



Análise de Desenvolvimento de Riscos Psicossociais no Setor de Saúde Privado

Catarina Sarmento Carvalho de Oliveira

Mestrado em Gestão Estratégica de Recursos Humanos

Orientadora: Professora Doutora Maria João Cunha

Novembro de 2014

Aluna: Catarina Sarmiento Carvalho de Oliveira

Nº de Aluna: 21377

Orientadora: Professora Doutora Maria João Cunha

Tema: Análise de Desenvolvimento de Riscos Psicossociais no Setor de Saúde Privado

Dissertação do Mestrado: Gestão Estratégica de Recursos Humanos

Instituto Superior da Maia, Novembro 2014

AGRADECIMENTOS

Este projeto teria sido sem dúvida mais difícil e moroso sem o apoio de algumas pessoas. Assim, gostaria de agradecer aqueles que me ajudaram a não perder a motivação, que me souberam ouvir e que sempre me apoiaram incessantemente até ao fim:

- Ao Prof. Doutor João Paulo Pereira pela orientação, disponibilidade e sobretudo pela paciência ilimitada face a todas as dúvidas, questões e momentos de preocupação;
- À Prof. Doutora Maria João Pereira por se ter disponibilizado tão prontamente em nos ajudar em tão pouco tempo;
- Ao Prof. Doutor Célio Sousa pela prontidão e disponibilidade em esclarecer toda e qualquer dúvida que foi surgindo no decorrer deste processo;
- Aos meus pais pelo apoio incondicional, pela motivação constante e por me darem todas as oportunidades e ferramentas ao seu alcance para me tornar na melhor pessoa e profissional possível;
- Ao meu namorado pela preocupação constante, pelos momentos de desabafo e pela motivação.

RESUMO

Num mundo em que a vida profissional e pessoal do indivíduo é cada vez mais difícil de conciliar, em que o sentido de vida no trabalho se vai perdendo e os riscos psicossociais ganham lugar de destaque na lista de preocupações dos gestores do séc. XXI, a gestão de pessoas torna-se, cada vez mais, essencial ao bom funcionamento das empresas. O papel do Gestor de Recursos Humanos insere-se, também, na organização e dinamização de todas as atividades desenvolvidas pelos colaboradores da organização, com influência direta naquilo que é o seu comportamento pessoal fora da esfera de trabalho. Deve por isso ter atenção a possíveis problemas laborais para evitar o desenvolvimento de riscos que possam comprometer a integridade física e/ou psicológica dos profissionais, que poderão interferir no aproveitamento e motivação do funcionário e, consequentemente, na empresa.

Na literatura, verifica-se que os profissionais de saúde são considerados como um dos grupos que mais se encontra exposto aos efeitos nefastos de alguns riscos psicossociais. Contudo, poucos são os trabalhos de investigação que em Portugal procuram caracterizar estes riscos, principalmente tendo em consideração a variável que nos remete para um setor de trabalho ao nível dos privados.

Tendo como principal objectivo a caracterização do perfil de riscos psicossociais nos profissionais de saúde do setor privado, procurou-se compreender que tipo de factores ligados à organização do trabalho mais se relacionavam com a presença de indicadores de mau-estar. Outros objectivos foram ainda traçados, nomeadamente o de tentar averiguar se existiam diferenças no perfil de riscos apresentados por homens e mulheres. Por outro lado, procurou-se averiguar também em que medida, a situação laboral dos inquiridos, considerando o número de horas médio de trabalho semanal e o tipo de vínculo à entidade patronal, os expunha a uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de riscos psicossociais.

Para o efeito, recorreu-se ao questionário PPJM (de Cunha et al., 2014), e contou-se com a participação de 4324 profissionais de saúde. Ao nível de caracterização da amostra, pode-se verificar que a média de idades era de 45 anos, dos quais 78% são mulheres e 22% são homens.

Os resultados evidenciaram que estes profissionais se encontravam expostos a condições de trabalho suscetíveis ao desenvolvimento de riscos psicossociais - elevadas cargas horárias, situações de elevada pressão emocional, entre outras - sendo que no sexo feminino, as áreas da vida laboral afetam mais o interface família-trabalho influenciando de forma mais elevada do que no sexo masculino o nível de *engagement*. Por outro lado, é nos homens que se verificam maiores níveis de *stress* derivados das condições de trabalho referidas anteriormente. Podemos concluir com este estudo que há uma maior exposição das mulheres ao desenvolvimento de riscos psicossociais, apresentando maiores índices de risco na maior parte das variáveis negativas.

Não descurando todos os outros riscos, é o *stress* aquele que tem vindo a ganhar destaque na lista de preocupações dos gestores assim como de estudos relacionados com a matéria.

Pretendemos assim, com a presente dissertação, analisar o porquê da preocupação crescente face ao desenvolvimento de riscos psicossociais bem como averiguar na amostra estudada a prevalência destes mesmos riscos.

Palavras-chave: riscos psicossociais, saúde, setor privado

Abstract

In a world where it is getting harder and harder to conciliate the personal and the professional life, where the working life purpose is being lost and the psychosocial risks take the 1st place in the list of worries of the managers of the XXI century, the people management becomes more important day by day for the success of the companies. It's also part of the role of the Human Resources Manager to organize and dinamize all the activities developed by the company employees, with direct influence in which is their personal behavior outside the work environment. Bearing that in mind, it's his/her responsibility to pay attention to possible work related problems to avoid the development of psychosocial risks that can compromise the physical and/or psychological integrity of the workers, which can interfere on the results and motivations of the employee, and, therefore, on the company.

The literature shows that health professionals are one of the most vulnerable groups to the devastating effects of some psychosocial risks. However, there are few studies in Portugal that aim to analyze this risks, especially taking into consideration a variable that lead us to the private working sector.

Being the main goal of this study to define the psychosocial risks profile on the private health sector professionals, we tried to understand what kind of factors, related to the work organization, were more related to malaise indicators. Other objectives were defined, such as to analyze if there was any difference on the presented profile in men and women.

On the other hand, we also tried to analyze if the working conditions of the studied sample, considering the weekly working hours and the type of bond with the employer, would expose them to a bigger vulnerability to the development of psychosocial risks.

