplo, para corroborar esta afirmação, pode referir-se que o Plano de Estudos do 50.º Curso de Especialização em Medicina do Trabalho 2009-2011⁶⁴, da Escola Nacional de Saúde Pública, apesar de ser o curso de Medicina do Trabalho mais antigo e o mais prestigiado do país, não prevê uma única disciplina relacionada com os aspectos psicossociais no trabalho ou faz qualquer referência a esta matéria.

Em síntese, pode concluir-se que, cabendo ao Serviço de Saúde Ocupacional a responsabilidade legal pela prevenção de riscos psicossociais, não estando, nem o Técnico de Segurança e Higiene no Trabalho, nem o Médico do Trabalho, certificados tecnicamente para a realização de actividades técnicas de prevenção de riscos psicossociais, nem possuindo qualquer formação específica neste domínio, se impõe a formação (e eventual certificação), e a presença no Serviço de Saúde Ocupacional, de um novo profissional de saúde ocupacional a quem deverá ser conferida a designação, e o título, de especialista em prevenção de riscos psicossociais no trabalho, ou Psicólogo da Saúde Ocupacional.

8.3.2. O Psicólogo da Saúde Ocupacional: uma nova profissão

Diversos autores, a propósito da emergência dos riscos psicossociais com o advento da Sociedade Pós-Industrial, e da previsão que fazem de que este tipo de riscos irá continuar a aumentar cada vez mais no futuro (Barling & Griffiths, 2003; Chen, DeArmond & Huang, 2007; Peiró, Prieto & Roe, 1996a; Quick & Tetrick 2003; Rantanen, 1995; Sauter *et al.*, 1999), têm vindo a dar conta, em termos gerais, do aparecimento de uma nova disciplina na área da Saúde Ocupacional, cuja necessidade defendem e pretendem desenvolver, a qual tem vindo a ser designada de *Psicologia da Saúde Ocupacional*.

⁶⁴ Conferir em <http://www.ensp.unl.pt/ensino/especializacoes/medicina-do-trabalho/2009-2011/plano-de-estudos>.

A designação *Psicologia da Saúde Ocupacional* foi utilizada, pela primeira vez, segundo Chen, DeArmond e Huang, (2007), em 1990, por Raymond, Wood e Patrick na *American Psychologist* (revista oficial da APA, *American Psychological Association*). Para estes autores, citando a Sociedade de Psicologia da Saúde Ocupacional, a Psicologia da Saúde Ocupacional «é uma especialidade interdisciplinar que combina as ciências psicológicas e da saúde ocupacional» (*id.*, *ibid.*, p. 4). Segundo o *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) e a *American Psychological Association* (APA), a Psicologia da Saúde Ocupacional é o ramo da psicologia que visa promover a qualidade de vida no trabalho, e proteger e promover a segurança, a saúde e o bem-estar dos trabalhadores (NIOSH, 1996)⁶⁵. Para Sauter *et al.* (1999), a Psicologia da Saúde Ocupacional é a aplicação dos princípios da psicologia à prevenção dos acidentes de trabalho e doenças profissionais. Para o Instituto do Trabalho, Saúde & Organizações, da Universidade de Nottingham (Reino Unido) e para a *European Academy of Occupational Health Psychology* (Academia Europeia de Psicologia da Saúde Ocupacional)⁶⁶, a Psicologia da Saúde Ocupacional é:

A aplicação da psicologia à segurança e à saúde ocupacional ou seja a aplicação dos princípios e das práticas da psicologia aplicada aos aspectos da saúde ocupacional, com o objectivo de aumentar a compreensão dos aspectos psicológicos, sociais e organizacionais da relação dinâmica entre o trabalho e a saúde. A Psicologia da Saúde Ocupacional visa promover ambientes de trabalho saudáveis, que incluam pessoas saudáveis e interações saudáveis entre o trabalho e a família/ambientes fora do trabalho. Onde isto não exista, a Psicologia da Saúde Ocupacional concebe e implementa intervenções preventivas e terapêuticas, que visem esse objectivo.

Não obstante a existência desta nova disciplina e o rápido desenvolvimento que a mesma tem vindo a ter, quer em termos de referências na literatura científica (*e.g.*, Barling & Griffith, 2003; Chen, DeArmond & Huang, 2007; Llorens, Salanova & Martínez, 2007; Quick & Tetrick, 2003; Salanova, 2009; Sauter *et al.*, 1999; Schabracq *et al.*; 2001) quer no aparecimento e na actividade de organizações internacionais especializadas em Psicologia da Saúde Ocupacional, designadamente a *European Academy of Occupational Health Psychology* (EAOHP), criada em 1997, e a *Society for Occupational Health Psychology* (SOHP), criada nos EUA,

⁶⁵ Ver em: www.cdc.gov/niosh/topics/stress/ohp/ohp.html.

⁶⁶ Ver em: <http://eaohp.org/education.aspx>.

em 2004, não existe, formalmente, em nenhuma Estado-Membro da União Europeia, ainda, o título de «especialista em Psicologia da Saúde Ocupacional». Alguns Estados-Membros (Bélgica, Países Baixos e Espanha), e, especialmente, inúmeras Universidades, quer na União Europeia, quer nos Estados Unidos da América (EUA)⁶⁷, parecem estar já apostados, quer em termos da definição do perfil habilitacional e funcional, quer em termos de formação, em criar um novo profissional de saúde ocupacional, especialista em prevenção de riscos psicossociais no trabalho.

Na Bélgica, a partir do Decreto-real *relativo à prevenção da carga psicossocial ocasionada pelo trabalho*, de 2007⁶⁸, a prevenção de riscos psicossociais passou a ser da competência de um «conselheiro de prevenção» com formação especializada nos aspectos psicossociais do trabalho, nomeadamente, no domínio do trabalho e da organização, da violência e do assédio moral e sexual. Segundo o Decreto, este conselheiro em prevenção psicossocial deve possuir uma formação que reúna as três condições seguintes: a *primeira* condição é a de ser portador de um diploma de fim de estudos universitários ou um diploma de fim de estudos de ensino superior de nível universitário cujo curso compreenda uma parte importante de psicologia e de sociologia e além disso uma primeira especialização nos domínios do trabalho e da organização; a *segunda* condição é a de ter terminado com sucesso uma formação multidisciplinar de base e um módulo de especialização nos aspectos psicossociais do trabalho. A formação multidisciplinar de base corresponde a uma formação mínima de 120 horas, repartidas ao longo de um ano. O módulo de especialização em aspectos psicossociais do trabalho compreende um mínimo de 280 horas, repartidas ao longo de um ou dois anos; e, a *terceira* condição é a de fazer prova de possuir uma experiência de cinco anos no domínio dos aspectos psicossociais do trabalho. Esta experiência pode ser adquirida sob a orientação de um conselheiro especialista em prevenção psicossocial. O conselheiro em prevenção psicossocial tem as seguintes competências: participar nas avaliações de risco; dar pareceres sobre o plano global de prevenção; participar na implementação das medidas de prevenção; executar visitas frequentes aos locais de trabalho por sua iniciativa, a pedido do empregador, dos trabalhadores ou dos seus representantes; examinar os postos de trabalho por sua iniciativa, a pedido

⁶⁷ Conferir sobre a formação pós-graduada em Psicologia da Saúde Ocupacional nos EUA e na Universidade de Nottingham (Reino Unido) em <http://sohp.psy.uconn.edu/grad.htm> (Sociedade de Psicologia da Saúde Ocupacional). Conferir também em <http://eaohp.org/education.aspx> (Academia Europeia de Psicologia da Saúde Ocupacional).

⁶⁸ Decreto real de 10 de Maio de 2007 relativo à prevenção da carga psicossocial ocasionada pelo trabalho nomeadamente da violência, o assédio moral ou sexual no trabalho (DGHT, 2007).

dos trabalhadores ou dos seus representantes; examinar os incidentes e realizar as investigações que julgar pertinentes para melhorar a prevenção; dar pareceres sobre o acolhimento, o acompanhamento, a informação e a formação dos trabalhadores; estar à disposição das pessoas na empresa para qualquer questão relacionada com a aplicação da legislação. A estas tarefas gerais junta um conjunto de tarefas particulares relativas à prevenção da violência e do assédio moral como, por exemplo, participar na elaboração de procedimentos a seguir em caso de violência ou de assédio moral, receber queixas fundamentadas, ouvir as testemunhas, examinar as queixas fundamentadas e propor ao empregador as medidas adequadas, organizar e manter actualizado um dossier individual de queixas. No desempenho das suas funções, o conselheiro em prevenção psicossocial goza de protecção particular: o empregador não pode fazer cessar o seu contrato, nem extinguir o seu lugar [tratando-se de funcionário público]. O conselheiro em prevenção psicossocial está sujeito ao segredo profissional de que só pode desligar-se se for chamado a depor como testemunha em tribunal (DGHT, 2007, pp. 32).

Nos Países Baixos, foi criada uma nova profissão, a de Especialista em Trabalho e Organização (TWO) para integrar os Serviços de Saúde Ocupacional onde desempenha quatro missões essenciais: (1) dá pareceres organizacionais e recomenda medidas; (2) avalia os riscos psicossociais; (3) implementa medidas de redução do stress e do absentismo por doença; (4) assegura a coordenação e a integração destas medidas – é o pivot entre a empresa e a equipa de Saúde Ocupacional. A formação deste especialista é feita a nível de pós-graduação em estabelecimentos de ensino certificados pelo Ministério dos Assuntos Sociais e do Emprego (Schaufeli & Kompier, 2001).

Em Espanha, foi criada, pelo Regulamento dos Serviços de Prevenção⁶⁹, a figura do especialista em Ergonomia e Psicossociologia Aplicada. Segundo este Regulamento, os Serviços de Prevenção deverão dispor, dentro dos recursos mínimos obrigatórios, de um especialista em Ergonomia e Psicossociologia Aplicada. O Regulamento, no seu Apêndice VI, estabelece o conteúdo mínimo do programa de formação para o desempenho de funções superiores, na especialização (optativa) de Ergonomia e Psicossociologia Aplicada. Para a obtenção desta especialização, deverá acreditar-se uma formação mínima de 100 horas, prioritariamente com aprofundamento nos temas contidos no apartado 2.4. da parte comum da formação, ou seja: Ergonomia e psicossociologia aplicada; Ergonomia: conceitos e objectivos; condições ambientais em Ergonomia; concepção e desenho do posto de trabalho; carga física de

⁶⁹ Decreto Real n.º 39, de 17 de Janeiro de 1997.

trabalho; carga mental de trabalho; factores de natureza psicossocial; estrutura da organização; características da empresa, do posto de trabalho de trabalho e individuais; stresse e outros problemas psicossociais; consequências dos factores psicossociais nocivos e sua avaliação; intervenção psicossocial.

Estes três exemplos são elucidativos quanto ao facto de, apesar de haver já um grande consenso quanto à designação à volta da expressão Psicologia da Saúde Ocupacional para designar esta nova área de conhecimentos especializados da saúde ocupacional, este mesmo consenso ainda não ter ainda expressão legal em nenhum Estado-Membro da União Europeia quanto à designação a dar ao especialista em prevenção de riscos psicossociais, mesmo nos casos em que este técnico já existe (Bélgica, Países Baixos e Espanha). Eventual intuito no sentido de saber da possibilidade de atribuir o título de especialista em Psicologia da Saúde Ocupacional terá estado na origem do contacto efectuado pela Universidade de Nottingham junto da Sociedade Britânica de Psicologia aquando da criação, em 1996, do primeiro curso de Mestrado em Psicologia da Saúde Ocupacional na Europa⁷⁰. De acordo com o teor da carta pública⁷¹ de resposta do Presidente da Sociedade Britânica de Psicologia, Graham Powell, dirigida ao Professor Tom Cox, daquela Universidade, pode inferir-se que, para a Sociedade Britânica de Psicologia, embora fosse aceite não haver impedimento «em qualquer universidade poder oferecer cursos de psicologia da saúde ocupacional», a «Sociedade não [só não tinha] quaisquer planos de registar o título “psicologia ocupacional e da saúde», como entendia que não seria apropriado combinar qualquer dos dois títulos registados na Sociedade [o de «psicólogo ocupacional» e o de «psicólogo da saúde»], por exemplo, «psicólogo ocupacional e da saúde».

70 Conferir em: <http://pgstudy.nottingham.ac.uk/School/Courses/Overview.aspx?id=25&print=y>.

71 Carta de 25 de Abril de 2005, publicada no site da European Academy of Occupational Health Psychology (www.ea-ohp.org), cujo teor se transcreve (a tradução, livre, foi efectuada pelo autor do presente trabalho): «A Sociedade não tem quaisquer planos de registar o título “psicologia ocupacional e da saúde” e na verdade isso seria inapropriado. O único título que a Sociedade Britânica de Psicologia tem registado é o de «psicólogo» (chartered psychologist) e os vários adjectivos a este título associados, como o de “psicólogo ocupacional” (chartered occupational psychologist) ou o de “psicólogo da saúde”(chartered health psychologist). Não é apropriado combinar qualquer destes títulos, por exemplo, “psicólogo ocupacional e da saúde” (chartered occupational and health psychologist”. Pelo contrário, qualquer membro qualificado para utilizar cada um dos títulos, teria necessidade de o fazer separadamente. Além disso, se os psicólogos aplicados vierem a estar protegidos no âmbito do HPC (Health Professions Council), como propõe o governo, não está prevista a protecção de qualquer título com a designação de “psicologia”. Todos os títulos protegidos referem-se a pessoas, por exemplo, “psicólogo ocupacional”. Portanto, não há problema com alguma universidade em oferecer cursos de psicologia da saúde ocupacional».

Em conclusão, pode dizer-se que, apesar do consenso criado à volta da expressão «Psicologia da Saúde Ocupacional» para designar esta nova área de conhecimentos da Psicologia, não existe, ainda, nem nos EUA nem na UE, o título ou a especialidade de «Psicólogo da Saúde Ocupacional».

Recentemente, foi criada em Portugal a Ordem dos Psicólogos.⁷² Nos termos deste diploma, podem vir a ser criadas, no âmbito da Ordem, especialidades «sempre que determinada matéria seja considerada como tendo características técnicas e científicas particulares, cuja importância implique uma especialização de conhecimento ou prática profissional» (artigo 46.º, n.º1). Pode vir a ser criado, igualmente, nos termos do artigo 49.º, n.º 1, o título de psicólogo especialista «no domínio do respectivo exercício profissional de psicologia» que esteja na origem da criação do colégio de especialidade. O momento constitui, por isso, uma boa oportunidade para os psicólogos portugueses se tornarem pioneiros, na União Europeia, na criação do título de «especialista em Psicologia da Saúde Ocupacional», em coerência e em consonância com o consenso que já existe à volta desta designação como área nova da Psicologia.

Em todos os hospitais, integrado no respectivo serviço interno de prevenção (Serviço de Saúde Ocupacional) deve existir, pelo menos, um Psicólogo da Saúde Ocupacional. Deve ser considerado Psicólogo da Saúde Ocupacional o licenciado em psicologia que, além de outros requisitos que vierem a ser fixados pela Ordem dos Psicólogos, e, eventualmente, pelo «organismo competente para a promoção da segurança e da saúde no trabalho do ministério competente para a área laboral» (artigo 100.º, n.º1 da Lei n.º 102/2009) fôr detentor de formação pós-graduada em Psicologia da Saúde Ocupacional reconhecida pelo Ministério da Educação.

8.3.3. A especialização em Psicologia da Saúde Ocupacional

A especialização, e o exercício de actividades, em Psicologia da Saúde Ocupacional requer um conjunto de conhecimentos, gerais e específicos, e de práticas profissionais.

8.3.3.1. Conhecimentos gerais

A nível de conhecimentos gerais, o Psicólogo da Saúde Ocupacional deve ter conhecimentos nomeadamente, nos seguintes domínios: 1) Deve saber identificar os principais aspectos, económicos, sociais, culturais, de organização e de conteúdo do trabalho, susceptíveis de poderem influenciar os aspectos psicossociais do trabalho e a segurança e a saúde do trabalhador; 2) Deve saber identificar e definir os principais aspectos

⁷² Lei n.º 57/2008, de 4 de Setembro (Diário da República, 1.ª Série, N.º 171, de 4 de Setembro de 2008).

psicossociais do trabalho, positivos e negativos, e conhecer as evidências científicas que levem a potenciar os efeitos positivos (promoção da saúde) e a reduzir ou eliminar os efeitos negativos (prevenção de riscos); 3) Deve conhecer o quadro normativo legal que enforma a actividade da saúde ocupacional e a prevenção de riscos psicossociais no trabalho, designadamente: a) as normas e a acção dos organismos internacionais com responsabilidades em matéria de saúde ocupacional e prevenção de riscos, em especial no que se refere ao direito à saúde mental no trabalho e à prevenção de riscos psicossociais no trabalho (*e.g.*, da Organização Internacional do Trabalho, da Organização Mundial da Saúde, da União Europeia, e dentro desta, da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho e da Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho e, bem ainda, do Conselho da Europa); b) as normas nacionais e as acções desenvolvidas pelas autoridades nacionais responsáveis pela prevenção de riscos psicossociais (Autoridade para as Condições de Trabalho e Direcção-Geral da Saúde) e pelos principais parceiros sociais (*e.g.*, da CGTP-IN, UGT, CIP e CCP); 3) Deve ter conhecimentos de organização e gestão de empresas e do trabalho, e dos principais aspectos da Gestão de Recursos Humanos; 4) Deve conhecer a organização da prevenção de riscos ocupacionais nas empresas, o modo de funcionamento inter e multidisciplinar da saúde ocupacional, quais as atribuições e o papel de cada uma das disciplinas da saúde ocupacional e a sua interrelação funcional. É especialmente importante, o conhecimento sobre o modo de articulação entre a Psicologia da Saúde Ocupacional e a Segurança e Higiene no Trabalho, no âmbito da prevenção primária de riscos psicossociais no trabalho, e entre a Psicologia da Saúde Ocupacional e a Medicina do Trabalho, no âmbito da prevenção secundária e terciária de riscos psicossociais.

8.3.3.2. Conhecimentos específicos

O que deve distinguir o Psicólogo da Saúde Ocupacional dos demais profissionais da equipa de saúde ocupacional é a natureza específica dos seus conhecimentos e a pertinência dos seus conhecimentos para saber identificar e avaliar riscos, os riscos psicossociais, que mais nenhum profissional é capaz de identificar e avaliar e, tão ou mais importante do que isto, ter conhecimentos e competências específicas que lhe permitam, a ele e só a ele, reduzir ou eliminar riscos psicossociais, como o stress ocupacional, o assédio moral e sexual, a violência no trabalho, a síndrome de *burnout*, os aspectos cognitivos e emocionais do trabalho, etc.

Neste sentido, o Psicólogo da Saúde Ocupacional deve ter formação específica, de nível pós-graduado, nomeadamente, nas seguintes áreas (*cf.* Houdmout, Leka & Bulger, 2008; Kang; Staniford, Dollar & Kompier,

2008; Sauter *et al.*, 1999; Schaufelli, 2004): 1) Formação de base em Psicologia nas disciplinas de: Psicossociologia do Trabalho/das Organizações; Teorias do Stresse Ocupacional (Teorias Interaccionais, Transaccionais, Teoria da Conservação de Recursos de Hobfoll, Tecnostresse); Psico-ergonomia/Ergonomia Cognitiva; Psicologia Social do Ambiente; Psicologia Social Cognitiva; Psicologia Positiva/Organizações Positivas; Inteligência Emocional e Inteligência Social; 2) Formação em metodologias de gestão preventiva de riscos psicossociais, com domínio, teórico e prático, do processo de gestão preventiva, dos métodos e técnicas de avaliação e controlo e do tipo de medidas de intervenção a realizar: a) Deve saber caracterizar a natureza intrínseca do risco psicossocial e o que caracteriza e distingue cada risco psicossocial entre si bem como os aspectos específicos da sua prevenção (da prevenção geral do risco psicossocial e da prevenção específica de cada risco psicossocial); b) Deve conhecer a teoria geral da prevenção de riscos psicossociais e estar atento aos contributos teóricos recentes, do domínio da Psicologia ou de outras áreas, para aquela teoria; 6) Deve conhecer as principais metodologias de gestão preventiva de riscos psicossociais existentes, especialmente as criadas na União Europeia a partir da entrada em vigor da Directiva-Quadro; 6) Deve saber identificar os principais aspectos de um sistema de gestão preventiva de riscos psicossociais a integrar no sistema geral de prevenção de riscos e no sistema global de gestão da empresa; 7) Deve conhecer e saber lidar, por fim, com os diferentes métodos e técnicas aplicáveis à gestão preventiva de riscos psicossociais (especialmente, na fase de avaliação e controlo de riscos) e bem ainda com o conjunto de medidas preventivas aplicáveis a cada situação de risco em concreto.