In order to make this analysis, we used the PPJM inquiry (from Cunha et al., 2014), with a sample of 4324 health professionals,. This sample has an average age of 45 years old, from which 78% are women and 22% are men.

The results have showed that this professionals were facing working conditions that made them vulnerable to psychosocial risks - high workload, high emotional pressure situations, among others - in which the areas of working life, affect more the interface

between family-work and consequently the *engagement* level in women than in men. On the other side, it is in men that the *stress* levels are higher, consequence of the working conditions mentioned before. With this study we could conclude that it is in women that who are more exposed to development of psychosocial risks, presenting higher risk indicators on mostly of the negative variables.

From all the risks, it was clear that *stress* is the one which has been under the scope of the managers as well as on most of the studies related to this theme.

Therefore, it is our goal with this study, to analyze the reason behind the growing concern over the development of psychosocial risks as well as to examine on the studied sample the prevalence of this risks.

Key-words: psychosocial risks, health, private sector

INDÍCE

1. Os riscos psicossociais como riscos emergentes	10
1.1. Sentido de vida no trabalho, conflito trabalho - família	10
1.2. <i>Stress, burnout e work engagement</i>	19
2. Saúde - conceito, evolução do setor	26
2.1 Setor de saúde privado	31
3. Os riscos emergentes dos que trabalham no setor da saúde	32
4. Metodologia	34
4.1. Objetivos, problemas e hipóteses de investigação	34
4.2. Participantes	36
4.3. Procedimentos	37
5. Apresentação e discussão de resultados	38
6. Conclusão	46
6.1. Conclusões e reflexões finais do estudo	46
6.2. Proposta de intervenção	50
7. Referências bibliográficas	53

INDÍCE DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1. NIOSH Model of Job Stress	20
Tabela 2. The Meaning of Work.....	21
Tabela 3. Evolução do Serviço Nacional de Saúde	30
Gráf. 1. Avaliação de risco - População geral.....	38
Gráf. 2. Perfil de Risco Comparativo Homens/ Mulheres.....	40
Gráf. 3. Modelo Preditivo AVL - Perfil Função/ Perfil Pessoal	42
Gráf. 4. Modelo Preditivo de Burnout/ Mobbing/ Stress/ Engagement - Sexo....	44
Gráf. 5. Modelo Preditivo AVL - Perfil Função/ Perfil Pessoal - Sexo	45

1. RISCOS PSICOSSOCIAIS COMO RISCOS EMERGENTES

1.1 Sentido de Vida no Trabalho, conflito trabalho - família, gestão de pessoas

É no séc. XXI que expressões como “qualidade de vida” e “projeto de vida” começam a aparecer em discussões sobre carreira, sobretudo entre os mais jovens. Necessidades, desejos, ansiedade, capacidades, potencialidades pessoais, pressões e condicionantes ambientais, são aspetos que levaram à convergência do desenvolvimento de carreira com o desenvolvimento pessoal (Treff, 2012). Para tal é necessário estabelecer um equilíbrio entre a vida laboral e a vida pessoal de cada funcionário.

“O trabalho é apenas uma dimensão da vida e não deve desencorajar ou distorcer a vida familiar, recreação ou desenvolvimento pessoal...O equilíbrio entre trabalho e vida pessoal deve procurar elevar o perfil de atividades que não o trabalho e deve contribuir para os objetivos governamentais de uma economia crescente e uma sociedade inovadora e inclusiva” (Governadora Geral da Nova Zelândia Silvia Cartwright, 2002 citada por State Services Commission, 2005).

Dá-se um conflito entre a vida pessoal e profissional do indivíduo quando existe uma dificuldade em conciliar estes dois domínios; se forem as funções/responsabilidades do trabalho a interferir no desempenho das tarefas da vida familiar dá-se o nome de conflito trabalho-família (CTF); se por outro lado forem as tarefas familiares a afetar, negativamente, o desempenho do indivíduo na sua vida profissional, então denomina-se conflito família-trabalho (CFT). De acordo com um estudo realizado por Furtado et al., (2012) quanto maiores forem as exigências percebidas, maior é o conflito.

Num mundo em constante mudança torna-se cada vez mais importante procurar alcançar o equilíbrio entre a nossa vida pessoal e profissional. Fatores sociais e demográficos como o crescente número de mulheres empregadas em trabalhos remunerados, a mudança de papéis entre os diferentes géneros e o desejo da nova geração de não

quererem que a sua vida gire em torno do trabalho, comprova a necessidade de estabelecer um equilíbrio entre os diferentes aspetos da vida dos indivíduos visando atrair e reter talento nos locais de trabalho uma vez que economias produtivas dependem de locais de trabalho produtivos, qualificados e saudáveis. Este equilíbrio compreende a capacidade de ajudar a equipa de funcionários da organização a manterem-se saudáveis, com um estilo de vida gratificante que irá, em retorno, conduzir a melhores níveis de produtividade e performance. O objetivo é minimizar as tensões que possam surgir entre as diversas dimensões da vida do funcionário (State Services Commission, 2005).

No entanto, de forma a sobreviverem num mercado cada vez mais competitivo e exigente, a nova geração vê-se forçada a trabalhar dez ou doze horas seguidas na expectativa de conseguir uma possível promoção, num futuro cada vez mais longínquo, deixando desta forma a sua vida pessoal e familiar para segundo plano (Guerreiro e Abrantes, 2005). Cada vez mais, a perda de expectativa profissional, a situação de não trabalho, as mudanças nas condições de trabalho, na organização e no conteúdo das atividades desenvolvidas, contribui para o sofrimento mental, físico e social do trabalhador (Jinkings, 2001 citado em Soares e Sestren, 2007:67).

Esta pressão de se destacarem, que passa por trabalharem exaustivamente, poderá resultar num *engagement* tão elevado para com a empresa que faz com que o indivíduo fique viciado no trabalho (mais vulgarmente conhecido como *workaholism*), descurando por completo todas as outras dimensões da sua vida.

Surgiu pela primeira vez, através do ministro e psicólogo americano Wayne “ E. Oates em 1968, o conceito de “vício no trabalho”. Tem-se gerado alguma controvérsia ao longo dos anos sobre como este é percecionado. Visto por uns como uma prova de *engagement* e *commitment* para com a organização (em cada 11 artigos que são publicados sobre este tema, um fá-lo sob uma perspetiva positiva) , outros consideram que se trata apenas de um forte impulso interno que faz com que o indivíduo se sinta compelido a trabalhar arduamente, sentido-se, no entanto, pouco satisfeito com o seu trabalho, não o fazendo por fatores externos como a recompensa financeira ou perspetiva de carreira (Salanova et al., 2013).

Existem no entanto dois fatores que contribuem para este vício no trabalho, tornando difícil, se não mesmo impossível, a conciliação entre trabalho e vida familiar: individuais e organizacionais. Relativamente aos individuais, estes envolvem a família do indivíduo, os seus valores pessoais e laborais, a auto-estima e a satisfação laboral. Os fatores organizacionais são constituídos pelos comportamentos organizacionais e as características dos postos de trabalho. De todos estes fatores, aquele que é considerado como tendo maior influência no vício no trabalho é, ironicamente ou não, a família - de origem ou atual. Quando criado numa família em que uma das figuras paternas é viciada no trabalho, ou apresentar outro tipo de vícios, o indivíduo poderá apresentar uma maior predisposição a tornar-se também ele viciado no trabalho. Por outro lado, este vício pode também ser explicado por uma família estruturada e disfuncional. Também os valores desempenham um papel relevante nesta problemática. O conceito de “centralidade no trabalho” está diretamente relacionado com estes valores: aqueles que atribuem pouca importância à sua família apresentam uma maior probabilidade de dedicar mais tempo a outras áreas, nomeadamente ao trabalho, tomando este um papel central nas suas vidas. (Garson, 1990, Robinson, 1996, 1998a, Snir e Harpaz, 2004, citados em Salanova et al., 2013; Salanova et al., 2013).

Este conflito trabalho-família depende de diversas variáveis, sendo uma das mais relevantes o setor em que o indivíduo se encontra - público ou privado.

Diversos estudos têm vindo a demonstrar diferenças significativas entre estes dois setores, desde a gestão dos recursos humanos ao processo de tomada de decisão, que influenciam o comportamento dos indivíduos e o impacto que o trabalho tem nas suas vidas pessoais. Sendo que em todos os locais de trabalho existe competitividade, de acordo com Sharma et al., 2011 (citado em Furtado et al., 2012), a competitividade no setor privado é significativamente superior à do setor público.

Esta competitividade dá origem a sentimentos de instabilidade, risco, *stress*, etc., aumentando assim as probabilidades de conflito entre as dimensões família/trabalho (Furtado et al., 2012).

Só em 2002, gastaram-se cerca de 20 biliões de euros no custo económico anual do *stress* no trabalho, sendo este uma das principais preocupações para os gestores. Segundo a Fundação Europeia para a melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, esta é uma das causas mais comuns de doença nos trabalhadores, chegando a afetar cerca de 40 milhões de pessoas na União Europeia. Na quarta pesquisa europeia de condições de trabalho realizada pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, observou-se que em 2005, 20% dos trabalhadores da União Europeia-15 e 30% dos 10 novos Estados Membros - acreditavam ter a sua vida em risco devido ao *stress* provocado no trabalho (SLIC,2012).

Num país em que se estima que cerca de 42,7% da população poderá vir a desenvolver algum tipo de perturbação psiquiátrica ao longo da vida, – sendo as mais comuns a ansiedade e as alterações de humor, com 16,5% e 7,9% de prevalência respetivamente –, são fatores como a economia, a sociedade e o trabalho que se revelam decisivos naquela que se espera ser uma tendência crescente de perturbações psiquiátricas (Almeida, citado em Cunha et al., 2014).

Segundo a Infarmed, o consumo de psicofármacos triplicou desde 2000, sobretudo de antidepressores e antipsicóticos (Lusa, 2013). Até Agosto de 2013 foram comercializados 5,1 milhões de euros em embalagens de antidepressivos em Portugal, onde 800 mil pessoas sofrem de depressão e onde ocorreram 84 suicídios por mês, neste mesmo ano, dando-se assim um aumento de 5% no consumo de antidepressivos (Santos, 2013).

Em 2007, cerca de 8% dos trabalhadores portugueses admitiram ter um ou mais problemas de saúde ligados ao trabalho, dos quais 48% afetavam o dia-a-dia e cerca de 50% determinava o absentismo. Cerca de 19% disseram que isto estaria relacionado com aspetos de saúde mental e cerca de 50% com aspetos relativos à saúde física (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2009).

Está claro que cada vez é mais comum depararmo-nos com situações de esgotamento físico e mental, provocados pelo trabalho dentro das organizações. Este esgotamento é definido como *burnout*, uma resposta a fatores impulsionadores de *stress* em ambien-

tes laborais. Este risco psicossocial é muitas vezes desenvolvido quando os profissionais têm elevadas expectativas para o futuro, relacionadas com a sua profissão, mas não as conseguem atingir. O *burnout* inclui a exaustão crónica, o cinismo exalta de auto-confiança no trabalho e desenvolve-se quando o indivíduo ultrapassa os seus limites. (Castro e Zanelli, 2007; Lighter, 2014).

A acompanhar todas estas mudanças a nível organizacional, económico, social e pessoal, está também - se não mesmo na base de todo este processo - a ciência, que, tal como os campos mencionados anteriormente, tem vindo a sofrer grandes mudanças a nível global. Assim, também a posição das pessoas face aos acontecimentos foi sofrendo alterações, fugindo aos padrões culturais pré-existentes, trocando a eficácia pela eficiência e levando a uma análise mais minuciosa às percepções individuais de competências, surgindo uma necessidade crescente de competência individual de auto-análise SWOT (Cunha et al., 2014).

Em 2007, a Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (citada em Cunha et al., 2014), referiu os 10 fatores de riscos psicossociais emergentes:

- contratos de trabalho precários no contexto de instabilidade do mercado;
- aumento da vulnerabilidade dos trabalhadores no contexto da globalização;
- novas formas de contrato de emprego;
- sentimentos de insegurança no trabalho;
- envelhecimento da população trabalhadora;
- intensificação do trabalho;
- diminuição da produção e *outsourcing*;
- elevadas exigências emocionais no trabalho;
- aumento dos horários de trabalho;
- pobre equilíbrio trabalho-família.