8.3.4. Actividades principais do Psicólogo da Saúde Ocupacional

8.3.4.1. Conteúdo funcional genérico

O Psicólogo da Saúde Ocupacional deve actuar, genericamente, numa dupla vertente, em conformidade, nomeadamente, com a Declaração do Luxemburgo sobre a Promoção da Saúde no Trabalho, de 1997⁷³: na vertente da prevenção de riscos e na vertente da promoção da saúde.

Prevenção de riscos. Nesta vertente, o Psicólogo da Saúde Ocupacional deve actuar aos três diferentes níveis da prevenção: prioritariamente, a nível da *prevenção primária* (actuando, na origem, sobre os factores de risco, quer sejam inerentes ao ambiente de trabalho, quer sejam inerentes ao trabalhador); a nível da *prevenção secundária* (actuando sobre o

73 Ver em: www.dgs.pt/ (Promoção da Saúde> Saúde Ocupacional> Documentos de Referência> Declaração do Luxemburgo).

trabalhador, no sentido de minimizar os danos psicológicos que não foi possível evitar, evitando que eles se agravem) e a nível da prevenção terciária (actuando sobre o trabalhador, no sentido de reduzir a incapacidade e promover a sua reintegração).

Promoção da Saúde. Nesta vertente, o Psicólogo da Saúde Ocupacional deve actuar no sentido de:

[...] permitir aos indivíduos gerir e melhorar a sua saúde Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida. A saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar (Definição de Promoção da Saúde da Carta de Ottawa, de 1986)⁷⁴.

8.3.4.2. Conteúdo funcional específico

As actividades principais que o Psicólogo da Saúde Ocupacional deve realizar no âmbito da prevenção de riscos psicossociais, enquanto membro de um Serviço de Saúde Ocupacional de natureza interprofissional e multidisciplinar, são as seguintes:

- a) Em sede de *exames de saúde e da vigilância da saúde*: deve colaborar com a Medicina do Trabalho, a pedido desta, na avaliação da «aptidão psíquica» do trabalhador para a função ou posto de trabalho, quer na admissão quer no âmbito de exames periódicos ou ocasionais;
- b) Em sede de actuação específica de prevenção de riscos: deve coordenar, juntamente com o Técnico Superior de Segurança e Higiene no Trabalho, as avaliações gerais de risco pela técnica de *brainstorming* e realizar as avaliações de risco psicossocial. Na coordenação das avaliações gerais de risco, em articulação com os Gestores de Risco Local, deve dinamizar a realização de *brainstormings*; receber, tratar e trabalhar toda a informação recebida com a finalidade de determinar as acções a empreender, com respeito, neste âmbito, pelo princípio da participação e do envolvimento dos interessados em todo o processo de gestão preventiva e pelo princípio da autodeterminação (neste caso, em tudo o que não resulte de imposições legais ou normas de carácter obrigatório). Na realização de avaliações de

74 Ver, igualmente, em: www.dgs.pt (Promoção da Saúde> Documentos de Referência> Carta de Ottawa).

risco psicossocial, cabe ao Psicólogo da Saúde Ocupacional aplicar directamente os inquéritos por questionário de avaliação de riscos psicossociais (questionários gerais ou específicos); tratar a informação e produzir os planos de acção; decidir das acções a implementar e definir as necessárias estratégias de redução e controlo de riscos. O Psicólogo da Saúde Ocupacional deve complementar as avaliações de risco psicossocial feitas com recurso a questionários com a utilização, quando necessário, de *check-lists* (listas de verificação), observação directa, entrevistas individuais e colectivas e auditorias e inspecções, segundo uma estratégia de triangulação de fontes de informação e de níveis diversos de participação.

c) Em sede de *informação e de formação*: deve identificar as necessidades e as estratégias de informação e de formação destinadas a criar e a desenvolver uma cultura geral de prevenção de riscos psicossociais, actuando numa perspectiva, preferencialmente colectiva, sem desprezar, contudo, as intervenções informativas e formativas de natureza individual, sempre que estas forem consideradas mais adequadas.

d) Em sede de *recursos* (entendidos no sentido que lhe é dado por Hobfoll⁷⁵): identificar os recursos principais que, numa perspectiva, prioritariamente, colectiva, ou individual, sejam considerados necessários conservar ou desenvolver para prevenir o aparecimento de situações de risco psicossocial, reforçar o sentimento de auto-eficácia e a resiliência dos indivíduos (Llorens *et al.*, 2007; Salanova, 2003; Salanova, Grau & Martínez, 2005; Salanova, Bresó & Schaufelli, 2005; Martínez & Salanova, 2006).

e) No âmbito da *Promoção da Saúde*: a) Fazer o levantamento de necessidades e expectativas em saúde no sentido de desenvolver programa, projectos ou acções de saúde no trabalho;⁷⁶ b) Identificar os factores positivos no trabalho que sejam necessários manter ou desenvolver numa perspectiva de aumentar a motivação, a satisfação no trabalho e a qualidade de vida e o bem-estar no trabalho⁷⁷.

75 Conferir Hobfoll (1989; 1998).

76 Poderá utilizar-se, para o efeito, o Questionário de Levantamento de Necessidades e Expectativas em Saúde no Local de Trabalho, da autoria do Professor Luís Graça, da Escola Nacional de Saúde Pública (Lisboa).

77 O único questionário de avaliação de riscos psicossociais conhecido até à data que permite identificar em simultâneo os factores de risco e factores positivos do trabalho e a necessidade de recursos de formação é o Questionário RED-WONT, da Professora Marisa Salanova Soria, da Universidade Jaume I (conferir.

www.wont.uji.es/wont/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=6&Itemid=53). Neste site pode aceder-se ao questionário, preenche-lo e receber-se de imediato o respectivo feedback.

8.3.5. Integração na equipa de saúde ocupacional

A saúde ocupacional é, por natureza, uma actividade interprofissional e multidisciplinar, que requer a cooperação entre todos os profissionais envolvidos e o trabalho em equipa (ICOH, 2002). Tal como deve suceder com os demais elementos da equipa de saúde ocupacional, também a actuação do Psicólogo da Saúde Ocupacional deve basear-se em alguns princípios e regras de cooperação: com a Medicina do Trabalho, colaborando, por iniciativa desta, nas actividades de vigilância da saúde e, por sua iniciativa, programando actuações conjuntas no âmbito da promoção da saúde; com a Segurança e Higiene no Trabalho, procurando actuar conjuntamente: a) no âmbito do sistema integrado de recolha de informação de riscos; b) na realização de *brainstormings* de avaliação geral de riscos; c) no desenvolvimento das acções a realizar neste primeiro nível de intervenção através do Gestor de Risco Local; d) na identificação e intervenção conjunta em projectos que envolvam, obrigatoriamente, as duas áreas, como sucederá, em regra, nos projectos de intervenção psico-ergonómica (de intervenção na interface do trabalhador com o seu posto de trabalho imediatamente circundante) ou psico-físico-ambientais (intervenção na interface do trabalhador com o seu ambiente de trabalho num sentido mais lato, mas em que apenas são considerados os aspectos de natureza psicofísica, e não necessariamente os aspectos psicossociais); na elaboração de uma estratégia conjunta de informação e de formação geral em gestão de risco e, por último, na elaboração do plano geral de riscos do hospital.

O Psicólogo da Saúde Ocupacional deve procurar ainda estabelecer protocolos de colaboração com as especialidades de Psicologia Clínica e de Psiquiatria para apoio e realização de algumas actividades, em especial, no âmbito da prevenção secundária e, sobretudo, da prevenção terciária de riscos psicossociais. Esta tarefa é facilitada em grande parte dos hospitais, onde estas duas especialidades por norma existem.

8.4. Unidades estruturais de gestão preventiva

Um quarto aspecto a considerar num sistema de gestão preventiva de riscos psicossociais em meio hospitalar prende-se com a definição das *unidades estruturais* de risco (Peiró, 2005), ou seja com a definição do âmbito da estrutura organizacional, ou área de risco, a avaliar e a controlar.

A gestão preventiva de riscos em hospitais pode ser feita por *posto de trabalho*, por *unidade de trabalho* ou por *serviço*. Por *posto de trabalho* «entende-se, geralmente, de maneira restritiva, o local e as condições (ruído, calor, dimensões, espaços...) nas quais um trabalhador é afectado a uma tarefa estereotipada» (Malchair, 2007). O posto de trabalho pode

constituir a unidade mais simples de avaliação de riscos. Dividir um hospital em postos de trabalho, não é, porém, tarefa fácil, pela complexidade e pela grandeza organizacional que caracterizam, em geral, os hospitais; pela natureza específica do trabalho hospitalar, que requer inúmeras interações, quer físicas, quer sociais; pelo elevado número e pela diversidade de postos de trabalho; e, na maior parte das vezes, pelo elevado número de pessoas que trabalham em cada posto de trabalho, em simultâneo ou rotativamente (caso do trabalho por turnos, diurnos ou nocturnos).

A noção de posto de trabalho, vista como uma unidade isolada, inteiramente determinada pelas suas características materiais (as máquinas, as ferramentas, os materiais, etc.), pelas tarefas prescritas (os objectivos quantitativos e qualitativos, os métodos, os constrangimentos temporais, etc.) e pelo seu enquadramento na organização social (nível de qualificação do trabalhador, tipos de controlo e de remuneração, etc.) (Montmollin, 1990), fora do contexto do trabalho industrial, é uma noção ultrapassada, diz Malchair (2007). A noção de posto de trabalho, que é totalmente operativa para a avaliação de riscos em postos de trabalho industriais ou de natureza industrial (também os há nos hospitais), é menos operativa para efectuar a avaliação de riscos no sector dos serviços e muito pouco ou nada operativa para a avaliação de riscos nos serviços de saúde e, particularmente, no sector hospitalar. A prestação de serviços constitui a natureza principal do trabalho em meio hospitalar. Em regra, o trabalho hospitalar não se organiza segundo a lógica de postos de trabalho como unidades isoladas, facilmente identificáveis e delimitáveis, nos termos acima referidos por Montmollin, mas sim como um conjunto de postos de trabalho, da mesma natureza ou de diferente natureza, interrelacionados, actuando em simultâneo, interagindo e influenciando-se mutuamente, ou como um conjunto de pessoas actuando em simultâneo no mesmo posto. Daí a proposta de substituição da noção de posto de trabalho, que é feita por alguns autores, por uma outra noção: ou pela noção de «situação de trabalho», ou pela noção de «unidade de trabalho». Malchair (*op.cit.*, p. 3) prefere a noção de “*situação*” de trabalho que ele caracteriza como um conjunto de postos de trabalho em que os trabalhadores interagem uns com os outros; Merciéca e Bernon, (2006) e a ANACT (2001), por sua vez, optam pela noção de *unidade de trabalho*. Segundo os primeiros, a noção de unidade de trabalho está inscrita no Decreto n.º 2001-1016 de 5 de Novembro de 2001, que veio criar o documento único de avaliação de riscos tornado obrigatório para as empresas francesas pelo Código do Trabalho⁷⁸. Por unidade de trabalho, dizem os autores, deve entender-se

⁷⁸ O documento único relativo à avaliação de riscos para a saúde e a segurança dos trabalhadores foi criado pelo Decreto acima referenciado conforme previsto no artigo L 230-2 do Código do Trabalho francês.

«um reagrupamento de situações de trabalho que são similares do ponto de vista do trabalho realizado e das diversas exposições aos riscos que lhes estão ligados». Por sua vez, para a ANACT (2001, p. 14), as *unidades de trabalho* «são os agrupamentos (geográficos, por profissão, por posto, por actividade) feitos na empresa com base em “contextos homogêneos de exposição” utilizados para circunscrever a avaliação de riscos (...)». Segundo o INRS (2004, p. 10), na esteira da definição da Circular n.º 6 DRT, de 18 de Abril de 2002 (DHOS, 2004), uma unidade de trabalho pode corresponder a «um ou mais postos de trabalho ocupados pelos trabalhadores ou situações de trabalho que apresentam as mesmas características»⁷⁹.

Se as avaliações de riscos por posto de trabalho apresentam as dificuldades indicadas na generalidade das avaliações efectuadas em hospitais, as dificuldades aumentam tratando-se de avaliações de riscos psicossociais. No caso de avaliações de riscos psicossociais, àquelas dificuldades acrescem as dificuldades relacionadas com a confidencialidade dos dados em postos de trabalho com uma ou com poucas pessoas, e, bem ainda, com as dificuldades inerentes à identificação dos factores de risco, porquanto os riscos psicossociais, em regra, não têm origem apenas num posto de trabalho, enquanto unidade isolada, mas nas várias interações sociais que existem dentro do mesmo posto ou entre vários postos de trabalho.

A avaliação por posto de trabalho não parece ser, por isso, a melhor estratégia para a avaliação de riscos psicossociais em hospitais. Além de que, a avaliação de riscos por postos de trabalho seria mais morosa, mais cara e pouco operativa ao nível das avaliações pela técnica de *brainstorming*. A avaliação de riscos deverá, assim, ser feita com base em outras estratégias de avaliação: avaliações por serviço ou por unidade de trabalho, entendendo-se, por unidade de trabalho, aqui, fundamentalmente,

⁷⁹ Para a Agence National pour l'Amélioration des Conditions de Travail (2001, p. 14), «a noção de unidade de trabalho deve ser entendida num sentido amplo a fim de abranger situações muito diversas de organização do trabalho. O seu campo deve estender-se de um posto de trabalho a vários postos de trabalho ocupados pelos trabalhadores ou a situações de trabalho que apresentem as mesmas características». As unidades de trabalho, segundo o Institut National de Recherche et Sécurité (INRS, 2004, p.10), podem ser determinadas segundo três tipos de critérios: a) um critério geográfico (uma comunidade de trabalhadores situado geograficamente no mesmo local de trabalho); b) um critério profissional (reagrupamento dos trabalhadores por actividade profissional) ou por posto de trabalho (no caso de riscos psicossociais quando existam, pelo menos, vários «postos de trabalho ocupados pelos trabalhadores ou situações de trabalho que apresentam as mesmas características»; c) pelo grau de autonomia (uma comunidade de trabalhadores exercendo de maneira independente as suas actividades com os seus recursos e as suas necessidades próprias). Para a Agence National pour l'Amélioration des Conditions de Travail (2001, p. 14), «a noção de unidade de trabalho deve ser entendida num sentido amplo a fim de abranger situações muito diversas de organização do trabalho. O seu campo deve estender-se de um posto de trabalho a vários postos de trabalho ocupados pelos trabalhadores ou a situações de trabalho que apresentem as mesmas características».

ou uma comunidade de trabalhadores pertencentes a vários grupos profissionais que ocupam postos de trabalho no contexto de uma mesma situação de trabalho, ou uma comunidade de trabalhadores pertencentes ao mesmo grupo profissional que ocupam o mesmo posto de trabalho, ou vários postos de trabalho que apresentam as mesmas características.

Segundo a lei de gestão hospitalar, de 2002⁸⁰, e segundo os estatutos dos hospitais E.P.E., de 2005⁸¹, a organização por serviços é, e pensa-se que continuará a ser ainda por mais algum tempo, apesar de algumas experiências organizacionais inovadoras, a forma de organização básica dominante nos hospitais. Tem, portanto, toda a lógica, numa perspectiva organizacional e de gestão, que as avaliações de risco psicossocial se façam, também, como regra geral, por serviços e, dentro destes, se possível, por unidades de trabalho. A avaliação por serviços deve ser feita considerando todos os grupos profissionais que trabalham no serviço e as condições gerais de trabalho do serviço no seu todo. A avaliação por unidade de trabalho apenas deve ser feita na sequência de uma avaliação técnica geral de riscos psicossociais efectuada, primeiro, *por* serviço, ou quando o Psicólogo de Saúde Ocupacional visar objectivos específicos de avaliação de riscos psicossociais.

8.5. Metodologia de gestão preventiva em meio hospitalar

Segundo Kompier e Kristensen (2001), o grande desafio hoje, na União Europeia, em que a prevenção de riscos psicossociais no trabalho é legalmente obrigatória, está em «transformar toda a literatura existente sobre o stress ocupacional [riscos psicossociais] em prevenção». Para tanto, a chamada *abordagem da gestão de riscos (risk management approach)*, defendida nomeadamente por Tom Cox (Cox, 2003) e pela Agência Europeia (2005b), segundo a qual a prevenção de riscos psicossociais deve ser feita com base numa abordagem sistemática e formalizada de riscos, utilizando, em grande medida, a metodologia da gestão de riscos utilizada para os riscos físicos. Fundamental nesta metodologia é o processo iterativo, sistemático e cíclico em que ela está estruturada, processo este constituído pelas seguintes seis fases: 1.^a) Identificação dos perigos; 2.^a) Avaliação dos riscos; 3.^a) Implementação de estratégias apropriadas de controlo de riscos; 4.^a) Acompanhamento da eficácia da estratégia e das medidas implementadas; 5.^a) Reavaliação dos riscos; 6.^a) Análise das necessidades de informação e de formação dos trabalhadores expostos aos riscos.

⁸⁰ Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro (Diário da República, 1.ª Série, N.º 258, de 8 de Novembro).

⁸¹ Decreto-lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro (Diário da República, 1.ª Série – A, N.º 249, de 29 de Dezembro).

Analisando a evolução das práticas e dos modelos de gestão preventiva de riscos psicossociais que têm vindo a ser ensaiados e propostos na União Europeia (Coelho, 2010), pode concluir-se que a eficácia da prevenção de riscos psicossociais está cada vez mais dependente não só do processo como, sobretudo, do sistema de gestão preventiva que vier a ser criado e implementado.

A seguir irá tratar-se dos principais aspectos de um sistema de gestão preventiva de riscos psicossociais em meios hospitalar, de que se destaca o papel do Psicólogo da Saúde Ocupacional e o processo em que deve basear-se a metodologia de prevenção.

8.5.1. Âmbito técnico de intervenção do Psicólogo da Saúde Ocupacional

No serviço interno de prevenção de riscos dos hospitais deve existir pelo menos um Psicólogo da Saúde Ocupacional. Compete a este profissional coordenar e realizar a gestão preventiva de riscos psicossociais no trabalho. O âmbito técnico da acção preventiva do Psicólogo da Saúde Ocupacional deve incidir fundamentalmente sobre os riscos que têm origem psicossocial, isto é, sobre os riscos que têm a sua origem em interacções sociais negativas no trabalho, como é o caso, por exemplo, do stress ocupacional *psicossocial*, da violência no trabalho, do assédio moral e sexual no trabalho, da adicção ao trabalho, do trabalho emocional, da fadiga e da carga mental *psicossocial*. Além destes riscos, os únicos que, em bom rigor teórico, devem ser considerados *psicossociais*, é frequente existir um outro conjunto de riscos que, podendo não ter origem psicossocial, podem, ainda assim, ter uma forte componente psicológica na sua origem, produzir consequências psicológicas ou, mesmo, psicossociais, como é o caso dos riscos psicofísicos ou psico-ambientais (*e.g.*, stress térmico, stress auditivo, stress visual, riscos decorrentes de variáveis psicológicas dos espaços de trabalho, como é o caso, da privacidade, da territorialidade e do amontoamento) e dos riscos *ditos* psicoergonómicos (*e.g.*, a fadiga e a carga mental, riscos que têm origem normalmente em aspectos relacionados com a percepção, a memorização e o tratamento de informação que se geram na interacção, ou na *interface*, em linguagem ergonómica, do trabalhador com os componentes físicos do seu trabalho, normalmente, hoje, com os equipamentos tecnológicos de informação e de comunicação) (Sperandio, 1980; 1984). Embora este tipo de riscos não seja específico do Psicólogo da Saúde Ocupacional (outros profissionais podem e devem ser chamados a colaborar na sua prevenção, como, por exemplo, o técnico de segurança e higiene no trabalho e o ergonomista), pensa-se, ainda assim, que, em termos práticos, deverá caber ao Psicólogo da Saúde Ocupacional a responsabilidade principal pela sua prevenção, integrando-a,

sempre que possível, na metodologia de prevenção que vier a ser criada de prevenção de riscos psicossociais.