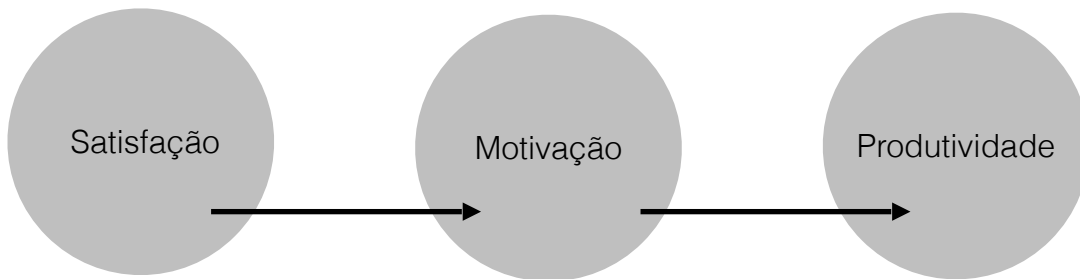
Também a forma como o trabalhador percebe a organização do trabalho pode conduzir ao desenvolvimento de riscos psicossociais: a sobrecarga (de que forma as exigências do trabalho afetam a vida pessoal, pressão social, etc.), controlo (oportunidade de tomar decisões e resolver problemas - autonomia real de realização em comparação com a percebida pelo indivíduo), recompensas (reconhecimento social e financeiro), justiça (sentimento de equidade para com os restantes companheiros), valores (consistência entre valores organizacionais e pessoais), *engagement* (sentimento de inclusão da instituição em que está inserido e com as respetivas tarefas), energia (sentimento de disponibilidade e força para desempenhar tarefas), *burnout* (resultado de *stress* prolongado, diminuição da realização pessoal, aumento da exaustão e do cinismo).

A iminência destes riscos acaba por conseqüentemente, provocar danos nas organizações e na sociedade, dando origem ao *stress*, *burnout*, *bullying*, *mobbing*, assédio e violência (Cunha et al., 2014).

Recentemente, a legislação portuguesa relativa à promoção da segurança e saúde no trabalho (Lei 102/2009 retificada pela Lei 3/2014 do Regime Jurídico da Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho), realça as obrigações gerais do empregador em assegurar, nos locais de trabalho, que exposições a agentes químicos, físicos e biológicos e fatores de risco psicossocial não constituem perigo para a segurança e saúde do trabalhador (Art.º15, alínea d).

Um outro fator que contribuiu para o aumento de casos de riscos psicossociais, e apesar dos seus aspetos positivos, foi a generalização dos trabalhos temporários ou informais. Estes podem vir a tornar-se num ciclo interminável de rendimentos reduzidos e horários prolongados, (sem remuneração extra) marcado pela instabilidade e insegurança, transformando a autorrealização num valor transitório (Guerreiro e Abrantes, 2005). O art.º15, alínea e, da Lei 102/2009 retificada pela Lei 3/2014 do Regime Jurídico da Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho, diz que deve ser o trabalho a adaptar-se ao homem e não o contrário, sobretudo no que se refere à conceção dos postos e métodos de trabalho e produção, visando reduzir a monotonia e repetição do trabalho, reduzindo assim a probabilidade de desenvolvimento de riscos psicossociais.

Para que as empresas sejam bem-sucedidas é necessário que os seus funcionários sejam vistos como um recurso fundamental que contribui para o sucesso ou insucesso da organização, tendo em consideração o seu desenvolvimento mental e emocional. Gerir pessoas passou a ser uma vantagem competitiva e cabe por isso ao Gestor de Recursos Humanos ter em atenção os desejos, motivações, ambições e necessidades dos funcionários de forma a garantir que as pessoas recrutadas permanecem na empresa mantendo, simultaneamente, os níveis de produtividade desejados pela organização e a satisfação do funcionário (Chanlat, 1995; Chiavenato, 1999).



Um Gestor de Recursos Humanos deve contribuir para a eficácia da organização tendo em consideração os seus funcionários, motivando-os, certificando-se de que estes se encontram felizes e realizados com o seu trabalho, tratando-os de forma equitativa. Para tal é necessário que se desenvolva e mantenha a qualidade de vida no trabalho procurando satisfazer a maioria das necessidades individuais de cada funcionário, tornando assim a organização num sítio agradável e confiável (Chiavenato, 1999).

Atualmente, existem novas exigências que requerem novos objetivos por parte da Gestão de Recursos Humanos. Estes objetivos devem ser caracterizados por:

- tornar a organização numa instituição capaz de servir melhor a comunidade através dos seus funcionários;
- aproveitar a total capacidade e potencial completo das pessoas;
- orientação para a qualidade de serviço;
- conciliar a política de GRH com políticas públicas;

- construir uma cultura de serviço público;
- criar um ambiente de trabalho que incentive à criatividade e inovação (Bilhim, 2004).

Ao longo do tempo a satisfação tem vindo a ser associada a fatores como o desempenho, influenciando a realidade organizacional, sobretudo no que diz respeito à produtividade e à percepção positiva dos trabalhadores face à organização na qual estão inseridos. Esta relação entre satisfação e desempenho é influenciada por fatores como a remuneração, os colegas e a avaliação de desempenho (Pina e Cunha et al., 2006).

O conceito de motivação inclui quatro elementos: Elemento de Estimulação (forças energéticas promotoras de ação), Elemento de Ação e Reforço (comportamentos observados), Elemento de Movimento (prolongamento no tempo) e Elemento de Recompensa (reforço positivo). Temos também dois tipos de motivação: intrínseca e extrínseca, em que a primeira diz respeito a motivação pessoal do indivíduo e a segunda a fatores externos e que se entende como a recompensa que impele à realização da tarefa (Pina e Cunha et al., 2006).

A organização deve investir na formação e desenvolvimento dos seus funcionários, aumentando o seu potencial e as suas competências. É importante haver uma gestão do desempenho para que os objetivos sejam alcançados no menor prazo possível, através do desenvolvimento das competências necessárias para tal. É crucial que os gestores de Recursos Humanos aceitem que trabalhadores altamente motivados têm maior probabilidade de serem altamente produtivos. Hackman e Oldham (citados em Bilhim, 2004) descrevem oito características que contribuem para a motivação e satisfação dos funcionários:

- variedade do trabalho;
- identidade do trabalho;
- autonomia;
- Feedback dos resultados;

- Importância e significado para si;
- responsabilidade pelos resultados;
- informação sobre a sua eficácia.

Estas características conduzem a três estados psicológicos críticos:

- em que medida o trabalhador sente que o seu trabalho é importante, útil e valioso;
- em que medida o trabalhador se sente pessoalmente responsável e tem necessidade de prestar contas pelos resultados do seu trabalho;
- em que medida o trabalhador compreende a eficácia da forma como realiza as suas tarefas.

“Assim, é preciso encarar os funcionários como um ativo; lidar com a cultura organizacional como uma variável crítica de sucesso; ter a implicação e motivação dos funcionários como mais importante do que a obediência.” (Bilhim, 2004)

Chiavenato (1999) apresenta como um dos processos básicos à Gestão de Pessoas o processo de manter pessoas, ou seja, criar condições, ambientais e psicológicas, tal como a segurança e qualidade de vida, satisfatórias aos funcionários para as suas atividades.

“(...) Qualidade de vida é uma noção subjetiva e eminentemente humana, associada ao grau de satisfação encontrada na vida familiar, social e ambiental. (...) pressupõe igualmente a capacidade de o sujeito efetuar uma síntese do ambiente cultural e social onde está inserido, percepcionando-os como padrões normativos e decisivos para a maximização da sua qualidade de vida, saúde e bem-estar.” (Cunha et al., 2014:71).

“O bem -estar e a saúde dos indivíduos no trabalho, é uma preocupação crescente a nível mundial, sendo cada vez mais importante a Avaliação dos Riscos Psicossociais e a Intervenção

sobre os mesmos, com as finalidades de: promoção da saúde dos trabalhadores; incremento de produtividade; e promoção da economia em geral.” (Cunha et al., 2014: 149)

1.2 O *stress*, o *burnout* e o *work engagement*

Cada vez mais o trabalho é visto como um dos principais fatores geradores de *stress*, violência, assédio e intimidação, sendo que os riscos psicossociais a ele associados têm vindo a ser identificados como um dos grandes desafios para a saúde e segurança (Autoridade para as condições do trabalho, 2014).

A gestão atual, inserida numa economia globalizada pede ideais elevados que não apoia, levando os indivíduos a traçar um percurso através de ambientes complexos tornando-os vulneráveis à exaustão, ao cinismo e à ineficácia (Schaufeli et al., 2008).

De acordo com Cunha et al., (2014) pode-se assumir que o *stress* e o bem-estar nas organizações têm repercussões a nível individual (ex: alterações emocionais) e organizacional (ex: acidentes e incidentes laborais), sendo que o ambiente laboral pode fazer a diferença entre *burnout* e *engagement* (Lighter, 2014).

Segundo Paul e Fonseca (2001, citado em Sebastião et al., 2010:285) “o *stress* verifica-se quando há um desequilíbrio entre as exigências ambientais e as capacidades de resposta do organismo”. Este varia consoante o estado psicológico do indivíduo, com a forma como o indivíduo percebe o mundo, etc.

É geral a opinião que a principal causa de *stress* no trabalho é o resultado da interação do trabalhador com as condições do trabalho, não havendo concordância quanto a qual destes dois fatores, características do trabalhador ou do trabalho, surge como causa primária do *stress* laboral. De acordo com o NIOSH existem condições laborais que podem influenciar diretamente a saúde do trabalhador. No entanto, são as características individuais ou situacionais que tornam esta influência mais forte ou mais fraca, como é possível observar no seguinte gráfico:

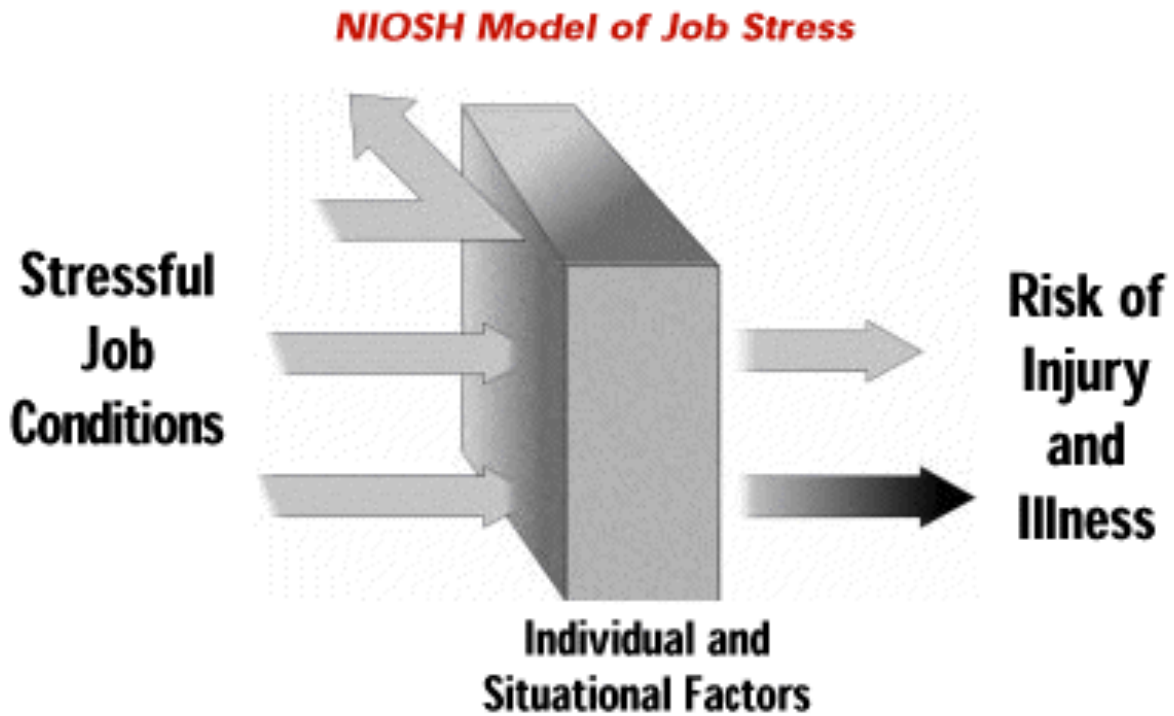


Tabela 1. NIOSH Model of Job Stress (NIOSH, 1999)

No entanto, o *stress* não tem de ser obrigatoriamente negativo. Existem dois tipos de *stress*: *distress* - com exigências elevadas, desagradável - e o *eustress* - agradável, adaptativo, visto como um desafio, Este pode ser um fator de desenvolvimento e de auto-realização se o indivíduo otimizar os seus sentimentos e esforçar-se por encontrar uma solução para os problemas. (Jesus, 2002, citado em Sebastião et al., 2010:286).