8.5.2. Quadro teórico de gestão preventiva em hospitais

A definição de um quadro teórico adequado para lidar com a prevenção de riscos é fundamental para a eficácia desta prevenção. Repete-se, aqui, a afirmação de Beaud (2006, p. 70) de que «trabalhar sobre o real implica sempre uma posição teórica científica de partida (...) e que o trabalho real não pode fazer-se senão por meio da utilização de instrumentos conceituais, teóricos e científicos». Este quadro teórico serve, também na acção preventiva de riscos psicossociais, para restringir a amplitude dos riscos psicossociais a avaliar e a controlar (cf. Lakatos & Marconi, 1991, p. 90), para reduzir «o objecto a observar» (Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 2008, p. 104) e para «ler, interpretar [e] analisar [a] realidade» (Beaud, *ibid.*).

Os principais enfoques e teorias a considerar num modelo de gestão preventiva de riscos psicossociais em meio hospitalar devem ser os que advêm, em *primeiro lugar*, da literatura e da investigação sobre a prevenção do stresse ocupacional e, em *segundo lugar*, dos modelos teóricos que servem de base a algumas metodologias recentes especificamente dirigidas à prevenção de riscos psicossociais, sobretudo daquelas que assentam em contributos teóricos recentes e pertinentes para a prevenção de riscos psicossociais, como é o caso do conceito de auto-eficácia, de Bandura, da psicologia positiva, de Seligman e da Teoria da Conservação de Recursos, de Hobfoll. Particularmente relevante, nestes aspectos, é o modelo teórico que sustenta a Metodologia RED-WONT (Salanova, Llorens, Cifre & Martínez, 2005) que parece⁸², de todas, a de maior pertinência e interesse para a avaliação de riscos psicossociais em hospitais.

Sem prejuízo de outros contributos que possam servir de suporte a uma definição mais rigorosa do quadro teórico da prevenção de riscos psicossociais, pensa-se que esta, em meio hospitalar, deve desenvolver-se num quadro teórico que deve ter por base um modelo interaccionista e transaccional assente num enfoque, simultaneamente, de prevenção de riscos (enfoque tradicional) e de promoção da saúde (enfoque moderno), em conformidade com os objectivos da Declaração do Luxemburgo sobre a Promoção da Saúde no Trabalho, de 1997. O quadro teórico deve, designadamente, basear-se nos princípios e fundamentos teóricos: a) da Psicologia Positiva (Seligman, 2004; 2008), da Psicologia da Saúde

82 Mais à frente adiantar-se-ão algumas razões que fundamentam esta afirmação.

Ocupacional Positiva (Salanova, Martínez & Llorens, S., 2005; Salanova, 2008; Salanova & Schaufeli, 2009); b) do conceito de auto-eficácia, de Bandura (1977; 1997); c) da Teoria da Conservação de Recursos de Hobfoll (1989; 1998) d) e, daqueles que decorrem de diferentes normas legais, de Direito internacional, comunitário e nacional.

8.5.2.1. O modelo interaccionista e transaccional

A prevenção do risco psicossocial deve centrar-se, em primeiro lugar, na interacção entre, por um lado, o indivíduo e, por outro, o ambiente ou a organização do trabalho, diz o modelo interaccionista. Contudo, a prevenção não deve centrar-se numa interacção qualquer, mas na interacção psicológica ou no processo psicológico da interacção, defende a teoria transaccional⁸³. Do modelo interaccionista devem retirar-se os seguintes corolários: a) no processo de gestão preventiva de riscos psicossociais deve dar-se importância quer ao indivíduo quer ao ambiente do trabalho. Se é verdade que, em termos de prevenção, esta deve ser direccionada, prioritariamente, para a identificação dos factores de risco (e para os factores positivos) do trabalho, que tanto podem ser inerentes ao indivíduo como ao ambiente de trabalho, no momento da avaliação de riscos não pode sobrevalorizar-se ou minimizar-se nem o indivíduo nem o ambiente de trabalho. Nesta fase, da avaliação de riscos, mais importante do que procurar saber se é no indivíduo ou na organização que reside «a culpa» do risco⁸⁴, o que interessa é, sobretudo a um primeiro nível de avaliação (geral) de riscos psicossociais), que a metodologia de avaliação seja abrangente da maior parte dos factores de risco (e dos factores positivos) do trabalho hospitalar, tanto os inerentes ao indivíduo como os inerentes ao ambiente de trabalho. Por sua vez, na fase de controlo dos riscos, a prioridade será dada ou ao indivíduo ou ao ambiente de trabalho de trabalho, ou aos dois, conforme os resultados da avaliação tiverem identificado que os factores de risco são, respectivamente, ou de natureza individual, ou de natureza ambiental, ou de ambos os tipos. A interacção põe, normalmente, em confronto um conjunto de factores que têm a ver com o que, habitualmente, se designa por «condições de trabalho»,

⁸³ A interacção psicológica pode ser vista numa perspectiva meramente estrutural (e.g., teoria interaccionista de Adequação Pessoa-Ambiente, de Edwards) ou enquanto processo psicológico (teoria transaccional, de Lazarus & Folkman). A teoria transaccional é, contudo, a que reúne mais consenso (cf. Troughot, 2004, Parkes, 1998, Clarke & Cooper, 2004).

⁸⁴ A investigação sobre os riscos psicossociais, em particular sobre o stresse ocupacional, tem sido feita, predominantemente, a partir do indivíduo, com responsabilização, prioritariamente, do trabalhador pela origem do risco psicossocial. Os prevenicionistas, em geral, defendem que a prioridade deve ser dada ao ambiente de trabalho (Troughot, 2004, Michie, 2002, HSE, 2003, Bossche & Houtman, 2003).

«exigências do trabalho», «demandas laborais» ou «recursos laborais», por um lado, e o conjunto de factores ou características do indivíduo⁸⁵, de que se destacam diversos tipos de «recursos laborais individuais», por outro (Salanova *et al.* 2007). O risco psicossocial existe, segundo o modelo interaccionista, quando há um desequilíbrio ou um desajuste entre o conjunto de exigências do trabalho e as características e recursos do trabalhador.

De acordo com a teoria transaccional que, «de certo modo [representa] uma evolução dos modelos interaccionistas» (Agência Europeia, 2005a, p. 12), o risco psicossocial existe para o trabalhador quando este percebe, no processo de dupla avaliação cognitiva que faz da situação, a existência de um desequilíbrio ou desajuste entre as exigências do trabalho e os recursos de que dispõe, avaliando, primeiro, a situação como uma ameaça ou uma oportunidade, e, avaliando, depois, se tem ou não recursos para lhe fazer face. O risco existe quando o trabalhador percebe que a situação é ameaçadora e que não tem recursos para a afrontar. Segundo a teoria transaccional, o conceito de *recursos* é fundamental para a avaliação cognitiva que o trabalhador faz da situação. O tipo de avaliação cognitiva que é feita pelo indivíduo depende dos recursos de que ele julga dispor. Tendo em consideração estes aspectos relacionados, sobretudo, com os recursos dos indivíduos para afrontar os riscos psicossociais, assumem grande importância teórica para a prevenção de riscos psicossociais, conceitos como os de *Sentido de Coerência* de Antonovsky e de *auto-eficácia* de Bandura, e os diversos princípios e corolários em que assenta a Teoria da Conservação de Recursos de Hobfoll.

8.5.2.2. Um enfoque integrado: prevenção de riscos e promoção da saúde

Em segundo lugar, um modelo de gestão preventiva de riscos psicossociais em hospitais deve estar focado tanto nos aspectos negativos do trabalho, eliminando-os ou reduzindo-os, como nos aspectos positivos, potenciando-os (ENWHP, 1997; Hanson, 2007; Salanova, 2007; Seligman, 2004 e 2008). Segundo Salanova (2007, p. 10), «para potenciar os aspectos positivos, num quadro baseado em conceitos como a qualidade de vida no trabalho e de promoção de organizações saudáveis, deverá partir-se da informação obtida na avaliação de riscos».

A promoção da saúde no trabalho (PST) constitui o objectivo central deste enfoque. A Declaração do Luxemburgo sobre a Promoção da Saúde no Trabalho (1997) define a PST como

⁸⁵ Conferir supra as diversas definições de risco psicossocial.

[...] uma estratégia inovadora de gestão que visa prevenir a doença no trabalho (incluindo as doenças relacionadas com o trabalho, os acidentes, as agressões, as doenças ocupacionais e o stress) e contribuir para desenvolver o potencial de saúde e o bem-estar da população trabalhadora (ENWHP, 1997, p. 2).

Nesta perspectiva, de promoção da saúde no trabalho, designada por Graça (1999) como a *Nova Saúde Ocupacional*, um modelo de gestão preventiva de riscos psicossociais não pode deixar de ter em conta os contributos e o enfoque da Psicologia Positiva, nomeadamente no contexto do que alguns autores vêm chamando de Psicologia da Saúde Ocupacional Positiva (Salanova, 2007; Salanova, 2008; Salanova, 2009; Salanova, Martínez & Llorens, 2005), disciplina nova da Psicologia que, segundo os autores referidos, visa «o estudo científico do funcionamento óptimo das pessoas e dos grupos na organizações, assim como a sua gestão efectiva» (Salanova, 2009, p. 35) e que tem como objectivo «promover a gestão de organizações “positivas” que melhorem a qualidade de vida organizacional e o desempenho da organização» (Llorens, Salanova & Martínez, 2007, p. 4).

8.6. Princípios metodológicos de prevenção

Finalmente, a prevenção de riscos psicossociais deve ter em atenção, ainda, os principais princípios teóricos de organização e gestão da prevenção de riscos, que decorrem, na sua maioria, das normas de Direito internacional, comunitário e nacional.

Os princípios mais importantes são os seguintes:

1. A gestão preventiva de riscos psicossociais deve procurar realizar os mesmos objectivos que a gestão geral de riscos, que são, designadamente, os de identificar factores de risco, avaliar os riscos e estabelecer medidas de melhoria para prevenir os danos (INSHT, 2005);
2. A gestão preventiva de riscos psicossociais deve obedecer aos mesmos princípios a que deve obedecer um processo de melhoria contínua, com respeito pelos princípios da acção preventiva previstos no n.º 2 do artigo 6.º da Directiva-Quadro (INSHT, 2005): a) evitar os riscos; b) avaliar os riscos que não possam ser evitados; c) combater os riscos na origem; d) adaptar o trabalho ao homem, especialmente no que se refere à concepção dos postos de trabalho, bem como à escolha dos equipamentos de trabalho e dos métodos de trabalho e de produção, tendo em vista, nomeadamente, atenuar o trabalho monótono e o trabalho cadenciado e reduzir os efeitos destes sobre a saúde; e) ter em conta o estágio da técnica; f) planificar a prevenção com um sistema coerente que integre a técnica, a organização do trabalho, as condições de trabalho, as relações sociais e a influência dos factores ambientais no trabalho; h) dar prioridade às medidas de protecção colectiva

em relação às medidas de protecção individual; i) dar instruções adequadas aos trabalhadores;

3. O processo de gestão preventiva de riscos psicossociais deve ser um processo de natureza cíclica e iterativo por fases, semelhante, com as devidas adaptações, ao Ciclo de Controlo ou da Gestão [Geral] de Risco, devendo, uma das fases, ser a da avaliação de riscos psicossociais. A avaliação de riscos deve ser vista como a actividade central da prevenção. O processo de gestão preventiva deve integrar, nomeadamente, uma fase de análise de riscos (identificação de perigos e estimativa do risco) e de valorização do risco (juízo de tolerabilidade ou de aceitabilidade) e a fase do controlo de risco, que consiste na identificação das medidas de prevenção, sua implementação, monitorização e revisão;

4. O processo de gestão preventiva de riscos psicossociais deve: a) ter como principal objectivo a promoção da saúde do trabalhador através, designadamente, da prevenção de riscos e da protecção do trabalhador contra os danos à sua saúde; através da criação de condições de trabalho consistentes com o bem-estar e a dignidade do trabalhador; b) oferecer ao trabalhador reais possibilidades de realização pessoal, de auto-realização e de serviço para a sociedade; c) ser participado por todos os principais interessados, em especial pelo Director de Serviço, por si ou através do Gestor de Risco Local, e pelos trabalhadores; d) garantir que a informação, a comunicação e a consulta relevante para eficácia da gestão preventiva é assegurada aos interessados; e) que os interessados (Directores de Serviço, Gestores de Risco Local e trabalhadores) têm assegurada formação em gestão preventiva de riscos psicossociais.

5. A gestão preventiva de riscos psicossociais deve combinar métodos e técnicas quantitativas e qualitativas de avaliação e controlo, recorrendo, sempre que possível, à estratégia da triangulação, que na fase da avaliação quer na fase do controlo de riscos. Na fase da avaliação, deve procurar recorrer-se à estratégia da triangulação quer quanto ao tipo de dados (objectivos e subjectivos) a recolher e quanto às fontes de informação (a recolher junto do Director de Serviço e/ou do Gestor de Risco Local e dos trabalhadores; da Medicina do Trabalho; do Departamento dos Recursos Humanos; por Observação directa ou por outros meios). Na fase do controlo de riscos, a triangulação será conseguida através da participação dos diversos interessados, quer na identificação quer na implementação das medidas, envolvendo, pelo menos, o Director de Serviço e/ou do Gestor de Risco Local e os trabalhadores;

6. Na prevenção de riscos psicossociais deve ser dada prioridade à prevenção primária (ou prevenção na fonte, isto é, deve ser dada prioridade à intervenção sobre os factores de risco e não às intervenções sobre os efeitos provocados pelos riscos) e à intervenção colectiva e sobre o

ambiente ou a organização do trabalho (e não, prioritariamente, a intervenções sobre o indivíduo ou a intervenções de tipo individual). A prevenção secundária e terciária e as intervenções de natureza individual não podem, porém, deixar de ser, sempre, consideradas.

7. O Conselho de Administração e os Directores de Serviço devem ser vistos como os principais responsáveis (legal e moral) pela prevenção de riscos psicossociais no hospital.

8.7. Metodologia de gestão preventiva

Por *metodologia* entende-se aqui o conjunto constituído pelo *processo ou estratégia* de gestão preventiva e pela combinação de *métodos e de técnicas* de avaliação e controlo de riscos psicossociais.

Toda a metodologia de gestão preventiva de riscos psicossociais deve ser composta por um processo faseado, sistemático e cíclico, de gestão de risco psicossocial, e pela combinação de vários métodos e técnicas, de natureza quantitativa e/ou qualitativa, a integrar em cada uma das diferentes fases do processo.

Dada a variedade de factores de risco, a sua grande complexidade e especificidade, e a dificuldade em estabelecer onexo de causalidade entre os factores de risco e os danos (Rick & Briner, 2000), deve usar-se uma estratégia de «triangulação», quer na fase de recolha de informação e de avaliação de riscos, quer na fase de controlo de riscos. A estratégia de triangulação na fase de recolha de informação, permite recolher e combinar informação objectiva e informação subjectiva. A informação subjectiva provém, essencialmente, de inquéritos por questionário e de entrevistas individuais e/ou colectivas.

As entrevistas individuais podem ser de iniciativa do Psicólogo de Saúde Ocupacional ou de iniciativa do trabalhador. Os atendimentos individuais de iniciativa do trabalhador podem, em alguns casos, funcionar como entrevistas individuais e constituir uma fonte importante de informação de gestão de risco psicossocial. No âmbito destes atendimentos, o trabalhador deve ficar absolutamente seguro quanto à confidencialidade, comportamento ético e respeito pelo princípio da autodeterminação por parte do Psicólogo da Saúde Ocupacional, de modo a criar uma relação de total confiança dos trabalhadores na Psicologia da Saúde Ocupacional. Deve ser fixado um horário semanal para os atendimentos individuais. Pela sua importância estratégica para o desenvolvimento das actividades da Psicologia da Saúde Ocupacional, quer enquanto meio de resolução de problemas individuais, quer colectivos, deve ser feita no hospital uma boa divulgação e uma correcta e eficaz informação sobre o interesse dos

trabalhadores em recorrerem, por esta via, ao apoio da Psicologia da Saúde Ocupacional.

Assumem a natureza de entrevista colectiva, as reuniões de análise dos resultados dos inquéritos por questionário. Estas análises devem ser efectuadas, primeiro, com o Director de Serviço e com o Gestor de Risco Local, e, depois, em separado, com um colectivo de trabalhadores do serviço. São igualmente fonte de informação subjectiva, os *brainstormings* de avaliação geral de riscos e os grupos focais ou grupos de discussão. Os *brainstormings* devem efectuar-se, no mínimo, de dois em dois anos. Os grupos focais ou grupos de discussão são constituídos para analisar o relatório resultante da avaliação de riscos e da proposta de plano de acções. Quer o relatório quer o plano de acções devem ser elaborados, ambos, pelo Psicólogo de Saúde Ocupacional.

A informação objectiva de risco psicossocial é constituída pelos dados de saúde, proveniente dos exames de saúde realizados pela Medicina do Trabalho (e pela Enfermagem do Trabalho, quando for o caso) para avaliação da aptidão física e psíquica; pelos dados de recursos humanos (*e.g.*, absentismo, produtividade, rotação de pessoal, abandono, disciplina, a colher junto do Serviço de Gestão de Recursos Humanos), e por dados relativos às condições físicas e psicossociais de trabalho resultantes de listas de verificação, grelhas de auto-avaliação, observação directa, fotografia ou técnica de vídeo, a colher pelos Gestores de Risco Local, ou através deles ou por iniciativa, conjunta ou individual, dos profissionais do Serviço de Saúde Ocupacional: ou pelo técnico de segurança e higiene, ou pelo Psicólogo da Saúde Ocupacional, ou por ambos).

Um questionário de avaliação de riscos psicossociais em hospitais, como todo o questionário de avaliação de riscos psicossociais, deve obedecer a alguns requisitos: a) de cientificidade (*e.g.*, fundamentos científicos sólidos sobre os factores que avaliam e fundamentos sólidos sobre a metodologia de avaliação desses factores); b) de praticabilidade; c) de adequação à legislação vigente; d) de ajustamento às necessidades e aos recursos da organização (Melía *et al.* 2005); e) e ser o mais compreensivo e abrangente possível dos factores de risco e dos factores psicossociais positivos previsíveis em meio hospitalar (ou no Serviço, em concreto, que está a ser objecto de avaliação). A generalidade dos questionários de avaliação de riscos psicossociais conhecidos (ver Coelho, 2010) reivindicam, todos eles, obedecer aos requisitos de cientificidade e de praticabilidade. Contudo, assim não acontece com demais requisitos. Os questionários em determinados casos não estão ajustados às necessidades da organização ou aos seus recursos, em outros casos não são suficientemente compreensivos dos factores de risco e dos factores psicossociais positivos.

Defende-se aqui que o questionário ideal a utilizar na prevenção de riscos psicossociais em meio hospitalar será aquele que, aos requisitos acabados de referir, possa vir a juntar ainda os seguintes: a) o de poder identificar, em simultâneo, quer os factores de risco quer os factores positivos do trabalho; b) o de poder identificar os recursos, quer laborais quer individuais, e, dentro destes, os recursos de formação a desenvolver, que sejam especificamente direccionados para a prevenção dos riscos psicossociais após a sua identificação em sede de avaliação de riscos; c) que a recolha e o tratamento dos questionários sejam feitos através de meios informáticos, a nível de cada serviço hospitalar, com *feedback* individual imediato ao respondente, relativamente aos dados do questionário que acabou de responder, com ligação, acesso e tratamento centralizado a efectuar pela Psicologia da Saúde Ocupacional.