Robert Levering (consultor americano) ouviu durante toda a sua vida os seus familiares e amigos dizerem mal das empresas nas quais estavam empregados, acabando por se aperceber de que não conhecia ninguém que gostasse do sítio onde trabalhava (Chiavenato, 1999). De acordo com Levering e Moscovitz (1998, citados em Chiavenato, 1999), existem duas características que tornam uma empresa um bom local para se trabalhar: o respeito para com os seus funcionários e a credibilidade, promovendo um ambiente no qual os funcionários possam colocar as suas dúvidas diretamente à direção e receber *feedback*.

De acordo com um estudo levado a cabo por Sebastião et al., (2010) que pretendia analisar em que medida a cultura/clima organizacional influenciava o *stress* percebido, concluiu-se que a cultura organizacional pode estar associada a um nível de bem-estar e a uma maior facilidade de ajustamento do *stress* percebido. Observou-se também que existem alguns fatores determinantes na satisfação dos indivíduos e percepção psicológica ao *stress*: o relacionamento interpessoal, a posição que o indivíduo ocupa na empresa (hierarquização: os indivíduos com cargos mais elevados encontravam-se mais satisfeitos), o grau de escolarização (indivíduos menos instruídos encontravam-se menos satisfeitos), entre outros (Sebastião et al., 2010).

Centralidade do Trabalho	Grau de importância que a atividade laboral apresenta na vida da pessoa
Direitos e obrigações	Direitos e deveres do indivíduo para com a sociedade e vice-versa
Normas sociais relativas	Valor atribuído pela sociedade à participação numa atividade profissional
Orientação instrumental	Trabalho como meio de preenchimento de necessidades materiais através do salário
Orientação intrínseca	Trabalho como promotor de auto-realização
Relações interpessoais	Promoção do contacto social e as relações interpessoais, pertença e afiliação

Tabela 2. The Meaning of Work

(MOW, 1987, citado em Harpaz, 2002, citado em Cunha et al., 2014)

Não descurando os fatores mencionados anteriormente, segundo Taylor (2001, citado por State Services Commission, 2005), o excesso de trabalho na nossa sociedade é visto como a causa principal do crescimento de problemas de saúde físicos e mentais, sendo que o *stress* se tem vindo a tornar num problema de tratabilidade cada vez difícil no ambiente de trabalho atual.

Um dos fatores que afeta negativamente o bem-estar e a saúde dos trabalhadores, sobretudo a nível mental, e que dá origem ao *stress*, é a elevada carga horária e de tra-

balho existente a que alguns profissionais estão sujeitos, seja por imposição da organização ou por serem viciados no trabalho. Também aspetos relacionados com a natureza do trabalho contribuem para o desenvolvimento de riscos psicossociais, como é o caso por exemplo dos *call-centers* ou empregos com turnos “24/7”, nos quais os funcionários dificilmente conseguem faltar para resolver questões pessoais, sem ter previamente encontrado um substituto ou renegociado turnos, e onde surgem frequentes emergências profissionais, afetando a vida pessoal do trabalhador (State Services Commission, 2005; Salanova et al., 2013).

Num inquérito levado a cabo pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2013), em que foram realizadas 502 entrevistas telefónicas a trabalhadores a tempo inteiro, *part-time* e empregados por conta própria, de 28 de Novembro de 2012 a 19 de Dezembro do mesmo ano, pretendeu-se verificar quais as causas que os trabalhadores consideravam mais propensas ao desenvolvimento de *stress*.

As hipóteses eram:

- falta ou pouca oportunidade para o trabalhador gerir a sua própria forma de trabalhar;
- horas/ volume de trabalho;
- falta de clareza sobre funções e responsabilidades;
- *bullying* ou outros comportamentos de intimação ou assédio;
- reorganização do trabalho/ insegurança
- falta de apoio por parte dos colegas e chefes.

41% responderam que a reorganização do trabalho, a falta de segurança, o volume e as várias horas consecutivas de trabalho eram as causas mais comuns de *stress* laboral, seguido pela falta de suporte por parte dos colegas e chefes com 33%. 6 em cada 10 trabalhadores (59%) consideram que o *stress* laboral é comum e está bem controlado.

Existem alguns fatores psicológicos, com uma forte carga emocional, que parecem estar a criar uma tendência de baixa satisfação laboral:

- produtividade da organização: teoricamente, o aumento da produtividade beneficia a economia, sendo assim, visto como um retorno pelo investimento na formação do trabalhador e dando origem a melhores condições de trabalho em que os trabalhadores são valorizados, recompensados e o seu trabalho é reconhecido. No entanto, quando esta produtividade é mal gerida, apesar de os níveis de produtividade aumentarem, tudo o resto permanece igual;
- perceções de equidade: os trabalhadores fazem constantes avaliações do equilíbrio entre as exigências e as recompensas na sua vida profissional. Estas avaliações são feitas através de um processo de comparação entre a sua situação com a dos que os rodeiam, sobretudo entre o setor privado com o setor público e vice-versa;
- o facto de a redução do trabalho não ter acompanhado a redução de funcionários - durante a grande Recessão - faz com que estes tenham que se esforçar mais de forma a conseguirem lidar com todo o trabalho;
- o esforço extra raramente é recompensado. Com salários congelados, benefícios reduzidos, seria de esperar que manter o emprego fosse recompensa suficiente. No entanto, não é isso que acontece (Lighter, 2014).

A verdade é que a equidade tem um peso significativo a nível psicológico.