O questionário de avaliação de riscos psicossociais no trabalho que se encontra mais próximo quer do quadro teórico de base aqui defendido, quer dos requisitos acabados de enunciar, é o questionário em que se baseia o Método RED-WONT⁸⁶ (Melía *et al.*, 2005; Salanova *et al.*, 2007), cuja breve descrição se apresenta em anexo (Anexo I). Este questionário nunca foi, que se saiba, testado em qualquer hospital português. Será preciso encontrar evidências científicas que comprovem a sua adequação à organização e ao funcionamento dos hospitais portugueses, e ao modo como está implementada a gestão de risco no hospital, nomeadamente, se esta assenta na figura do Gestor de Risco Local, que é, como já foi referido, uma peça fundamental da estratégia da gestão de risco, sobretudo do risco psicossocial. Até que aquela evidência venha a existir, poderá utilizar-se o questionário de avaliação de riscos psicossociais desenvolvido no Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO do Porto). O Instituto Português de Oncologia é o único hospital português, que se saiba, que tem estado a proceder, de modo sistemático, sistémico e permanente, à gestão preventiva de riscos psicossociais no trabalho, desde há cerca de seis anos.

O questionário de avaliação de riscos psicossociais do IPO do Porto foi construído, em 2003, com base no questionário FPSICO do INSHT (Instituto Nacional de Segurança e Higiene no Trabalho) (Espanha) (1996)⁸⁷; no questionário WOCCQ (*Working Conditions and Control Questionnaire*), da Universidade de Liège (2001)⁸⁸; e no Questionário CPOSOQ (*Copenhagen Psychosocial Questionnaire*), da Universidade de

86 Da Universidade Jaume I (Castellón, Espanha) (consultar em www.wont.uji.es/wont/).

87 A sua descrição pode ser encontrada, nesta data, em

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_443.pdf

88 Disponível nesta data em: www.wocq.be/

Copenhaga (2002)⁸⁹, tendo-lhe sido acrescentados, relativamente àqueles questionários, outros itens, referenciados pela literatura então disponível e acessível (Cox & Cox, 1993; Cox, Griffiths & Cox, 1996; Cox *et al.* 2000 e Cox, Randall & Griffiths, 2002), de modo a adequá-lo ao contexto de trabalho hospitalar e, em particular, ao contexto concreto do IPO do Porto. O questionário procurava, inicialmente, avaliar 15 categorias de factores de risco psicossociais e era constituído por 129 itens: (1) Trabalho com Risco e Perigo (6 itens); (2) Novas Tecnologias e Formação (5 itens); (3) Sobrecarga de Trabalho (12 itens); (4) Subcarga de Trabalho (8 itens); (5) Ambiguidade de Papeis (7 itens); (6) Conflito de Papeis e Valores (9 itens); (7) Responsabilidade por Pessoas e Coisas (6 itens); (8) Relações Interpessoais (13 itens); (9) Carreira e Realização (9 itens); (10) Autonomia e Controlo (5 itens); (11) Comunicação, Informação e Participação (8 itens); (12) Interface Trabalho/Casa (7 itens); (13) Violência e Assédio no Trabalho (18 itens); (14) Trabalho por turnos (7 itens); (15) Longos Horários de Trabalho (9 itens) (ver um exemplar do questionário no Anexo 2).

Destas quinze categorias de factores de risco, vieram constituir aspectos novos, relativamente aos três questionários atrás referidos, por serem especialmente relevantes em contextos de trabalho hospitalar, particularmente no IPO, categorias como: a) a relacionada com a *interface casa-trabalho-casa*, na medida em que a população trabalhadora feminina do hospital é de quase 80% e as mulheres são particularmente afectadas pela situação de «*double journée*»; b) a categoria relacionada com os *problemas de carreira e realização*, pois que desde a empresarialização do hospital, em finais de 2002, as promoções e progressões, quer do pessoal inserido em carreiras, quer do pessoal em regime de contrato individual de trabalho, têm estado bloqueadas para a generalidade dos trabalhadores e os novos trabalhadores, que se encontram todos, agora, em regime de contrato individual de trabalho; c) e a categoria relacionada com os factores de risco psicossocial resultante das *novas tecnologias e formação*, visto que a grande maioria dos trabalhadores do hospital (cerca de 70% dos seus profissionais) lidam constantemente com tecnologia de informação e de comunicação, e, alguns destes (uma parte significativa dos médicos e dos técnicos de diagnóstico e terapêutica), com tecnologia altamente complexa, em permanente estado de inovação e de actualização. As demais categorias dizem respeito aos factores de risco comuns à maioria das organizações prestadoras de serviço de natureza social (de saúde, educação, serviços sociais, etc.) num contexto do trabalho pós-moderno, como sejam, as

⁸⁹ Disponível hoje, na sua versão espanhola, em <http://www.istas.net/web/index.asp?idpagina=3195>

categorias relacionadas com as relações interpessoais, com a violência e o assédio no trabalho, com o trabalho por turnos e com os aspectos relacionados com a carga mental de trabalho.⁹⁰

Em complemento desta avaliação de riscos, assente num enfoque mais patogénico (direccionada sobretudo para a identificação de factores de risco psicossocial), para desenvolvimento de um enfoque mais positivo poderá utilizar-se, se outros meios não estiverem ainda disponíveis, o questionário de Levantamento de Expectativas e Necessidades em Saúde desenvolvido pelo Professor Doutor Luís Graça, da Escola Nacional de Saúde Pública (Lisboa)⁹¹.

Complementarmente, ainda, após uma primeira avaliação geral de riscos psicossociais, poderão utilizar-se métodos e técnicas mais específicas e mais especializadas, em conformidade com o tipo de riscos psicossociais identificados neste primeiro momento: por exemplo, questionários ou escalas para avaliar o stress ocupacional; o MBI (*Maslach Burnout Inventory*) para avaliar a síndrome de *burnout*; ou questionários para avaliar a violência no trabalho; o assédio moral; a carga mental; a adicção

⁹⁰ As primeiras avaliações de risco psicossocial pela técnica do questionário começaram a ser feitas no IPO do Porto a partir de Março de 2003. Foram avaliados por esta técnica, pela primeira vez, seis serviços (um Serviço de Cirurgia, o Serviço de Medicina Nuclear, o Serviço de Informática, os Serviços Financeiros, o Serviço de Pessoal e o Serviço Social), correspondendo a um total de 130 trabalhadores. Com excepção dos Serviços de Apoio e Logística (Serviço de Informática, Serviço de Pessoal, Serviços Financeiros e Serviço Social) em que todos os trabalhadores responderam aos questionários distribuídos, nos dois Serviços de Acção Médica (Cirurgia e Medicina Nuclear) apenas responderam, em cada um deles, 11 elementos, na sua maioria enfermeiros e alguns auxiliares de acção médica. No ano de 2007, foram avaliados, com recurso ao Questionário Geral de Avaliação de Riscos Psicossociais, mais dezasseis serviços (todos da área de apoio e logística), num total de 226 trabalhadores. Os questionários foram tratados estatisticamente em SPSS. Da análise efectuada aos questionários verificou-se que a maioria dos respondentes era do sexo feminino (75,7%), tinha até 45 anos de idade (69,9%), tinha mais de cinco anos de antiguidade na instituição (63,7%), tinha vínculo definitivo (82,7%), praticava uma carga horária até 40 horas semanais (80,1%), trabalhava por turnos (46%) ou em horário fixo (50%) e que 41,2% trabalhavam em turnos nocturnos. Os principais factores de risco psicossociais identificados por esta técnica foram: Sobrecarga de Trabalho (77,4%), Conflitos de Papeis (73,9%) e Interface Casa/Trabalho (52,7%). Significativos ainda, foram os valores relativos à Carreira e Realização Profissional (42,4%), às Novas Tecnologias e Formação (38,1%) e à Subcarga de Trabalho (34,9%). Os valores menos significativos foram os relativos à Ambiguidade de Papeis (3,9%) e à Autonomia e Controlo (11,5%). Na sequência destas avaliações foram elaborados os respectivos planos de acção de melhoria do ambiente psicossocial de trabalho.

⁹¹ Trata-se de um questionário com um total de 78 questões que procura avaliar diferentes factores determinantes da saúde, relacionadas, nomeadamente, com o estado geral de saúde, a actividade física, a nutrição e controlo de peso, o consumo de álcool e o consumo de tabaco. A partir do tratamento dos dados podem desenvolver-se diversos programas de promoção da saúde no trabalho. No IPO do Porto este questionário foi aplicado, pela primeira vez, a 600 trabalhadores, num universo de 1670 trabalhadores. Responderam 341 trabalhadores. Os questionários foram tratados estatisticamente no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Foram identificados como principais aspectos de promoção da saúde a desenvolver os relacionados com a promoção de uma vida mais activa e com o combate ao tabagismo. De então para cá desenvolveram-se diversos programas de promoção da saúde. Particularmente apreciado pelos trabalhadores, em geral, tem sido o programa de ginástica laboral desenvolvido em parceria com a Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

ao trabalho; o tecnostresse; ou os riscos psicossociais ligados ao trabalho emocional.

8.7.1. O processo de gestão preventiva

O *processo de gestão preventiva* é o conjunto de fases ao longo das quais se desenvolve a gestão preventiva de riscos psicossociais. Este processo deve ser constituído pelas seguintes fases principais: 1.^a fase) Recolha de informação e elaboração de indicadores de necessidade de intervenção; 2.^a fase) Avaliação de riscos e elaboração de planos de acção; 3.^a fase) Implementação das acções; 4.^a fase) Monitorização e avaliação do plano e das acções implementadas; 5.^a fase) Revisão do plano de acção e das acções.

As cinco fases do processo podem caracterizar-se do seguinte modo:

Primeira Fase: Recolha de informação e elaboração de indicadores

Aqui podem distinguir-se dois tipos de sistema de recolha de informação: a) um sistema *geral* de recolha de informação de riscos, comum a todo o tipo de riscos; b) um sistema *específico* de recolha de informação de risco psicossocial.

a) Sistema geral de recolha de informação de riscos

A gestão preventiva de riscos psicossociais carece de um bom sistema de informação de riscos e da criação de um conjunto de indicadores (INRS, 2007b; Villalobos, 2004; Nasse & Légeron, 2008). Um bom sistema de informação de riscos é aquele que se caracteriza por fornecer informação atempada (deve ser obtida a tempo de permitir uma acção ou reacção imediata ou em tempo oportuno), pertinente (deve informar o que realmente precisa de ser informado) e fiável (o que informa deve corresponder à realidade).

Criar um bom sistema de informação consiste em criar um bom sistema de recolha de dados, efectuar o tratamento e a análise eficaz desses dados, transformar esses dados em informação e, posteriormente, canalizar esta informação, de forma clara, sintética, atempada, pertinente e fiável, para quem tem de decidir sobre as medidas a tomar para resolução dos problemas identificados.

O sistema de informação de gestão preventiva de riscos psicossociais pode, em alguns momentos, ser comum e integrar o sistema de informação de gestão geral de riscos. Assim, pode ser comum e integrada, a recolha de informação que provém, nomeadamente, do sistema de notificação de

riscos⁹², do sistema de participação de notificação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais⁹³, do sistema de queixas e reclamações⁹⁴, do sistema de participação de ocorrências⁹⁵, dados estatísticos do absentismo (e.g., de faltas por doença e faltas por acidente de trabalho e doenças profissionais), de vigilância médica (dados de saúde geral e ocupacional) e de recursos humanos (taxa de rotação de trabalhadores por posto de trabalho, serviço ou instituição, taxa de conflituosidade, taxa de abandono e de saída da organização) (INRS, 2007b; Nasse & Légeron, 2008; Sahler *et al.*, 2007).

Pode ser integrada e comum, também, a recolha de informação obtida através do sistema de avaliação geral de riscos efectuada pela técnica de *brainstormings*, que está a ser utilizada já em alguns hospitais⁹⁶.

92 Baseado, por exemplo, numa Ficha de Notificação de Riscos (Modelo 229 desenvolvido no IPO do Porto) onde, entre outros itens, se sinalizam genericamente situações de riscos psicossociais ou especificamente situações de agressão, violência verbal ou física, ou tentativa de suicídio.

93 A partir do modelo oficial existente de Participação de Acidentes de Trabalho e de Participação Obrigatória de Diagnóstico presuntivo de doença profissional (Modelo 08.11.03 do Centro Nacional de Protecção contra as Doenças Profissionais da Segurança Social). Por vezes, são participados acidentes de trabalho e doenças profissionais de origem psicossocial, com origem em agressões físicas ou stresse pós-traumático, por exemplo.

94 Reclamação (Modelo n.º 1426, Exclusivo da Imprensa Nacional Casa da Moeda, E. P.).

95 Um sistema de Participação de Ocorrências está implementado em todos os hospitais.

96 A técnica de brainstorming (ou «actividade cerebral») é uma técnica de dinâmica de grupo utilizada para explorar a potencialidade criativa dos indivíduos em função de determinados objectivos (Brainstorming. In: wikipédia. <http://pt.wikipedia.org/wiki/Braisntorming>. Consultada em 20 Dezembro 2008). Segundo Baxter (1998, cit.in Alves, Campos & Neves, 2007, pp. 2-3), o brainstorming clássico desenvolve-se em várias etapas: 1.º) orientação: o coordenador apresenta o problema a ser trabalhado; 2.º) preparação: o coordenador estipula o tempo (cerca de 30 minutos) para o fornecimento de ideias por parte dos elementos que integram o grupo. Um dos elementos do grupo anota todas as informações; 3.º) análise: após o tempo dado para apresentação de ideias, fixa-se novo tempo (cerca de 15 minutos) para agrupar as ideias propostas segundo um critério pré-fixado; 4.º) ideação: ainda dentro do tempo anteriormente fixado pelo coordenador, inicia-se uma fase de associação, escolha das mais ideias mais relevantes com vista a escolher a alternativa (ou alternativas) a serem detalhadas; 5.º) incubação (se necessário): fase de interrupção para recolha de novos elementos e posterior retoma do brainstorming noutra hora ou dia; 6.º) Síntese e avaliação: o coordenador fixa novamente um tempo para a conclusão desta fase (cerca de 15 a 20 minutos) para detalhar, descrever a solução (ou soluções) escolhida e confrontá-la com o problema inicial verificando a sua aderência. Na avaliação de riscos por brainstorming o coordenador pode ser o Gestor de Risco Local. O problema a trabalhar é identificar os cinco principais riscos presentes no serviço em função de uma matriz de avaliação de riscos que é fornecida pelo SSO, em impressos normalizados que, depois de preenchidos, são devolvidos ao SSOGRG.

Toda a informação recolhida através destes diferentes sistemas deve ser canalizada, em primeira-mão⁹⁷, para o Serviço de Saúde Ocupacional, onde será tratada e analisada numa perspectiva exclusivamente de prevenção, com salvaguarda da segurança e da confidencialidade dos dados. Os dados referentes a riscos psicossociais devem ser tratados e analisados pela Psicologia da Saúde Ocupacional.

b) Sistema específico de recolha de informação de risco psicossocial

O sistema de informação de risco psicossocial é constituído pelos dados resultantes dos questionários de avaliação de risco psicossocial (questionário geral e questionários específicos) e de algumas técnicas ocasionais (*e.g.*, constituição de grupos focais, grupos de consenso⁹⁸, entrevistas individuais ou colectivas) aplicadas em sequência de informação anterior que justifiquem a sua utilização (*e.g.*, das Fichas de Notificação de Risco, dos *brainstormings*, dos atendimentos individuais e do próprio questionário geral de avaliação de riscos psicossociais).

A informação recolhida pelo sistema geral de informação de riscos e pelo sistema específico de informação de risco psicossocial deve ser utilizada, num primeiro momento, para definir *indicadores de necessidade de intervenção psicossocial*. A definição destes indicadores deve constituir o primeiro passo do processo de gestão preventiva de riscos psicossociais. Melía *et al.* (2005, p. 26) designam este momento como o momento da *fixação da necessidade de avaliar*, de determinar o que avaliar e onde avaliar, no pressuposto que não pode ser tudo avaliado de uma só vez (sobretudo porque os recursos humanos nunca seriam suficientes, porque as intervenções são, em geral, morosas e complexas e porque a prioridade é diferente de serviço para serviço ou de objectivo para objectivo).

Segunda Fase: Avaliação de riscos e elaboração de planos de acções

Enquanto no momento anterior o sistema de informação de riscos psicossocial pretende, fundamentalmente, recolher informação para decisão por parte do Psicólogo da Saúde Ocupacional sobre a necessidade de avaliar, o que avaliar e onde avaliar, nesta fase, de avaliação de riscos, o objectivo é «recolher a informação necessária para que o empregador esteja

⁹⁷ Com excepção das queixas e reclamações e das ocorrências. Destas apenas são enviadas cópias ao Serviço de Saúde Ocupacional/Psicologia da Saúde Ocupacional das queixas e reclamações e ocorrências que contenham matéria relacionada com riscos profissionais, incluindo os riscos psicossociais (*e.g.*, agressões, agressividade verbal e psicológica do ou contra o trabalhador, assédio, etc.).

⁹⁸ Segundo Jeremy Jones e Duncan Hunter (1995, p. 376) o método do consenso é o método qualitativo que visa «determinar até que ponto os especialistas ou os leigos concordam acerca de um assunto».

em condições de tomar uma decisão apropriada sobre a necessidade de adoptar medidas preventivas e, neste caso, sobre o tipo de medidas que devem ser adoptadas» (artigo 3.º da Lei de Regulamentação dos Serviços de Prevenção, de Espanha)⁹⁹

A avaliação de riscos psicossociais pode ser feita, em meio hospitalar, em dois momentos: num *primeiro momento*, a nível de *brainstormings*, e, num segundo momento, pelo Psicólogo da Saúde Ocupacional.

O *brainstorming* deve ser a técnica central de uma metodologia geral de avaliação de riscos em hospitais. É ela que permite: a) que a gestão de risco (avaliação e controlo de risco) seja feita em todos os serviços, unidades e postos de trabalho do hospital; b) que a gestão de risco seja feita de modo cíclico, sistémico e sistemático; c) a participação dos interessados na gestão de risco (quer do «empregador», através do GRL, que coordena o *brainstorming*, quer dos trabalhadores); d) envolver e responsabilizar os gestores directos e intermédios; e) criar e desenvolver uma cultura de prevenção, através da coordenação local feita pelo GRL e pela participação efectiva dos trabalhadores; f) a gestão de risco seja: total (de todos os riscos) e integrada (visão global, holística, ampla e interrelacionada de todo o tipo de riscos, físicos, químicos, biológicos e psicossociais).

A técnica de *brainstorming* é, em suma, um dos meios que melhor permite promover a integração da gestão de riscos no processo geral de gestão da organização.

Os *brainstormings* devem efectuar-se com periodicidade bianual. Em sede de *brainstormings* é feita a identificação dos perigos (factores de risco) e a avaliação de riscos, com recurso ao método das matrizes. Os perigos, incluindo os perigos psicossociais, uma vez identificados, são avaliados, com recurso a uma matriz de natureza qualitativo-quantitativa, por cada um dos participantes, obtendo-se, assim, o risco (a probabilidade) inerente aos factores de risco identificados. A matriz de análise que serve para estimar o risco é igual ao produto da *frequência* (probabilidade) pela *severidade* (consequências). A frequência dispõe de cinco níveis (improvável, remoto, ocasional, provável e frequente) e a severidade quatro níveis (catastrófica, crítica, marginal e negligenciável). O risco varia entre 1, que corresponde, na matriz, a uma situação improvável e negligenciável e 20 que corresponde, na matriz, a uma situação frequente e catastrófica. Os cinco maiores riscos, por ordem decrescente, são objecto de medidas de intervenção, a identificar, também, em sede deste mesmo *brainstorming*. Os *brainstormings* são efectuados por escrito, utilizando impressos normalizados (fornecidos pelo SSO) e os respectivos resultados devem ser

⁹⁹ Decreto Real n.º 39/1997, de 17 de Janeiro (Espanha).

enviados ao SSO, onde serão trabalhados, segundo diferentes lógicas de actuação e tipologia de riscos: riscos clínicos, riscos ergonómicos, riscos de segurança e higiene e riscos psicossociais. Posteriormente, será efectuada uma reunião entre o SSO e cada GRL para análise dos resultados do *brainstorming* e para elaborar os planos de acções. De cada reunião deve ser elaborada a respectiva acta assinada por todos os presentes.