Como já foi referido, o *stress* é uma das maiores preocupações dos gestores, sobretudo para os do setor da saúde, dos transportes e dos serviços que são frequentemente forçados a passar um tempo considerável envolvidos de forma intensa com outras pessoas e centrados no cliente. Esta diferença deve-se também ao ter de lidar com pacientes/ clientes difíceis, entre outros fatores, tornando os trabalhadores constantemente expostos a situações de irritabilidade e ansiedade. Em 2005, nos setores da educação e da saúde, foram relatadas 14,6% de ameaças de violência física, 8,4% de violência física real, 7,8% de assédio e 2,7% destes setores reportaram casos de atenção sexual indesejada (SLIC, 2012, Maslach, 1981).

Para além do stress, existe também outro risco emergente que tem vindo a agitar as águas dentro das organizações e vindo a ser alvo de estudo e discussão - o *burnout*.

Inicialmente, quando começou a ser discutido nos anos 70, o *burnout* era relacionado sobretudo com serviços humanos, com profissões dedicadas a servir os outros, tais como o setor da saúde, o trabalho social e os serviços legais, nos quais a perda de propósito era maior, e visto como um risco provável apenas para pessoas ingénuas, idealistas ou profissionalmente jovens que se tornaram cínicas e desencorajadas. No entanto, apesar de hoje sabermos que todos os setores estão susceptíveis ao aparecimento de *burnout*, com a noção de que uns são mais vulneráveis que outros, este foi reconhecido como um risco ocupacional para profissões relacionadas com os setores mencionados. (Golembiewski, 1999 citado em Trigo et al., 2007, Schaufeli et al., 2008).

Assim, entende-se que *burnout* é um estado resultante de quadros de *stress* prolongados e de uma crescente exaustão emocional em que ocorre uma diminuição da realização pessoal, um distanciamento das relações pessoais, um aumento da exaustão e do cinismo. Metaforicamente falando, refere-se a asfixia ou extinção do fogo de uma vela, ou seja, esse fogo, que antes ardia, não poderá continuar a arder livremente a não ser que hajam recursos suficientes a serem reabastecidos (Maslach, 1981, Trigo et al., 2007, Schaufeli et al., 2008, Cunha et al., 2014).

Os fatores de risco que influenciam o desenvolvimento do *burnout* podem ser organizacionais e/ou individuais tais como: burocracia, falta de autonomia, mudanças frequentes, uma comunicação deficiente e/ou lócus de controlo externo, superenvolvimento - vício no trabalho-, pessimismo e o grau de expectativa e/ou idealismo relativamente à profissão. Nos fatores organizacionais podemos ainda incluir uma subcategoria relativamente aos fatores laborais; são estes a sobrecarga, o trabalho por turnos ou noturno, conflitos de papel, entre outros. (Trigo et al, 2007; Salanova et al., 2013).

Num estudo levado a cabo por Visser et al. (2003), foram entregues 2400 questionários a especialistas médicos Holandeses, utilizando como medidas o *stress*, a satisfação laboral, o *burnout*, características pessoais e profissionais e as condições do local de trabalho, visando analisar a relação entre *burnout* e satisfação profissional. Destes 2400,

1573 foram devolvidos, dos quais se excluíram 138 por não irem de encontro aos requisitos. Destes, 55% apresentavam altos níveis de *stress* e 81% alta satisfação profissional, que depende de uma boa gestão e dos recursos disponíveis. Demonstrou-se também que as condições laborais explicavam 24% da variação dos níveis de *stress* e 34% dos níveis da satisfação no local de trabalho. Por fim, verificou-se que o *burnout* era uma consequência de elevados níveis de *stress* e baixos níveis de satisfação e não só pelo *stress*.

Gradualmente, funcionários em estado de *burnout* perdem a capacidade de dar contributos e de se envolverem o suficiente para que causem algum impacto significativo na organização (Schaufeli et al., 2008).

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (2000, citado em SLIC, 2012), existem algumas fontes de risco que poderão gerar *stress* no trabalho e prejudiciais à saúde, tendo alguns deles já sido referidos anteriormente:

- cultura organizacional e função: a falta de definição de objetivos, má comunicação, fraca resolução de problemas, etc.;
- papel na organização: ambiguidade/ insuficiência/ sobrecarga do papel desempenhado pelo trabalhador - no setor da saúde e dos transportes acresce o sentimento de responsabilidade por terceiros;
- desenvolvimento de carreira: estagnação, incerteza, baixo salário, etc. - combinação destes fatores é comum nos setores da saúde, transportes e serviços;
- Latitude/ controlo de decisão: baixa participação nos processos de tomada de decisão, falta de controlo sobre o trabalho - comum no setor da saúde;
- relações interpessoais em contexto laboral: isolamento, conflitos, falta de apoio, etc. - problemático nos setores da saúde e de serviços;
- Interface casa-trabalho: falta de apoio em casa, conflito de carreiras, irregularidade de horários, etc. - presente nos três setores;

- equipamentos e ambiente de trabalho: problemas de fiabilidade, disponibilidade, manutenção, etc. - no setor da saúde, problemas relacionados com o equipamento técnico podem conduzir a sentimentos de frustração, e nos transportes os problemas estão relacionados aos veículos;
- organização de tarefas e conteúdo do trabalho: fraca aprendizagem, recursos insuficientes, rotina, etc. - presente nos três setores com enfoque no setor médico e social;
- carga/ ritmo de trabalho: sobre ou subcarga de trabalho, pressão de tempo - comum aos três setores, em que no que diz respeito aos setores de serviços e de transportes podemos encontrar alterações entre sub e sobrecarga de trabalho;
- horário de trabalho: turnos, irregularidade, sobrecarga horária, etc. - ocorre nos três setores.

Como podemos ver na listagem acima, os setores de saúde e dos transportes são os mais vulneráveis ao desenvolvimento de risco psicossocial através dos fontes de risco referidas. Presentes em todas as 10 diferentes categorias de características de trabalho, ambientes de trabalho e organizacionais perigosos, destacam-se o papel na organização, a latitude/ controlo de decisão, as relações interpessoais em contexto laboral, os equipamentos e ambiente de trabalho e na organização de tarefas e conteúdo de trabalho.

2. SAÚDE - CONCEITO E EVOLUÇÃO DO SETOR

Ao longo dos tempos o conceito de saúde tem vindo a sofrer algumas alterações, sendo ainda hoje um tema controverso, não havendo consenso quanto a uma definição comum.