Para além da identificação das acções que podem ser implementadas de imediato, os resultados dos *brainstorming* têm um grande valor informativo sobre a necessidade de intervenções técnicas especializadas, de segundo nível, a cargo dos técnicos do SSO (por exemplo, avaliações de segurança e higiene ou avaliações de risco psicossocial (avaliação geral *ou* específica ou geral *e* específica, conforme as situações¹⁰⁰).

Em caso de riscos psicossociais, a análise dos resultados dos *brainstormings* e a coordenação e monitorização das intervenções subsequentes deve ser da competência do Sector de Psicologia da Saúde Ocupacional.

A nível dos *brainstormings*, a avaliação de riscos psicossociais deve ser feita em conjunto com os demais tipos de riscos ocupacionais segundo o método das matrizes. Os resultados dos *brainstormings* devem ser registados em *lay-outs* normalizados e iguais para todo o hospital, sendo depois enviados para o SSO, juntamente com uma proposta de plano de acção. O Psicólogo da Saúde Ocupacional deve apreciar a proposta de plano de acção e analisá-la, posteriormente, com o GRL e a Direcção do Serviço, em reunião conjunta. Esta reunião terá por objecto: a) aprovar o plano de acção final contendo as diversas medidas a implementar, designar quem fica encarregado de as realizar e determinar o prazo da sua execução; b) designar um grupo focal para a implementação de medidas¹⁰¹ sempre que estas tenham uma natureza colectiva.

O grupo focal deverá, se possível, ser o mesmo ou integrar grande parte dos elementos que participaram na realização dos *brainstormings*,

¹⁰⁰ Deve proceder-se sempre a uma avaliação geral de riscos psicossociais (com recurso a um questionário geral de avaliação de riscos psicossociais) quando não existe um grupo de factores de risco identificado e/ou a avaliações técnicas específica (com recurso a questionários específicos, de segundo nível ou especializados, de avaliação de risco específico: stresse, burnout, carga mental, etc.) quando um grupo de factores de risco já foi identificado (ou pelo *brainstorming* ou pela avaliação geral de riscos psicossociais) e carece de ser aprofundado e estudado a um nível mais especializado (pelo Psicólogo da Saúde Ocupacional ou por um especialista externo ao hospital, se for necessário, por exemplo, em síndrome de burnout, em violência no trabalho, em assédio moral ou outro tipo de risco específico).

¹⁰¹ Todas as acções a empreender de natureza colectiva devem ser participadas e resolvidas colectivamente através da constituição de um grupo focal. Em HSE (2001), INSHT (1993) e Michel, (2005, pp. 45-46), estão disponíveis normas sobre como organizar e dirigir grupos focais (ou de discussão), nomeadamente, em processos de prevenção de riscos.

designadamente o Director de Serviço ou o GRL. O Psicólogo da Saúde Ocupacional deve integrar, como consultor, e como meio de acompanhamento das acções em curso no hospital, todos os grupos focais que vierem a ser constituídos.

Quando a avaliação de riscos é feita pelo Psicólogo da Saúde Ocupacional, em segundo nível ou avaliação especializada, é ele quem faz o tratamento e a análise dos dados, quem elabora o relatório com as conclusões e com a proposta de medidas de intervenção. Este relatório deve ser analisado com o Director de Serviço e com o GRL. Se necessário, será igualmente designado um grupo focal, nos termos e nas condições anteriormente referidas.

Terceira Fase: Implementação do Plano de Acções

A implementação das acções é da responsabilidade do Director de Serviço ou do GRL. Poderá, para o efeito, socorrer-se de um grupo focal, das pessoas que vierem a ser indicadas no plano de acção sob a orientação e coordenação do grupo focal, nos prazos e nas condições que ali forem fixadas, com o apoio, quando necessário, do Psicólogo da Saúde Ocupacional. O Director de Serviço deve, relativamente a determinadas acções, inscrevê-las, em cada ano, no Plano de Actividades e orçamento do respectivo serviço.

Quarta Fase: Monitorização do Plano de Acções

A monitorização das acções deve ser feita a dois níveis: pelo Director de Serviço/Gestor de Risco Local, relativamente às acções que não requeiram conhecimentos técnicos de Psicossociologia especializados, e que impliquem apenas actividades a desenvolver no próprio serviço; pelo Psicólogo de Saúde Ocupacional, relativamente aos planos de acção por si elaborados e às acções que tenha sido solicitado a desenvolver; pela Comissão de Risco Hospitalar (ou pela Comissão de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, se já tiver sido criada ou quando vier a ser criada, nos termos da lei¹⁰²), relativamente a todos os planos de acção que lhes sejam remetidos pelo SSO. Devem ser remetidos à Comissão de Risco (ou à Comissão de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho) todos os planos de acção que contenham medidas que careçam de ser autorizadas previamente pelo Conselho de Administração. Salvo a existência de competências delegadas nos termos legais¹⁰³, carecem de ser autorizadas pelo Conselho de Administração todas as medidas que envolvam a realização de despesas.

¹⁰² Artigo 23.º da Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro.

¹⁰³ No caso dos Hospitais E.P.E. a delegação de competências está prevista no n.º 3 do artigo 7.º do Decreto-lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, o qual refere que «o conselho de administração pode delegar as suas competências nos seus membros ou demais

A Comissão de Risco (ou Comissão de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho), nos termos do Manual de Acreditação do HQS-2006, é um órgão de existência obrigatória nos hospitais acreditados. De acordo com o Manual de Acreditação do HQS, Versão 2006, critério 4.4.:

[Deve existir] uma comissão multidisciplinar de gestão de riscos, com termos de referência documentados, que se reúne com uma periodicidade mínima de poucos meses, ou com maior frequência, e que responde ao órgão de administração executiva sobre todos os aspectos relacionados com questões de risco e higiene e segurança.

Em nota de orientação relativa a esta Comissão, o Manual acrescenta que:

A Comissão deverá ser consultada sobre o desenvolvimento, implementação e acompanhamento da estratégia de gestão de riscos. Deverá também estar envolvida no estabelecimento e acompanhamento do desempenho das normas referentes à higiene e segurança. Deverá poder demonstrar a existência de ligações com outros grupos relevantes como, por exemplo, as comissões para o controlo de infecções e de administração clínica (*ibid.*).

Quinta Fase: Revisão

A última fase do processo de gestão preventiva deve ser a de, no fim dos prazos fixados para o cumprimento de cada acção ou do plano de acção, verificar do grau de eficácia e de cumprimento ou incumprimento das acções, avaliar as causas da ineficácia e do incumprimento e decidir pela implementação de novas medidas, pela adopção de medidas que reforcem o grau de eficácia ou, eventualmente, reiniciar o processo de gestão preventiva a partir, fundamentalmente, da segunda fase (reavaliação de riscos).

Quer na fase de monitorização, quer nesta fase, de revisão, será imprescindível criar indicadores de medição de resultados que permitam ser comparados com valores de referência que, infelizmente, ainda não existem (nem em Portugal, nem na União Europeia). A primeira tentativa no sentido de encontrar indicadores num quadro europeu de prevenção de riscos psicossociais está a ser feita no âmbito do Projecto PRIMA-EF (*The European Framework for Psychosocial Risk Management*) (Leka & Cox,

peço de direcção e chefia, com excepção das previstas nas alíneas a) a j) do n.º 1, definindo em acta os limites e condições do seu exercício».

2008b)¹⁰⁴. Também o *Institut National de Recherche et de Sécurité*, de França, complementou a sua metodologia-processo de prevenção de riscos psicossociais (INRS, 2007a) com a elaboração de um guia definido, nos termos do próprio documento, como «um instrumento de diagnóstico de riscos psicossociais» (INRS, 2008b). Em cada um dos três tipos de indicadores (de risco, de resultados e de meios) aí referidos consta um conjunto de indicadores que podem ser úteis nesta fase de revisão. A elaboração de uma bateria de indicadores e a sua análise devem ser feitas pelo Psicólogo da Saúde Ocupacional. Podem vir a integrar esta bateria de indicadores, nomeadamente, os seguintes, de acordo com o INRS (2007b): a) indicadores ligados ao funcionamento da empresa (e.g., indicadores de tempo de trabalho; indicadores de movimento de pessoal; indicadores de actividade da empresa ou serviço; indicadores de relações sociais na empresa; indicadores de formação e de remuneração; indicadores de organização do trabalho); b) e indicadores em saúde e segurança (de acidentes de trabalho; de doenças profissionais; de situações psicossociais graves, como caso de suicídios ou de assédio; indicadores de situações de trabalho degradadas de tipo violência verbal; indicadores de stresse crónico; indicadores de patologias diagnosticadas e qualificadas pelo Centro Nacional de Doenças Profissionais; indicadores de actividade do Serviço de Saúde Ocupacional e, em particular, do Sector de Psicologia da Saúde Ocupacional)¹⁰⁵.

¹⁰⁴ Consultar, em particular, na publicação editada por Stavroula Leka e Tom Cox, com o título *The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF*, [disponível em <http://prima-ef.org/book.aspx>, em Junho de 2009], publicada em finais de 2008, o Capítulo 2: (Monitoring Psychosocial at Work, pp. 17-36); o Capítulo 6 (Corporate Social Responsibility & Psychosocial Risk Management, pp. 114); e Capítulo 7 (Psychosocial Risk Management: The Importance and Impact of Policy Level, pp. 116-135). Em todos estes Capítulos constam um conjunto de indicadores de monitorização de riscos psicossociais no trabalho. Importantes, a este nível, numa perspectiva de epidemiologia social, são os trabalhos que têm vindo a ser desenvolvidos por Glória Villalobos, Professora da Universidade Pontifícia Javeriana, de Bogotá (Colômbia) (Villalobos, 2004).

¹⁰⁵ De importância também é o Relatório sobre a determinação da medida e sobre a monitorização dos riscos psicossociais efectuado por Philippe Nasse (magistrado honorário) e Patrick Légeron (médico psiquiatra) enviado ao Ministro do Trabalho e da Solidariedade de França, Xavier Bertrand, em 12 de Março de 2008 (Nasser & Légeron, 2008), onde se distinguem seis tipos de indicadores de interesse para a monitorização e revisão da prevenção de riscos psicossociais (os autores, aqui, estão a pensar em indicadores à escala nacional): a) um indicador global («o que permite identificar simultaneamente os perigos que provocam o risco e a situação mental do indivíduo afectado por ele» – p. 19) e indicadores específicos («os que identificam aspectos determinados de um risco psicossocial específico» - id., ibid.) de risco psicossocial; b) indicadores tirados de inquéritos (internacionais, comunitários ou nacionais); c) indicadores específicos tirados de dados administrativos; d) e indicadores específicos que podem ser melhorados com medidas de baixo custo (indicadores de movimento de mão de obra; indicadores de absentismo; taxa de suicídios); indicadores específicos que requerem investimentos mais avultados. Por sua vez, em Stavroula Leka e Tom Cox, identificam-se indicadores a quatro níveis: a) dos factores organizacionais (políticas e recursos; cultura organizacional; relações de trabalho); b) a nível dos factores de trabalho (condições de emprego; desenho organizacional; qualidade do trabalho); c) a nível dos resultados (indicadores

8.7.2. Métodos e técnicas de prevenção

Por *metodologia* de gestão preventiva de riscos psicossociais entende-se, no âmbito deste trabalho, o conjunto constituído pelo processo de gestão preventiva e pelos métodos e técnicas de prevenção de riscos psicossociais. Por *métodos* e *técnicas* entende-se, respectivamente, o conjunto de procedimentos técnicos específicos e os instrumentos utilizados na recolha de dados, no seu tratamento e análise e na implementação, monitorização e revisão das acções tomadas no âmbito do processo de gestão preventiva de riscos psicossociais.

Pode haver métodos e técnicas de natureza quantitativa – as que usam «a quantificação tanto nas modalidades de [recolha] de informações, quanto no tratamento destas, através de técnicas estatísticas» (Michel, 2005, p. 32) ou métodos e técnicas de natureza qualitativa – as que se fundamentam «na discussão da ligação e correlação de dados interpessoais, na co-participação das situações dos informantes, analisados a partir da significação que estes dão aos seus [actos]» (*id.*, p. 33) ou, segundo Mucchielli (1991, p. 91) «técnicas de recolha e de análises [...] [que se usam] com o fim de explicitar, em compreensão, “um facto humano”», ou quando «o objecto de uma investigação [...] é um fenómeno humano [...] global e complexo de evolução cultural» (*ibid.*, pp. 91-92), em que «o fenómeno essencial é que o instrumento da investigação faz corpo com o investigador, está inteiramente integrado com a sua pessoa» (*ibid.*, p. 92).

O inquérito por questionário é a técnica quantitativa mais utilizada em Ciências Sociais para recolha de dados e os métodos estatísticos e matemáticos são os métodos quantitativos utilizados para o tratamento e a análise dos dados recolhidos (Boudon, 1990; Ghiglione & Matalon, 1993; Giddens, 1997). O questionário é também a técnica quantitativa mais utilizada na recolha de informação de riscos psicossociais (*e.g.*, Melía *et al.*, 2005). A observação participante, o estudo de caso, a pesquisa comparada, a investigação-acção, são os métodos qualitativos usados em Ciências Sociais (May, 2004; Michel, 2005; Yin, 2006) e as técnicas qualitativas mais utilizadas de recolha de dados são a entrevista, as listas de verificação e grelhas de análise, a técnica de *brainstorming* e o grupo focal. Estas duas técnicas são também utilizadas em Ciências Sociais, nomeadamente, na prevenção de riscos psicossociais, como técnicas de intervenção e de resolução de problemas (HSE, 2007a; Gondim, 2002;

de saúde; indicadores de satisfação; taxa de absentismo e de presentismo; custos económicos; capacidade de trabalho); d) a nível das acções preventivas e das intervenções (indicadores de avaliações; indicadores de medidas ou de acções realizadas; indicadores de participação dos trabalhadores).

Villalobos, 2004; Michel, 2005; INSL, 2008; ARACT-Martinique, 2008; Malchair *et al.*, 2008).

A técnica de *brainstorming* começou a ser utilizada como técnica de avaliação de riscos nos hospitais portugueses envolvidos em processos de Acreditação¹⁰⁶. A técnica do grupo focal, contudo, em regra, não tem sido utilizada na prevenção de riscos psicossociais, nem como técnica de recolha de informação nem como técnica de resolução de problemas.

Dado que a identificação de factores de risco psicossocial é uma tarefa complexa (*e.g.*, Rick & Briner, 2000; Caicoya, 2004), a postura metodologicamente mais correcta em matéria de prevenção é a da combinação de metodologias quantitativas e qualitativas (Artacoz & Molinero, 2004) e a utilização, também neste âmbito, de uma estratégia de *triangulação metodológica* (Giddens, 1997; Caicoya, 2002; Artacoz & Molinero, 2004; Villalobos, 2004). Segundo Villalobos (2004, p. 29), «a triangulação metodológica (...) avalia conceptualmente o uso de várias técnicas em torno do mesmo foco temático, permitindo assim superar o juízo de um só instrumento, de modo a que se faça uma abordagem mais compreensiva da complexidade da relação saúde-trabalho», «proporciona uma “fotografia” mais precisa da situação concreta do local de trabalho do que a que decorre apenas da análise quantitativa» (Artacoz & Molinero, 2004, p. 135). A lógica que preside à triangulação é que, se forem utilizados diferentes métodos e diferentes fontes de informação, o diagnóstico será provavelmente mais correcto (Smith, 1996, p. 193). A triangulação pode ser conseguida, relativamente a uma determinada «unidade de risco»¹⁰⁷, nomeadamente, pela integração numa base de dados (com garantia total de anonimato) da informação proveniente dos atendimentos individuais; dos resultados dos *brainstormings*; dos dados de autoavaliações de segurança realizadas pelo GRL; de dados colhidos através de listas de verificação ou de observação directa efectuada pelo Psicólogo de Saúde Ocupacional; dos dados dos questionários; dos dados

¹⁰⁶ Pelo menos em alguns deles. Na maior parte destes hospitais, sem tradição, quase todos eles, em proceder a avaliações de risco para prevenção de riscos ocupacionais, a avaliação pela técnica de *brainstorming* tornou-se o método central e, em alguns casos, único de avaliação de riscos ocupacionais. A primeira tentativa séria de procurar identificar os melhores métodos e as melhores práticas de avaliação de riscos em estabelecimentos de saúde foi a realização do II Encontro Nacional dos Profissionais de Saúde Ocupacional e Gestão de Risco Hospitalar, que decorreu no IPO do Porto, de 8 a 9 de Maio de 2008, que teve como objecto central as Metodologias de Avaliação de Riscos nos Estabelecimentos de Saúde, particularmente as Metodologias Gerais de Avaliação de Riscos, de Avaliação Ergonómica, de Avaliação de Risco de Incêndio, de Avaliação de Riscos Psicossociais e de Avaliação de Riscos Clínicos (APGRES, 2008).

¹⁰⁷ Por «unidade de risco» deve entender-se aqui a unidade sobre a qual vai incidir a avaliação: regra geral, o serviço, ou a unidade funcional.

de saúde produzidos pela actividade da Medicina do Trabalho e dos dados de absentismo colhidos junto do Departamento ou Serviço de Gestão de Recursos Humanos. Isto, sem prejuízo de outras fontes de dados como a realização de entrevistas colectivas ou a constituição de grupos focais.

Compete ao Psicólogo de Saúde Ocupacional reunir e analisar toda esta informação. Para esta tarefa é importante criar-se o necessário apoio informático e desenvolver aplicações informáticas específicas para a gestão preventiva de riscos psicossociais. Não se conhece qualquer aplicação, ao menos em Portugal, que corresponda a estes requisitos. Em geral, todas as metodologias de avaliação de riscos psicossociais conhecidas que assentam no uso de questionários (ver Coelho, 2010) assentam em aplicações informáticas próprias, que se destinam, contudo, a efectuar, sobretudo, o tratamento dos dados dos questionários e não a integrar os dados numa lógica de triangulação.

8.8. A participação dos interessados no processo de gestão preventiva

A prevenção de riscos psicossociais requer o envolvimento e a participação de todos os principais actores do hospital: do Conselho de Administração, dos Directores de Serviço e Gestores de Risco Local e, fundamentalmente, dos trabalhadores. A participação dos trabalhadores nas avaliações de risco constitui, diz Balandi (1997, p. 858), «a inovação mais relevante dos elementos estruturais trazidos pela Directiva-Quadro que vieram integrar os direitos dos trabalhadores em matéria de segurança e saúde no trabalho». A participação é um dos princípios básicos de avaliação de riscos psicossociais defendido por todos os autores e por todas as metodologias de avaliação de riscos psicossociais. No caso concreto da gestão preventiva de riscos psicossociais em meio hospitalar, a participação é assegurada, nomeadamente, através: a) da figura do GRL (que poderá atingir largas dezenas de pessoas num hospital de médias dimensões); b) da presença dos trabalhadores nos *brainstormings* (sendo o *brainstorming* constituído por um mínimo de cinco e um máximo de 10 elementos, num hospital médio, com cerca de 80 serviços, poderão participar nas avaliações de risco, no momento da realização dos *brainstormings*, entre 400 a 800 trabalhadores); c) da presença dos GRL e dos trabalhadores nos grupos focais; e) no momento do preenchimento dos questionários; f) nos atendimentos individuais junto do Psicólogo da Saúde Ocupacional; f) nas entrevistas individuais e colectivas; g) e através das notificações de risco.

8.9. A formação em gestão preventiva de riscos psicossociais

A formação é vista como um dos meios mais importantes na prevenção de riscos psicossociais. É importante, desde logo, porque permite conservar ou adquirir recursos (neste caso, recursos pessoais), os quais constituem, como

já se referiu (*e.g.*, Hobfoll, 1989, 1998; Salanova, 2003; Salanova *et al.*, 2005; Salanova *et al.*, 2007; Lorente, Salanova & Martínez, 2007) um dos meios principais de prevenção de riscos psicossociais, que o hospital deve procurar gerir com o máximo rigor e precisão para actuar sobre os indivíduos. Os recursos são entendidos aqui, no sentido que lhe é dado pela Metodologia RED-WONT (Salanova *et al.*, 2005), como «factores protectores», ou seja como factores que «são funcionais, na medida em que permitem atingir metas laborais, reduzir as exigências e os seus custos fisiológicos e psicológicos e estimular o crescimento pessoal, a aprendizagem e o desenvolvimento» (*id.*, *ibid.*, p. 136). Mas a formação é também um importante meio de prevenção de riscos psicossociais na medida em que, através dela, os trabalhadores hospitalares podem adquirir habilidades e conhecimentos para saberem lidar com os diferentes riscos psicossociais a que podem estar submetidos, nomeadamente, para lidar com a morte e com a doença, para lidar com os riscos do trabalho emocional e com a violência no trabalho ou com as demais situações de pressão de natureza psicossocial a que os profissionais de saúde estão sujeitos na realização do seu trabalho.

Podem ser implementadas através da formação, medidas que têm a ver: a) com os *factores estruturais do indivíduo* (*e.g.*, com as características de personalidade do trabalhador, com o *locus de control*, com a inteligência emocional, com a resistência e a dureza, com as atitudes, com a esperança, com o sentido de coerência, com a tolerância, com os hábitos saudáveis, com o exercício físico, com a dieta alimentar e com a não utilização de drogas); b) com *factores funcionais* do indivíduo (habilidades sociais, comunicação, assertividade, habilidades para a realização de tarefas, gestão de tempo, estratégias de afrontamento resolutivas, resolução de problemas, moduladores do trabalho, estratégias de afrontamento paliativas, relaxamento e respiração e moduladores do trabalhador); c) ou com a *prevenção da saúde* como meta pessoal (implicação pessoal, gestão de recursos emocionais, prevenção da saúde como estrutura e prevenção da saúde como processo).

Um dos mais importantes recursos individuais a conservar ou a adquirir por via da formação em matéria de prevenção de riscos psicossociais no trabalho tem a ver com o papel das crenças de auto-eficácia (Melia *et al.*, 2005; Salanova, 2003; Salanova *et al.*, 2004; Salanova, Bresó & Schaufeli, 2005; Salanova, Grau & Martínez, 2005; Salanova & Schaufeli, 2009).

De acordo com a lei, «o empregador deve elaborar planos, anuais ou plurianuais, com base no diagnóstico das necessidades de qualificação dos trabalhadores» (n.º 1 do artigo 165.º, n.º 1 da Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho). Um plano anual de formação em prevenção de riscos psicossociais

não deve ser um mero amontoado ou justaposição de acções sem nexos ou com objectivos imprecisos e sem finalidades específicas.

A formação em prevenção de riscos não pode, contudo, esgotar-se apenas nos trabalhadores. Também os gestores carecem de formação a este nível. Aos gestores devem exigir-se, nomeadamente, competências comprovadas em estilos de liderança positiva (Cunha, Rego & Cunha, 2007; HSE, 2007b, 2008, 2009a, 2009b; Barling & Carson, 2008; Nogareda, 2007, p. 26; Peiró & Rodríguez, 2008), controladas por sistemas eficazes de avaliação de desempenho e pela implementação obrigatória de estruturas organizacionais e procedimentos internos que contrariem tendências autocráticas e «tóxicas». Um bom programa de formação a este nível pode ser organizado em torno das competências e subcompetências identificadas pelo HSE referidas no Capítulo 5 deste livro.

Tradicionalmente, o diagnóstico de necessidades em formação, quando existe, resulta da auscultação a cada responsável de serviço sobre as acções de formação que identifica como necessárias. Em regra, poucas acções de formação têm sido, até agora, dirigidas, especificamente, a fornecer aos profissionais recursos com finalidades preventivas de risco psicossocial. Para que as acções de formação possam ter uma finalidade objectiva e precisa de prevenção é necessário que se possa fazer a identificação das necessidades de formação, relacionando-as com os resultados das avaliações de risco psicossocial previamente efectuadas. A identificação de factores de risco inerentes ao indivíduo deve permitir, em sede de avaliação de riscos, a identificação dos recursos que a organização (o hospital) terá de fornecer ao indivíduo, designadamente através da formação, de modo a protegê-lo contra os danos psicossociais a que pode vir a ficar sujeito. Neste momento, com excepção da Metodologia RED-WONT, nenhuma outra metodologia parece estar em condições de permitir essa identificação¹⁰⁸.

¹⁰⁸ A Metodologia RED-WONT da Universidade Jaume I (Salanova et al., 2005) é, também neste aspecto, a única que permite a identificação de necessidades formativas com finalidades preventivas logo em sede de avaliação de riscos psicossociais. Permite, além disso, que essa identificação seja feita de imediato, visto que o questionário pode ser preenchido on-line e fornecer de imediato o respectivo feedback quer ao respondente, relativamente ao seu questionário acabado de preencher, quer ao Psicólogo da Saúde Ocupacional, relativamente a todos os questionários preenchidos por esta via. O questionário permite identificar os seguintes recursos pessoais/necessidades de formação: auto-eficácia, eficácia grupal percebida, competências profissionais, competências emocionais e competências mentais (Salanova et al., 2006). Permite também identificar, classificado como recurso laboral, o estilo de liderança, que pode servir de diagnóstico à necessidade de formação dos gestores quanto às competências que estes devem possuir em matéria de prevenção de riscos psicossociais. Quanto às competências a desenvolver, em concreto, o HSE, baseado na investigação que efectuou ao longo de 2007 e 2008 (HSE 2007b, 2008), vai desenvolver durante todo o ano de 2009, em aditamento, formação on-line e ferramentas que irão estar disponíveis gratuitamente no website do HSE: www.hse.gov.uk/stress

CONCLUSÃO

Os gestores hospitalares são os principais responsáveis pela existência e prevenção de riscos psicossociais, pela promoção de um bom ambiente psicossocial, e pela garantia do direito dos trabalhadores à saúde mental. As atitudes e competências dos gestores hospitalares são decisivas para atingir estes objectivos: não gerando, ou não deixando gerar, riscos, através de comportamentos «tóxicos», seus ou alheios; criando um sistema eficaz de gestão preventiva de riscos psicossociais; afectando os meios necessários à prevenção de riscos e à promoção da saúde; e tomando as decisões necessárias à criação e manutenção de uma boa organização do trabalho.

A perspectiva presente ao longo do trabalho é a da gestão e a do gestor hospitalar. Não é a do Médico do Trabalho, nem a do Técnico de Segurança e Higiene no Trabalho, nem a do Psicólogo da Saúde Ocupacional. O novo paradigma de Saúde Ocupacional da Directiva-Quadro de Segurança e Saúde no Trabalho, de 1989, exige dos gestores um papel activo na gestão preventiva de riscos psicossociais. Deles, em primeiro lugar, depende a eficácia da prevenção.

Quer por força da lei, quer, nomeadamente, por força do convite que lhes é formulado pelo *Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-Estar* (Comissão Europeia, 2008), subscrito por todos os Ministros da Saúde da União Europeia, na Conferência Europeia de Alto Nível «Juntos pela Saúde Mental e Bem-Estar», realizada em Bruxelas, a 12-13 de Junho de 2008, os gestores hospitalares estão obrigados a agir na saúde mental no trabalho através de medidas destinadas, nomeadamente, a melhorar a organização no trabalho, a cultura organizacional e as práticas de liderança para promover o bem-estar e a saúde mental, incluindo a reconciliação do trabalho com a vida familiar; a implementar programas de saúde mental e bem-estar com avaliação do risco, assim como de programas de prevenção para situações potencialmente adversas para a saúde mental dos trabalhadores (stress, violência ou assédio moral no trabalho, consumo de álcool e drogas) e ainda de mecanismos de intervenção precoce no trabalho.

Com o presente trabalho pretende-se informar e sensibilizar os gestores hospitalares para o seu dever de prevenção de riscos psicossociais no trabalho como meio e garantia do direito dos trabalhadores hospitalares à saúde mental. Pretende-se, igualmente, fornecer aos gestores hospitalares

para ajudar os gestores a desenvolverem as competências que os gestores devem possuir para a prevenção de riscos psicossociais no trabalho (HSE, 2009b).

um quadro de referência, teórico e prático, que lhes permita saber o que fazer e como proceder.

Pretende-se que os gestores hospitalares adoptem políticas e procedimentos para lidar com os riscos psicossociais, «recorrendo igualmente a acções menos formais» (ESNER, 2010, p. 11), que passam, designadamente, pela adopção das seguintes medidas: a) aprovação de uma política de prevenção de riscos psicossociais; b) desenvolvimento e integração no processo global de gestão do hospital e da gestão de risco hospitalar, de um sistema de informação de gestão de risco psicossocial; c) criação e implementação de uma metodologia de avaliação e controlo de riscos, baseada na chamada *abordagem de gestão de risco*, isto é, de uma metodologia que assente num processo faseado, sistémico, sistemático e cíclico de gestão de riscos psicossociais, amplamente participado por todos os interessados (Conselho de Administração, Directores de Serviço, Gestores de Risco Local e trabalhadores), em todas as suas fases; d) acções de formação e implementação de alterações na organização do trabalho direccionadas à resolução dos problemas identificados, de preferência de natureza colectiva e horizontal, sempre que for o caso; e) acções de formação obrigatória em prevenção de riscos psicossociais para todos os gestores intermédios (Directores de Serviço e Chefias Técnicas); f) Avaliação das competências e atitudes dos gestores na prevenção de riscos psicossociais e na promoção da saúde no trabalho.

Pretende-se, finalmente, com o presente trabalho, que os hospitais se assumam como organizações de vanguarda na promoção do bem-estar mental no trabalho, enquanto agentes de Saúde Pública que também são.

BIBLIOGRAFIA

- ACS – Alto Comissariado da Saúde (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental (ed.). Lisboa. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde.
- AENOR – Asociación Española de Normalización y Certificación (1997). Norma espanhola experimental, UNE 81905 EX, de Prevenção de Riscos Laborais. Guía para la implementación de un sistema de gestión de la prevención de riesgos laborales (S.G.P.R.L.). Madrid (Espanha)
- Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (2002a). O assédio moral no local de trabalho. *Facts n° 23*. Disponível em <http://agency.osha.eu.int> [Consultado em 12 de Novembro de 2008].
- Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (2002b). *How to Tackle Psychosocial Issues and Reduce Work-related Stress*. Luxembourg. Office for Official Publications of the European Communities.
- Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (2005). *Investigación sobre el estrés relacionado con el trabajo*. Luxemburgo. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (2010). *European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks. Managing safety and health at work (ESENER)*. Luxembourg. Office for Official Publications of the European Communities.
- Albarracín, J. C. B.(2001). *Gestión de la Prevención de los Riesgos Laborales*. Madrid. Ediciones Centro de Estudios Financieros.
- Alli, B. O. (2001). *Fundamentals Principals of Occupational Health and Safety*. Geneve. International Labour Organization.
- Álvarez, R. C. (2002) Concepto de riesgos psicosociales. *Ponencia presentada en la Jornada de Actualización de “Los riesgos psicosociales y su prevención: Mobbing, estrés y otros problemas”*. Madrid, 10 de diciembre de 2002. In: Estudios/investigación. Disponível em www.mtas.es/insht [Consultado em 10 de Fevereiro de 2008].
- Álvaro Estramiana, J. L. & Garrido Luque, A. (2003). Teoría sociológica y vínculos psicosociales. In: José Luís Álvaro Estramiana (ed.). *Fundamentos sociales del comportamiento humano*, pp. 45-110. Barcelona. EDIUOC.
- Alves, H., Campos, F. & Neves, A. (2007). Aplicação da técnica criativa “Braisntorming Clássico” na geração de alternativas na criação de games. In: *Anais do VI Simposio Brasileiro de Jogos para Computador e*

Entretenimento Digital, Vol. I, pp. 1-3. Disponível em www.fabiocampos.com/wp/?p=136 [Consultado em Abril de 2008].

ANACT – Agence National pour l'Amélioration des Conditions de Travail (2001). Prévenir les risques professionnels. Guide méthodologique à destination des établissements du secteur public sanitaire et sociale. Paris. Éditions Réseau ANACT.

Anhoury, P. & Schneider, B. (2003). Mettre en place une politique globale de gestion des risques hospitaliers. De l'approche fragmentaire au tableau de bord du directeur général. *Gestions Hospitalières*. Janvier, pp. 31-37.

Antunes, J. A. E. (1993). *Os Grupos de Sociedades*. Coimbra. Almeida.

APGRES – Associação Portuguesa de Gestão de Riscos em Estabelecimentos de Saúde (2008). *Livro de Comunicações e Conclusões*. I Encontro Nacional dos Profissionais de Saúde Ocupacional e Gestão de Risco, 8-9 de Maio de 2008, IPO Porto.

Aragonés, J. I. & Américo, M. (2000). *Psicología Ambiental*. Madrid, Pirámide Editora.

Ardid, C. & Zarco, V. (1998). El estrés laboral. In: Andrés Rodríguez Fernández (Coord.). *Introducción a la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones..* Madrid. Editorial Pirámide, 1998, 235-246.

ARACT Martinique – (2008). *ELVI, un outil de diagnostique et de prévention des risques psychosociaux au travail. Guide d'utilisation*. Fort-de-France. ARACT Martinique – Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail.

Aron, R. (1964, 1981). *Dezoito lições sobre a sociedade industrial*. Lisboa. Martins Fontes.

Artacoz, L. & Molinero, E. (2004). Evaluación de los factores de riesgo psicosocial combinando metodología cuantitativa y cualitativa. *Arch Prev Riesgos Labor* 2004, 7 (4), pp. 134-142.

Balandi, G. G. (1997). Lavoro (tutela dei lavoratori). In: M. P. Chiti & G. Greco (eds.). *Trattato di Dritto Amministrativo Europeo. Parte Speciale. Tomo II.*, Milano. Giuffrè Editore, pp. 845-880.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, Vol 84 (2), March, pp. 191-215.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York. Freeman.

Bardelli, P. (1996). *Le modèle de production flexible*. Paris. Presses Universitaires de France.

- Barlín, J. (2003). La violencia en el Lugar de Trabajo. *In: Enciclopedia de Salud Y Seguridad en el Trabajo*. www.mtas.es/insht/ [Consultado em 30 de Novembro de 2008].
- Barling, J. & Carson, J. (2008). Mental Capital and Wellbeing: Making the most of ourselves in the 21st century. State-of-Science Review: SR-C3. The Impact of Management Style on Mental Wellbeing at Work.. *Foresight Mental Capital and Wellbeing Project*. London. The Government Office for Science.
- Barling, J. & Griffiths, A. (2003). A History of Occupational Health Psychology. *In: Handbook of Occupational Health Psychology*. Edited by James Campebell Quick and Lois E. Tetrick. Washington D.C. American Psychological Association.
- Beaud, M. (2006). *L'art de la thèse. Comment préparer et rédiger un mémoire de master, une thèse de doctorat ou tout autre travail universitaire à l'ère du Net*. Paris. La Découvert.
- Bellovi, M. B., Nubiola, M. B., Vilella, E. C., Farrás, J. G., De Frutos, M. O., Ardanuy, T. P., Beberid, S. R. & Del Pino, J. M. T. (2003). *Condiciones de trabajo y salud*. Madrid. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Benavides, G. F., Ruiz-Frutos, C. & Garcia, A. M. (2004). *Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Madrid. Masson.
- Bilbao, J. P. & Cuixart, C. N. (1998). *Nota Técnica de Prevención: Violencia en el Lugar de Trabajo*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Disponível em www.mtas.es/insht [Consultado em 30 Novembro de 2008].
- Boudon, R. (1990). *Os Métodos em Sociologia*. Lisboa. Edições Rolim.
- Bouvier, P. (1991). *Le Travail*. Paris. Presses Universitaires de France.
- Bridger, R. S. (1995). *Introduction to Ergonomics*. New York. McGraw-Hill.
- BTS – Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la Sécurité (2002). Le stress au travail. *Bulletin d'Information du Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la Sécurité* N.º 19-20, Numéro spécial. Septembre 2002.
- Caborn, J. & Gold, D. (2003). *An overview of selected references related to SOLVE*. ILO (International Labour Organization). Disponível em www.ilo.org. [Consultado em 12 Março de 2007]

- Cabral, F. & Roxo, M. (2006). *Segurança e Saúde no Trabalho. Legislação Anotada*. 4.^a Edição. Coimbra. Almedina.
- Caicoya, M. (2004). Dilemas en la evaluación de riesgos psicosociales. *Arch. Prev. Riesgos Laborales* 2004; 7 (3), pp. 109-118.
- Cañas, J. J. & Waerns, Y. (2001). *Ergonomía Cognitiva. Aspectos Psicológicos de la Interacción de las Personas con la Teoría de la Información*. Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Castillo, J. L. & Prieto, C. (1990). *Las Condiciones de Trabajo*. Madrid. Centro de Investigaciones Sociales.
- CCOHS – Canada’s National Occupational Health & Safety Resource (2008). Job Design. Disponível em http://www.ccohs.ca/oshanswers/programms/job_design.html? [Consultado em 17 de Julho de 2008]
- Cheng, P. Y.; DeArmond, S. & Huang, Y. H. (2007). Occupational Health Psychology. In: S.G. Rogelberg (ed.). *The Encyclopedia of Industrial and Organizational Psychology*. California. Sage Publishing, pp. 525-528.
- Cherubin, N. A. (1998). *Administrador Hospitalar. Um compromisso com a ciência e a arte*. S. Paulo. Edições Loyola.
- Clarke, S. & Cooper, C. L. (2000). The risk management of occupational stress. *Health, Risk & Society*, 2, pp. 173-187.
- Clarke, S. & Cooper, C. L. (2004). *Managing the Risk of Workplace Stress*. London and New York. Routledge.
- Coelho, J. A. (2002). *Serviço Nacional de Saúde e Saúde Ocupacional*. Cadernos INA. Oeiras. Instituto Nacional de Administração.
- Coelho, J. A. (2008). *Uma Introdução à Psicologia da Saúde Ocupacional*. Porto. Edições da Universidade Fernando Pessoa.
- Coelho, J. A. (2010). *Prevenção de Riscos Psicossociais no Trabalho em Hospitais*. Porto. Edições da Universidade Fernando Pessoa.
- Comissão Europeia (2001). *Promover um quadro europeu para a responsabilidade social das empresas. Livro Verde (apresentado pela Comissão)*. Luxemburgo. Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- Comissão Europeia (2002). *Comunicação da Comissão relativa à Responsabilidade Social das Empresas: Um contributo das empresas para o desenvolvimento sustentável*. Luxemburgo. Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

- Comissão Europeia (2004). *Corporate Social Responsibility and Safety and Health at Work*. Luxembourg. Office des Publications Officielles des Communautés Européennes.
- Comissão Europeia (2005). *Improving the Mental Health of the Population. Towards a Strategy on Mental Health for the European Union*. Green Paper. Luxembourg. Office for Official Publications of the European Communities.
- Comissão Europeia (2008). *European Pact for Mental Health and Well-being*. EU High Level Conference “Together for Mental Health and Well-being”. Brussels, 12-13 June 2008. Disponível em [http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_styele/mental_health_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental_health_en.htm) [Consultada em 10 de Janeiro 2009].
- Cordovil, I. (2004). A Responsabilidade Social das Empresa. Contributo do Instituto Nacional para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho. *Textos sobre Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho*. Lisboa. Instituto Nacional para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.
- Cornaton, M. (1979). *Grupos e Sociedade. Introdução à Psicossociologia*. Lisboa. Editorial Veja.
- Coutrot, T. (1999). *Critique de l'organisation du travail*. Paris. Éditions La Découverte.
- Cox, T. (1993). *Stress Research and Stress Management: Putting Theory to Work*. Centre for Organizational Health and Development, Department of Psychology, University of Nottingham G7 2RD. London. Health & Safety Executive.
- Cox, T. & Cox, S. (1993). *Psychosocial and Organizational Hazards at Work*. European Occupational Health Series No. 5. Geneva. World Health Organization Regional Office.
- Cox, T. & Griffiths, A.; Barlowe, C.; Thomson, L.; Rial-González, E. (2000). *Organisational interventions for work stress. A risk management approach*. London. Health & Safety Executive.
- Cox, T., Griffiths, A. & Cox, S. (1996). *Work-related stress in nursing: Controlling the risk to health*. Geneva. International Labour Office.
- Cox, T., Randall, R. & Griffiths, A. (2002). *Interventions to control stress at work in hospital staff*. Sudbury. HSE Books.
- CRUE – Conferencia de Rectores de Universidades Españolas (2006). Actuaciones específicas recomendadas para las Universidades en el ámbito de los riesgos psicosociales. *Seminário permanente del Grupo de Trabajo sobre Calidad Ambiental y Desarrollo Sostenible*. Universidad de Málaga, 9 y 10 de Octubre de 2006. Disponível em

www.uma.es/publicaciones/prevencion/wwwuma/478/pdf. [Consultado em 1 de Agosto de 2008].

- Cuixart, C. N., (2004). Psychosocial interventions: The Spanish experience. *In: Partnership for Europe Research in Occupational Health – PEROSH (2004). European Ways to Combat Psychosocial Risks at Work.* TNO Work and Employment/PEROSH.
- Cunha, M. P., Rego, A. & Cunha, R. C. (2007). *Organizações Positivas.* Lisboa. Publicações D. Quixote.
- Davezies, P. (1999). Évolution des organisations du travail et atteintes à la santé. *Travailler. Revue Internationale de Psychopathologie et Psychodynamique du Travail, n.º 3.* Paris. Conservatoire National des Arts et Métiers.
- Daza, F. M. & Bilbao, J. P (1998). NTP 476: El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- De Kayser, V., Peters, S. & Malaise, N. (2003). *10 Ans de Recherche en Psychologie du Travail et des Organisations en Belgique.* Service de Psychologie du Travail et des Entreprises – Université de Liège.
- Dewe, P. & Kompier, M. (2008). *Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Wellbeing and work: Future Challenges.* London. The Government Office for Science.
- Demourgues, M-C. (1979). *O trabalho humano.* Lisboa. Editorial Inquérito.
- DGFP/MAP – Dirección General de la Función Pública/Ministério de Administraciones Públicas (2007). *Critérios de Actuación para la Prevención del Estrés en la Administración General del Estado.* Documento presentado a la Comisión Técnica de Prevención de Riesgos Laborales el 25/10/2007. Madrid. Dirección General de la Función Pública/Ministerio de Administraciones Públicas.
- DGHT-Direction générale Humanisation du Travail (2007). *La prévention de la charge psychosocial au travail: stress, violences, harcèlement moral et sexuel.* Bruxelles, Cellule Publications du Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale. Disponível em <http://www.meta.fgov.be> [Consultado em 17 de Março 2008].
- DHOS – Direction de L’Hospitalisation et de l’Organisation des Soins (2004). *Circulaire DHOS/E2/E4 N.º 176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d’un programme de gestion des risques dans les établissements de santé.* Disponível em www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/circ176.pdf [Consultado em 25 Março de 2007]

- Díaz, M. (1996). *Técnicas de Prevención de Riesgos Laborales. Seguridad e Higiene del Trabajo*. Segunda edición. Madrid. Editorial Tébar Flores.
- Dols, J. M. F., Levillaín, P. C., Fernández, L. V. O. & Santiago, J. B. (2007). *Tratado de Psicología Social. Vol. II. Interacción social*. Madrid. Editorial Síntesis.
- Doménech, M. L., Iñiguez, L. & Tirado, F. (2003). George Mead y la Psicología de los Objetos. *Psicología & Sociedad*; 15 (1), Jan./Jun., pp. 18-36.
- Dorison, C. (1993). *Le travail*. Paris. Hatier.
- Edwards, J., Caplan, R. & Harrison, R. V. (1998). Person-Environment Fit Theory. Conceptual Foundations, Empirical Evidence, and Directions for Future Research. In: Cary L. Cooper (Ed.). *Theories of Organizational Stress*. New York. Oxford University Press.
- EORG – European Opinion Research Group (2003). *The Mental Health Status of the European Population*. The Standard Eurobarometer 58.2. Disponível em http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental_eurobaro.pdf [Consultado em 8 Outubro de 2008]
- ENWHP – European Network for Workplace Health Promotion (1997). *Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion*. Version of June 2005. Luxembourg. November, 27-28.
- Escalante, J. N. (2008). Un liderazgo asertivo para una prevención persuasiva. *Seguridad y Medio Ambiente*, N.º 110, Segundo Trimestre, 2008, pp. 7-14.
- Férrnandez, M. V. (2005): *Impacto laboral del estrés*. Bilbao. Lettera Publications.
- Ferreira, C. (1984). 10 reflexões sobre o papel do médico na administração hospitalar. Encontro sobre «O papel dos médicos na administração hospitalar (mimeografia), Coimbra, 1984. In: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, n.º 1/82, Janeiro/Junho, 1986, pp. 76-80.
- Fischer, G.-N. (1994): *Psicologia Social do Ambiente*. Lisboa. Instituto Piaget.
- Fischer, G.-N., (1997). *La psychologie sociale*.. Paris. Éditions du Seuil.
- França, M. (1999). *A Acreditação de Hospitais*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Universidade de Coimbra. Faculdade de Economia.
- Freitas, L. C. (2003). *Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho*. Vol. I e II. Lisboa. Edições Universitárias Lusófonas.

- Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (2001a). *Work-related stress and industrial relations*. Disponível em www.eurofound.europa.eu/eiro/2001/11/study/tn0111109s.htm [Consultado em 10 de Julho de 2008].
- Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (2007). *Work-life balance-Solving the dilemma*. Luxembourg. Office for Official Publications of the European Communities.
- Garmendía, J. A. & Luna, F. P. (1993): *Sociologia Industrial y de los recursos humanos*. Madrid. Taurus Ediciones.
- GDLP – Grande Dicionário da Língua Portuguesa* (1981). Lisboa. Sociedade de Língua Portuguesa e Amigos do Livro Editores.
- Ghiglione, R.; Matalon, B. (1993). *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras. Celta Editora.
- Giddens, A. (1997). *Sociologia*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gil, L. H. V. (2001). La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. *In: Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, Núm. 32: 2001, pp. 13-32.
- Gil-Monte, P. & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste Psíquico en el Trabajo. El Síndrome de Quemarse*. Madrid. Editorial Síntesis.
- Giménez, A. G. (2005). La prevención de riesgos laborales en el marco de la Constitución Europea. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, N.º 57 (Marzo de 2005), pp. 353-366.
- Goleman, D. (1997). *Inteligência Emocional*. Lisboa. Temas e Debates.
- Goleman, D. (2006). *Inteligência Social. A Nova ciência das relações humanas*. Lisboa. Círculo de Leitores.
- Gondim, S. M. G. (2002). Grupos focais como técnicas de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *In: Fórum de investigação qualitativa*. N.º 2, 2002, Juiz de Fora. Minas Gerais (Brasil). *Anais...* Juiz de Fora. Faculdade de Educação. 2002.CD.
- Graça, L. (1985). Condições de trabalho e saúde ocupacional: uma abordagem psicossocial. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 3, N.º 2 – Abril/Junho. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública, pp. 27-38.
- Graça, L. (1999). A Promoção da Saúde no Trabalho: A Nova Saúde Ocupacional? Lisboa. *Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho (C/A – Cadernos Avulsos*, 1.
- Gracia, F. J., Silla, I., Peiró, J. M. & Fortes-Ferreira, L. (2006). El estado del contrato psicológico y su relación con la salud psicológica de los empleados. *Psicothema*, Vol. 18, n.º 2, pp. 256-262.

- Granjo, P. (2006). Quando o conceito de «risco» se torna perigoso. *Análise Social*, Vol. XLI (181), pp.1167-1179.
- Greater Peterborough Primary Care Partnership (2007). *Stress at Work Policy*. Disponível em http://www.peterborough.nhs.uk/documents/Freedom%20of%20Information/Policies_and_procedures/Human_resources/Stress%20At%20Work%20Policy%20May%202005.pdf?preventCache=21/09/2005+13:52 [Consultado em 19 de Março de 2009].
- Guéry, G. (1997). *Viver a Europa Social*. Lisboa. Instituto Piaget.
- Guilam, M. C. R. (1996). O Conceito de Risco. Sua utilização pela Epidemiologia, Engenharia e Ciências Sociais. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/> [Consultado em 2 Abril de 2009].
- Guimarães, L. A. M. & Rimoli, A. O. (2006). “Mobbing” (Assédio Psicológico) no Trabalho: Uma Síndrome Psicossocial Multidimensional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Mai-Ago 2006, Vol. 22, n.2, pp. 183-192.
- Gvichiani, G. (1977). *O Sistema de organização e gestão socialista. Análise crítica das teorias capitalistas de gestão*. Lisboa. Moraes Editores.
- Hämäläinen, R.-M. (2008). *The Europeanisation of occupational health services. A study of the impact of EU policies*. People and Work Research Reports 82. Helsinki, Finnish Institute of Occupational Health.
- Hanson, A. (2007). *Workplace Health Promotion. A salutogenic Approach*. Bloomington, Indiana, EUA, AuthorHouse.
- Heilborn, G.L. (1985). *Curso de Organização e Métodos*. S. Paulo. Fundação Getúlio Vargas. Escola Brasileira de Administração Pública.
- Hirigoyen, M-F. (1999). *Assédio, Coacção e Violência no Quotidiano*. Lisboa. Pergaminho.
- Hirigoyen, M-F. (2002). *O Assédio Moral no Trabalho. Como distinguir a verdade*. Lisboa. Pergaminho.
- Hobfoll, S. (1998). *Stress, Culture and Community: The Psychology and Philosophy of Stress*. New York. Plenum.
- Houdmont, J., Leka, S. & Bulger, C. A. (2008). The Definition of curriculum areas in occupational health psychology. In: Jonathan Houdmont & Stavroula Leka (ed.). *Occupational Health Psychology. European Perspectives on research, education and practice*. Vol. 3, pp. 145-169, Nottingham University Press.
- HSE – Health & Safety Executive (2001). *How to organise and run focus group*. Disponível em

<http://www.hse.gov.uk/stress/standards/pdfs/focusgroups.pdf> (Consultado em Dezembro de 2009).

- HSE – Health & Safety Executive (2003). *Beacons of excellence in stress prevention*. Research Report 133. London. HSE Books.
- HSE – Health & Safety Executive (2007a). *Managing the causes of work-related stress. A step-by-step approach using the Management Standards*. Sudbury. HSE Books.
- HSE – Health & Safety Executive (2007b). *Management competencies for preventing and reducing stress at work. Identifying and developing the management behaviours necessary to implement the HSE Management Standards*. Phase I. Research Report 553. London. HSE Books.
- HSE – Health & Safety Executive (2008). *Management competencies for preventing and reducing stress at work. Identifying and developing the management behaviours necessary to implement the HSE Management Standards*. Phase II. Research Report 633. London. HSE Books.
- HSE – Health & Safety Executive (2009a). *Preventing stress. Promoting positive manager behaviour*. Research insight. Investors in People/HSE/CIPD. Disponível em www.hse.gov.uk [Consultado em 4 de Agosto de 2009]
- HSE – Health & Safety Executive (2009b). *Line management behaviour and stress at work. Refined framework for line managers*. Investors in People/HSE/CIPD. Disponível em www.hse.gov.uk [Consultado em 4 de Agosto de 2009]
- HSE – Health & Safety Executive (2009c). *An example of a stress policy*. Disponível em <http://www.hse.gov.uk/> [Consultado em 19 de Março de 2009].
- HSENI – Health & Safety Executive for Northern Ireland (2007). *Stress Management Toolkit*. HSNI. Disponível em http://www.hseni.gov.uk/index/stress_management.htm [Consultado em 19 de Março de 2009].
- ICOH – International Commission on Occupational Health (2002). *International Code of Ethics for Occupational Health Professionals*. First updating: 2002. Rome (Italy). ISPESL (National Institute for Occupational Safety and Prevention). Disponível em http://www.ichoweb.org/core_docs/code_ethics_eng.pdf [Consultado em 7 de Maio de 2009].

- IGAS – Inspeção das Actividades em Saúde (2008). *Relatório de Actividades – 2008*. Disponível em www.igas.min-saude.pt/. [Consultado em 10 de Agosto de 2009].
- IGT – Inspeção-geral do Trabalho (2005). *Aspectos Essenciais da Disciplina Legal da Segurança e Saúde do Trabalho*. Lisboa. Inspeção – Geral do Trabalho.
- INRS – Institut National de Recherche et de Sécurité (2004). *Évaluation des risques professionnels. Questions-réponses sur le document unique*. Paris. Institut National de Recherche et de Sécurité. Disponível em [http://www.inrs.fr/INRS-PUB/inrs01.nsf/inrs01_catalog_view_view/332A4ADB11562290C1256CD9005195FB/\\$FILE/ed887.pdf](http://www.inrs.fr/INRS-PUB/inrs01.nsf/inrs01_catalog_view_view/332A4ADB11562290C1256CD9005195FB/$FILE/ed887.pdf) [Consultado em 11 de Abril de 2008]
- INRS – Institut National de Recherche et de Sécurité (2007a). *Stress au travail. Les étapes d'une démarche de prévention*. Paris. Institut National de Recherche et de Sécurité.
- INRS – Institut National de Recherche et de Sécurité (2007b). *Dépister les risques psychosociaux. Des indicateurs pour vous guider*. Paris. Institut National de Recherche et de Sécurité.
- INSHT – Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (1993). NTP 296: *El grupo de discusión*. Disponível em www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/201a300/ntp_296.pdf. Consultado em 11 de Abril de 2008 [Disponível em 10 Janeiro de 2009].
- INSHT – Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (1996). NTP 443: *Factores psicosociales: metodologia de evaluación*. Disponível em www.mtas.es/insht/ntp/ntp_443.htm [Consultado em 11 de Abril de 2008].
- INSHT – Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (1997a). NTP 445: *Carga mental de trabajo: fatiga*. Disponível em www.mtas.es/insht/ntp/ntp_445.htm [Consultado em 11 de Abril de 2008].
- INSHT – Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2005). NTP 702: *El proceso de evaluación de los factores psicosociales*. Disponível em www.mtas.es/insht/ntp/ntp_702.htm [Consultado em 11 de Abril de 2008].
- INSHT – Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2007). NTP 720: *El trabajo emocional: concepto y prevención*. Disponível em www.mtas.es/insht/ntp/ntp_720.htm [Consultado em 11 de Abril de 2008].
- INSHT – Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2009). *Experiencias en Intervención Psicosocial*. Madrid. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Disponível em www.mtas.es/insht/ [Consultado em 28 de Maio de 2009].

- INSL – Instituto Navarro de Salud Laboral (2005). *Procedimiento general de Evaluación Laborales*. Pamplona. Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra.
- INSL – Instituto Navarro de Salud Laboral (2008). *Principios comunes de la Intervención Psicosocial en Prevención de Riesgos Laborales*. Pamplona. Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra.
- IRSST– Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et em Sécurité du Travail (2006). *Interventions Organisationnelles et santé psychologique au travail. Une synthèse des approches au niveau international*. Montréal (Québec). Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et em sécurité du travail.
- ISTAS – Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (2005): *Organización del Trabajo, Salud y Riesgos Psicosociales. Guía del delegado y delegada de prevención*. Madrid. Paralelo Edición.
- ISTAS – Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (2006). *Guía sobre la violencia psicológica en el trabajo*. Madrid. Paralelo Edición.
- Jardillier, P. (1993). *Les conditions de travail*. Paris. Presses Universitaires de France.
- João Paulo II, *Encíclica Laborem Exercens*, 14 de Setembro de 1981.
- Jones, J, & Hunter, D. (1995). Consensus methods for medical and health service research. *British Medical Journal*, Volume 311, pp. 380.
- Keele University (2005). *Stress Management Framework and Policy Statement*. Disponível em <http://www.keele.ac.uk/university/hwg/downloads/Stress-policy> [Consultado em 19 de Março de 2009].
- Kendall, E., Murphy, P., O’Neill, V. & Bursnall, S. (2000). *Occupational Stress: Factors that Contribute to its Occurrence and Effective Management. A Report to the Worker’s Compensation and Rehabilitation Commission*. Western Australia. WorkCover.
- Kompier, M. & Cooper, C. (1999). *Preventing Stress, Improving Productivity. European Case Studies in The Workplace*. London. Routledge.
- Kompier, M. A. J. & Kristensen, T. (2001). Organizational work stress interventions in a theoretical, methodological and practical context. In J. Dunhan (Ed.), *Stress in the Workplace: Past, Present and Future* (pp. 164-190). London.
- Kouabenan, D. R., Cadet, B., Hermand, D. & Muñoz Sastre, M. T. (2006). *Psychologie du risque. Identifier, évaluer, prévenir*. Bruxelles. Éditions De Boeck Université.
- Kroemer, K. H. E. & Grandjean, E. (2005). *Manual de Ergonomia. Adaptando o trabalho ao homem*. 5ª Edição. Porto Alegre. Bookman.

- Lacomblez, M., Silva, A. & Freitas, I. (1996). *Ergonomia e Antropometria*. Lisboa. Universidade Aberta.
- Lakatos, E. M. & Marconi, M. A. (1991). *Metodologia Científica*. 2ª Edição Revista e Ampliada. S. Paulo. Atlas Editora.
- Leka, S., Griffiths, A. & Cox, T. (2004): *La organización del trabajo y el estrés*. Geneva. World Health Organisation.
- Leka, S. & Cox, T. (2008a). *Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management. A Resource for Employers and Work Representatives*. Geneva. World Health Organization.
- Leka, S. & Cox, T. (2008b). *The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIM-EF*. Geneva, World Health Organization.
- Leka, S., Griffiths, A. & Cox, T. (2004). *La organización del trabajo y el estrés*. Serie protección de la salud de los trabajadores, n.º 3. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
- Lerouge, L (2005). *La reconnaissance d'un droit à la protection de la santé mentale au travail*. Bibliothèque de Droit Social, Tome 40. Paris. LGDJ – Librairie générale de droit et de jurisprudence.
- Les Cahiers des FPS (2007). Prévenir ensemble les risques d'atteinte psychosociologique au travail. *Les cahiers des facteurs psychosociaux*, n° 7, Août, CATEIS Editeur, Marseille, France.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (1990, 2008). *Investigação Qualitativa. Fundamentos e Práticas*. 3.ª Edição. Lisboa. Instituto Piaget.
- Lida, I. (1997). *Ergonomia. Projeto e Produção*. S. Paulo. Editora Edgard Blücher.
- Linhart, R. & Linhart, D. (1998). L'évolution de l'organisation du travail. In: Jacques Kergoat, Josiane Boutet, Henri Jacot & Danièle Linhart (coords.). *Le monde du travail*. Paris. Éditions La Découverte.
- Llorens, S., Salanova, M. & Martínez (2007). Psicología de la Salud Ocupacional Positiva: concepto y metodología para su evaluación. In: J. Tous, M. A. Carrión y F. López-Barón (coords.). *Promoción de la Salud Ocupacional. Colección 'Psicología de la Salud Ocupacional'* n.º 2. Barcelona (Mollet del Vallés): AEPA. Disponível em www.wont.uji.es/ [Consultado em 18 de Abril de 2009].
- Llorens, S., Schaufelli, W.; Bakker, A. & Salanova, M. (2007). Does a positive gain spiral of resources, efficacy beliefs and engagement exist? *Computers in Human Behavior*, 23, 825-841. Disponível em www.wont.uji.es/ [Consultado em 18 de Abril de 2009].

- Maisonneuve, J. (1997). *Introduction a la Psychosociologie*. Paris. Presses Universitaires de France.
- Malchair, J. (2007). *Strategie SOBANE et Guide de Depistage Deparis*. Serie Strategie SOBANE. Gestion des Risques Professionnels. Belgique. Direction générale Humanisation du travail. Disponível em www.sobane.be [Consultado em 10 Janeiro de 2009].
- Malchair, J., Piette, A., D'Horre, W. & Stordeur, S. (2008). *Guide SOBANE: Aspects psychosociaux*. Série Strategie SOBANE. Belgique. Gestion des Risques Professionnels. Direction générale Humanisation du travail. Disponível em www.sobane.be [Consultado em 10 Janeiro de 2009].
- Marc, E. & Picard, D. (1992). *A Interação Social*. Porto. Rés Editora.
- Marques-Teixeira (2005). Psicopatologia do trabalho: novos desafios. *Revista de Saúde Mental*, Vol. VII, n.º 4, Julho – Agosto, 2005. Disponível em www.saude-mental.net [Consultado em 12 de Fevereiro de 2008].
- Martínez, I. M. M. & Salanova, M. S. (2006). Autoeficacia en el trabajo: el poder de creer que tú puedes. *Estudios Financieros*, Núm. 279, pp. 175-202. Disponível em www.wont.uji.es [Consultado em 20 de Julho de 2009]
- Martins, M. C. A. (2004). Factores de Risco Psicossociais para a Saúde Mental. *Millenium on-line*. *Millenium – Revista do Instituto Politécnico de Viseu*, n.º 29, Junho.
- Masset, P. (1974). *Pequeno Dicionário do Marxismo*. Porto. Editorial Inova.
- May, T. (2004). *Pesquisa Social. Questões, métodos e processos*. 3.ª Edição. Porto Alegre. Artmed Editora.
- Melía, J. J., Nogareda, C., Lahera, M., Duro, A., Peiró, J. M., Pou, R., Salanova, M., Gracia, D., de Bona, J. M.; Bujo, J. C. & Martínez, J. F. (2005). *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicossociales. Evaluation de Riesgos*. Barcelona. Foment del Treball Nacional.
- Mendes, F. (2002). Risco: um conceito do passado que colonizou o presente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 20, N.º 2 – Julho/Dezembro. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública, pp. 53-62.
- Mendes, M. P. S. V. (2007). *A Responsabilidade Social da Empresa no Quadro da Regulação Europeia*. Dissertação de Mestrado. Lisboa. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Merciéca, P. & Bernon, J. (2006). L'unité de travail: une approche concrète des risques. *Travail & Changement*, N.º 310, Septembre/Octobre, pp. 2-3.
- Michel, M.H. (2005). *Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais*. S. Paulo. Editora Atlas.

- Michie, S. (2002). Causes and Management of Stress at Work. *Occupational and Environmental Medicine*, 2002, n.º 59, pp. 67-72.
- Ministério da Saúde (2005). *Plano Nacional de Saúde. Orientações Estratégicas para 2004-2010*. Vols. I e II. Lisboa. Ministério da Saúde.
- Monteiro, M. & Santos, M. R. (2001). *Psicologia*. 1.ª Parte. Porto. Porto Editora.
- Montmollin, M. (1990, 1995). *A Ergonomia*. Lisboa. Instituto Piaget.
- Morris, J.A.; Fieldman, D.C. (1996). The dimensions, antecedents and consequences of emotional labour. *Academy of Management Review*, N.º 21, T. 4, pp. 986-1010.
- Morval, J. (2009). *Psicologia Ambiental*. Lisboa. Instituto Piaget.
- MTAS – Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (España) (2007). Volumen I y II. *Las enfermedades del trabajo: nuevos riesgos psicosociales y su valoración en el derecho de la protección social*. Disponível em www.mtas.es [Consultado em 10 Janeiro de 2008].
- MTAS – Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (España) (2008). *Análisis de la Regulación de los Riesgos Psicosociales*. Disponível em www.mtas.es [Consultado em 10 Janeiro de 2008].
- Mucchielli, A. (1991). *Les méthodes qualitatives*. Paris. Presses Universitaires de France.
- Nasse, P. & Légeron, P. (2008). *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*. Disponível em www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_FINAL_12_mars_2008.pdf [Consultado em 10 de Março de 2008].
- Navarro, A. V. S., Blasco, J. G., Labrada, M. G. & Carro, M. C. (2001). *Derecho de la Seguridad y Salud en el Trabajo*. 3.ª Edición. Madrid. Civitas Ediciones.
- Navarro, J. M. (1995). *Sociología de las relaciones industriales*. Madrid. Editorial Trotta.
- NIOSH (1996). *Occupational Health Psychology*.
In: www.cdc.gov/niosh/topics/stress/ohp/ohp.html
- Nogareda, C., Ángel Gracia, D., Martínez-Losa, J. F.; Peiró, Duro, A., J. Salanova, M., Martínez, I. M.; Merino, J., Lahera, M., & J. F. Melía, J. J., (2007). *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Medidas Preventivas*. Barcelona. Foment del Treball Nacional.

- OIT – Organização Internacional do Trabalho (1986). *Les facteurs psychosociaux au travail. Nature, incidences, prévention*. Bureau International du Travail. Genève.
- OIT – Organização Internacional do Trabalho (1987). *Introduction aux Conditions et au Milieu de Travail*. Publié sous la direction de J. M.Clerc, Genève. Bureau International du Travail.
- OMS – Organização Mundial da Saúde (1981). *Santé et bien-être sur les lieux de travail. Rapport sur la réunion d'un groupe de travail de l'OMS*. Prague, le 18-20 septembre 1979. Bureau Régional de l'Europe. Copenhague. Organisation Mondiale de la Santé.
- OMS – Organização Mundial da Saúde (2001a). *Relatório sobre a Saúde no Mundo. A Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Edição em português. Genebra. Organização Mundial da Saúde.
- OMS – Organização Mundial da Saúde (2001b). *Strengthening mental health promotion*. (Facsheet n.º 220). Geneva. World Health Organisation.
- OMS – Organização Mundial da Saúde (2005a). *Mental health: facing the challenges, building solutions*. Report from the WHO European Ministerial Conference. Geneva. World Health Organisation.
- OMS – Organização Mundial da Saúde (2005b). *Mental Health Policies and Programmes in the Workplace*. Geneva, World Health Organisation.
- OMS/OIT – Organização Mundial da Saúde/ Organização Internacional do Trabalho (2000). *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Geneva. World Health Organisation.
- Ortsman, O. (1994). *Quel travail pour demain?* Paris, Dunod.
- Parkes, K. (1998). Estrés, trabajo y salud: características laborales, contexto ocupacional y diferencias individuales. In: José Buendía (ed.). *Estrés laboral y salud*. Biblioteca Nueva. Universidad Autónoma de Madrid. Cap. IV, pp. 79-117.
- Parlamento Europeu (2007). Resolução do Parlamento Europeu, de 4 de Setembro de 2007, sobre as implicações institucionais e jurídicas da utilização de instrumentos jurídicos não vinculativos («soft law») (2007/2028 INI). *Jornal Oficial da União Europeia*, de 24.7.2008.
- Párraga Sánchez, J. M. (2005). *Eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios*. Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura. Departamento de Psicología y Sociología de la Educación.
- Peiró, J. M. (1993). *Desencadeantes del estrés laboral*. Madrid. Edema.

- Peiró, J. M. (2005). Metodología Prevenlab-Psicosocial. Universidad de Valencia. IVIE. In: José Luís Melía *et al.* (2005). *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Evaluación de Riesgos*, pp. 103-130. Barcelona. Foment del Treball Nacional.
- Peiró, J. M., Prieto, F. & Roe, R. (1996a): El Trabajo Como Fenómeno Psicosocial. In: José .María Peiró (ed.). *Tratado de Psicología del Trabajo*, Vol. I, pp. 15-34. Madrid. Editorial Síntesis.
- Peiró, J. M., Prieto, F. & Roe, R. (1996b): La aproximación psicológica al trabajo en un entorno laboral cambiante. In: José María. Peiró (ed.). *Tratado de Psicología del Trabajo*. Vol. II, pp. 1-36. Madrid. Editorial Síntesis.
- Peiró, J. M. & Rodríguez, I. (2008). Estrés Laboral, Liderazgo y Salud Organizacional. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 29 (1), pp. 68-82.
- Pereira, R. M. (2009). *Mobbing ou o Assédio Moral no Trabalho*. Coimbra. Comibra Editora.
- Philon, D. (2004). *Le nouveau capitalisme*. Paris. Éditions La Découverte.
- Polaino-Lorante, A. (1998). El «workaholismo» como neurosis de autorrealización en el trabajo. In: José Buendía (ed.). *Estrés laboral y salud*. Biblioteca Nueva, Universidad Autónoma de Madrid. Cap. VII, pp. 160-171.
- Prieto, C. (1994). *Trabajadores y condiciones de trabajo*. Barcelona. Ediciones HOAC.
- Puerta, J. L. V. & Callejo, R. C. (1996). *Prevención de riesgos laborales: seguridad, higiene y ergonomía*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Quick, J. C., Quick, J., Nelson, D. & Hurrell, J. J. (2003). *Preventive Stress Management in Organizations*. Third Edition. Washington, D. C, American Psychological Association.
- Quick, J. C. & Tetrick, L. E. (2003). Prevention at Work: Public Health in Occupational Settings. In: James Campbell Quick and Lois E. Tetrick (eds.). *Handbook of Occupational Health Psychology*. Washington D.C. American Psychological Association.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o Desafio – Prevenção do Stresse no Trabalho*. Lisboa. Rh Editora.
- Ramos, F., Sennfelt, J., Amaral, M.J. & Valente, P. (1999). Economia da Saúde e saúde mental-os custos da depressão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 14, N.º 2 –Abril/Junho, pp. 53-68.

- Rantanen, J. (1995). Avances en salud y seguridad en el trabajo. Cómo continuarlos de ahora en adelante?. *Salud Ocupacional*. Año XIII-n.º 60, Julio-Septiembre. Buenos Aires-Argentina. Sociedad de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires, pp. 12-15.
- Rantanen, J. & Fedorov, I. A. (2003). Normas, principios y enfoques de los servicios de salud en el trabajo. In: *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo*. www.mtas.es/insht/ [Consultado em 30 de Julho de 2008].
- Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra. Quarteto.
- Rick, J. & Briner, B. (2000). Psychosocial risk assessment: problems and prospects. *Occup. Med.* Vol. 50. No. 5, pp. 310-314.
- Rizo, M. (s.d.). El interaccionismo simbólico y la Escuela de Palo Alto. Hacia un nuevo concepto de comunicación. Aula abierta. Lecciones básicas. Disponível em www.portalcomunicacion.com/esp/pdf...a [Consultado em 17 de Março de 2008].
- Rizo, M. (2004). El camino Hacia la «Nueva Comunicación». Breve Apunte Sobre las Aportaciones de la Escuela de Palo Alto. *Razón y Palabra. Primera Revista Electrónica en América Latina Especializada en Comunicación*. Num. 40, Agosto – Septiembre. Disponível em <http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/logos/anteriores/n40/mrizo.html> [Consultado em 17 de Março de 2008].
- Rodríguez, A. (1999). Organización: concepto, tipo y estructura. In: Andrés Rodríguez Fernández (Cord.). *Introducción à la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid. Editorial Síntesis.
- Roncero, R. C. (2004). La protección de la seguridad y salud en el trabajo en el Derecho Social Comunitario. In: *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*-Núm. 53, pp.13-28.
- Ross, R. R. & Altmaier, E. M. (1994). *Intervention in Occupational Stress. A Handbook of Counselling for Stress at work*. London. Sage Publications.
- Ruta, S. (2003). *Travail en Transition, Santé Mentale et Conditions de Travail*. Éditions de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. Québec. Canada.
- Sahler, B., Berthet, M., Douillet, P. & Mary-Cheray, I. (2007). *Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail*. Lyon. Éditions du réseau ANACT – Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail.

- Salanova, M. (2003). Trabajando con tecnologías y afrontando el tecnostrés: el rol de las creencias de eficacia. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19, pp. 225-247. Disponible en www.wont.uji.es [Consultado em 20 de Janeiro de 2009]
- Salanova, M. (2006). Taller de trabajo sobre inteligencia emocional en enfermeras: eficacia a corto plazo. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, N.º 29, Julio-Agosto, pp. 46-51. Disponible en www.wont.uji.es [Consultado em 20 de Janeiro de 2009]
- Salanova, M. (2007). Nuevas tecnologías y nuevos riesgos psicosociales en el trabajo. Veintiocho de Abril. *Revista Digital de Prevección*, 1. Disponible em www.wont.uji.es [Consultado em 20 de Janeiro de 2009].
- Salanova, M. (2008). Organizaciones Saludables: Una aproximación desde la psicología positiva. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva: Bases científicas del bienestar y la resiliencia*. Madrid, Alianza Editorial. Disponible em www.wont.uji.es [Consultado em 20 de Janeiro de 2009].
- Salanova, M. (2009). *Psicología de la Salud Ocupacional*. Madrid. Editorial Síntesis.
- Salanova, M., Bresó, E. & Schaufeli, W. B. (2005). Hacia un modelo espiral de las creencias de eficacia en el estudio del *burnout* y del *engagement*. *Ansiedad y Estrés* 2005, 11 (2-3), pp. 215-231. Disponible em www.wont.uji.es [Consultado em 20 de Julho de 2009]
- Salanova, M., Cifre, E.; Martínez, I. & Llorens, S. (2005). Metodología RED-WONT. Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología de la Universidad Jaume I de Castellón. In: José Luís Melía *et al.* (2005). *Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Evaluation de Riesgos*, pp. 131-153. Barcelona. Foment del Treball Nacional.
- Salanova, M., Cifre, E.; Martínez, I. & Llorens, S. (2007). *Caso a caso en la prevención de riesgos psicosociales*. Bilbao. Lettera Publicaciones.
- Salanova, M., Grau, R., Martínez, I. M.; Cifre, E.; Llorens, S. & García-Renedo, M. (2004). *Nuevos Horizontes en la Investigación sobre la Autoeficacia*. Col. lección «Psique», Núm. 8, Castellón de la Plana, Publicaciones de la Universidad Jaume I. Disponible em www.wont.uji.es [Consultado em 20 de Janeiro de 2008]
- Salanova, M., Grau, R. M. & Martínez, I. M. (2005). Demandas laborales y conductas de afrontamiento: el rol modulador de la autoeficacia Profesional. *Psicothema* 2005, Vol. 17, n.º 3, pp. 390-395.

- Salanova, M., Martínez, I. M. & Llorens, S. (2005). Psicología Organizacional Positiva. In: Francisco José Palací Descals (coord.). *Psicología de la Organización*. Madrid, Pearson Prentice Hall, pp. 349-376. Disponível em www.wont.uji.es [Consultado em 20 de Janeiro de 2009].
- Salanova, M. & Schaufeli, W. (2009). *El «engagemen»t en el trabajo. Cuando el trabajo se convierte en pasión*. Madrid. Alianza Editorial.
- Sauter; S.L., Hurrell, J. J., Murphy, L. & Levi, L. (2003). Factores Psicosociales y de Organización. In: *Enciclopédia de Salud e Seguridad en el Trabajo*. Vol. II. Ginebra. Gabinete Internacional del Trabajo, pp. 34.2-34.3
- Sauter, S. L.; Hurrell, J. J.; Fox, H. R.; Tetrick, L.; Barling, J. (1999). Occupational Health Psychology: An Emerging Discipline. *Industrial Health*, 1999, 37, pp. 199-211.
- Schabrac, M., Cooper, C., Travers, C. & Maanen, D. (2001). *Occupational Health Psychology: the Challenge of Workplace Stress*. London, The British Psychological Society.
- Schaufeli, W. (2004). The future of Occupational Health Psychology. *Applied Psychology* 53 (4), pp. 502-517. Disponível em www.blackwell-synergy.com (Consultado em 21 de Setembro de 2007).
- Schaufeli, W. & Kompier, M.A. (2001). Managing Job Stress in the Netherlands. *International Journal of Stress Management*, Vol. 8, No.1, pp. 15-34.
- Seaver, M. & O'Mahony (2000). *Gestão de Sistemas de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho. ISA 2000*. Lisboa. Monitor.
- Seligman, M. E.P. (2008). Positive Health. *Applied Psychology: an International Review*, 57, pp. 3-18.
- Seligman, M. (2004, 2008). *Felicidade Autêntica. Os princípios da Psicologia Positiva*. Lisboa. Círculo de Leitores.
- Serna, P. V. (2001). Las tres «Cartas» Europeas sobre Derechos Sociales. In: *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, Núm. 32, pp. 273-311.
- Silva, A., Varanda, J., Nóbrega, S. D. (2004). *Alquimia da Qualidade na Gestão dos Hospitais*. Cascais. Principia Publicações Universitárias e Científicas.
- Smith, J. A. (1996). Evolving issues for qualitative psychology. In: John T. E. Richardson (ed.). *Handbook of Qualitative Research Methods for Psychological and the Social Sciences*. Leicester. BPS Books.
- Sperandio, J-C. (1980). *La psychologie en ergonomie*. Paris. Presses Universitaires de France.

- Sperandio, J-C. (1984). *L'ergonomie du travail mental*. Paris. Masson.
- Stora, B. (1991). *Le stress*. Paris. Presses Universitaires de France.
- Teixeira, C. (1996). *Organização do Trabalho e Factor Humano*. Coleção Gestão Criativa. Lisboa. Instituto de Emprego e Formação Profissional.
- Trouchet, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions*. Paris. Dunod.
- UAM – Universidad Autónoma de Madrid (2009). *Análisis comparado de los métodos de evaluación de riesgos psicosociales. Balance de perspectiva*. Disponível em http://extranet.ugt.org/saludlaboral/OPRP/Colaboraciones/Universidades/Universidad%20Aut%C3%B3noma%20de%20Madrid/Estudio_UAM.pdf (Consultado em 27 de Junho de 2009).
- UGT – Union General de Trabajadores (Observatorio Permanente Riesgos Picosociales) (2006). *Guía sobre los Factores y Riesgos Psicosociales*. Madrid. Disponível em www.ugt.es/slaboral/observ/index.php [Consultado em Janeiro de 2007].
- Universidade de Laval (2003). *La santé psychologique au travail...de la définition du problème aux solutions*. Québec. Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations.
- University of Aberdeen (2009). *Policy On The Management Of Work Related Stress*. Disponível em <http://www.abdn.ac.uk/hr/policies/stress.shtml> [Consultado em 19 de Março de 2009].
- Vélazques, M. (2003). Artículo de fondo: La respuesta jurídico legal ante el acoso moral en el trabajo o “mobbing”. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Villalobos, G. (2004). *Diseño de un sistema de vigilancia epidemiológica de factores de riesgo psicosocial en el trabajo*. La Habana. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores.
- Weil, M. (2001). *Le management de la qualité*. Paris. Éditions La Découverte.
- Westlander, G. (2003). Factores Psicosociales y Gestión Organizativa. In: *Enciclopedia de Salud e Seguridad en el Trabajo*. Ginebra. Gabinete Internacional del Trabajo, pp. 35.2-35.10.
- West Lincolnshire Primary Car Trust (2004). *Stress at work Policy and Guidance*. Disponível em <http://www.westlincspct.nhs.uk/Policies&manuals/Policies%20and%20manuals.htm> [Consultado em 19/3/2009].

Yin, R. K. (2006). *Estudo de Caso. Planejamento e Métodos*. 3.^a Edição. Porto Alegre. Bookman.

Yncera, I. S. (1991). Interdependencia y comunicación. Notas para leer a G.H.Mead. *Reis, Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. N° 55/91. Centro de Investigaciones Sociológicas, pp.133-164. Disponível em www.reis.cis.es/REISWeb [Consultado em 17 de Abril de 2008].