Sendo influenciada por fatores externos ao indivíduo tais como o seu contexto social, e sendo considerada como um estado individual que não pode ser generalizado, diversos autores se têm debatido e debruçado sobre este assunto na tentativa de criar um conceito que abranja todos estes fatores.

Atualmente, o conceito mais aceite a nível universal é o da Organização Mundial de Saúde que define saúde como um estado que abrange um bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (WHO, 1948). Esta definição reflete a aspiração oriunda dos movimentos sociais após a guerra (fim do colonialismo e ascensão do socialismo), expressando uma vida plena. Este conceito acarretou algumas críticas de natureza técnica e política, sendo a saúde considerada como algo inatingível e criando algum receio de que o Estado fosse intervir na vida dos cidadãos sob o pretexto de promover a saúde (Scliar, 2007).

Hipócrates (citado em Scliar, 2007) baseava a saúde no equilíbrio de quatro elementos: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. Por outro lado, no Oriente, a saúde passa pelo funcionamento harmonioso do corpo.

Na idade média Europeia, a religião cristã tinha uma grande influência na conceção de saúde: passava por uma questão de fé, evitando o contra *natural vivere* e na contenção sexual evitando o pecado (Scliar, 2007).

González, 1993 (citado em Adams, Boscarino & Figley, 2006, citado em Cunha, et al., 2014: 62) define alguns aspetos essenciais à definição de saúde:

“a- A saúde não se pode identificar com um estado de normalidade, pois a nível individual é um processo único e com manifestações próprias. A saúde não é uma “média”, é uma integração funcional que a nível individual se alcança por múltiplas e diversas alternativas.

b- A saúde não é um estado estático do organismo, é um processo em constante desenvolvimento, onde o indivíduo participa de forma ativa e consciente como sujeito do processo.

c - Na saúde combinam-se de forma estreita, fatores genéticos, congénitos, somato-funcionais e psicológicos. A saúde é uma expressão plurideterminada e o seu curso não se decide pela participação ativa do homem de forma unilateral.

d - A expressão sintomatológica da enfermidade é resultante de um processo que precede o aparecimento dos sintomas. A doença, como a saúde, é um processo que se

define qualitativamente antes do aparecimento dos sintomas, os quais não são mais do que um momento do desenvolvimento da doença.”

Assim, podemos dizer que a saúde é um estado em constante mudança e desenvolvimento, que não pode ser generalizado.

Este conceito reflete também a conjuntura económica, social, política e cultural, variando assim de pessoa para pessoa, dependendo de alguns fatores tais como a classe social ou os valores individuais (Scliar, 2007).

Em 1974 Marc Lalonde cria o conceito do campo da saúde, com o intuito de analisar os fatores que intervêm sobre a saúde, abrangendo:

- a biologia humana (herança genética e processos biológicos);
- o meio ambiente (água, casa, local de trabalho, etc.);
- o estilo de vida (hábitos tais como fumar ou beber que afetam a saúde do indivíduo);
- a organização da assistência à saúde (assistência médica, medicamentos, entre outros. Apesar de serem um componente do campo da saúde, não são necessariamente o mais importante devendo ser consideradas as circunstâncias e definir prioridades - evitar o fumo ou ter uma alimentação saudável pode ser mais benéfico para a saúde do que tomar medicamentos ou fazer radiografias de rotina anualmente (Scliar, 2007).

“(...) um sistema de saúde pode ser visto como um conjunto dos diversos tipos de recursos que o Estado, a sociedade, as comunidades ou simples grupos de população reinem para organizar a proteção generalizada de cuidados na doença e na promoção da saúde.” (Gonçalves Ferreira, 1988, citada em Baganha et al., 2002).

“(…um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência e tutela do Ministério da Saúde.” (Estatuto do SNS, 1993).

A organização dos serviços de saúde foi sofrendo ao longo dos anos a influência de fatores religiosos, políticos e sociais de cada época visando combater o aparecimento de doenças (Portal da Saúde, 2010).

Em 1946, ao abrigo da Lei nº2011, de 2 de Abril de 1946, lança-se a base para um rede hospitalar ao abrigo das Misericórdias. A 19 de Julho de 1963, publica-se a Lei nº 2120 que promulga as bases da política de saúde e assistência a qual atribui ao Estado, a organização e manutenção dos serviços, a criação de instituições particulares que se integrem nos princípios legais e ofereçam condições morais, técnicas e financeiras mínimas (Portal da Saúde, 2010).

No decorrer da década de 60, Portugal apresentava o pior desempenho ao nível da cobertura da população (18% da população coberta em 1960 para uma média europeia de 70,9%) e gastava 1,7% do PIB com a saúde, enquanto que a média europeia rondava os 3,8%. Foi ao longo da década de 70 que foram instituídas as maiores reformas no sistema de saúde português, diminuindo-se as barreiras ao acesso de cuidados médicos. Em 1971 reconheceu-se o direito à saúde a todos os cidadãos (Decreto-Lei nº 413/71, 27 de Setembro) e surgiram os Centros de Saúde. Até 1974 os Hospitais estatais encontravam-se maioritariamente nos grandes centros urbanos e os serviços privados eram dirigidos apenas a estratos socio-económicos elevados (Baganha et al., 2002).

Até à criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979, competia às famílias, às instituições privadas e aos serviços médico-sociais, a assistência médica. Com o aparecimento do SNS gera-se universalidade, generalidade e gratuidade, havendo um aumento de quase 100% na população coberta e aumentando a percentagem do PIB gasto em cuidados de saúde (de 1974 para 1990, passou-se de 4,1% para 6,5%, ficando mesmo assim aquém comparativamente á restante média Europeia). 1990 é conside-

rado o ano de viragem no SNS português e até 1996 há uma diminuição nas consultas domiciliárias.(Baganha et al., 2002; Portal da Saúde, 2010).

Nogueira da Rocha (1993, citado em Baganha 2002) define três segmentos independentes no Sistema Nacional de Saúde: o SNS (que engloba todas as instituições e serviços, oficiais, prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde), as entidades públicas e as entidades privadas.

Entre 1970 e 1994 houve um aumento no número de recursos humanos efetivos no SNS de 127%, havendo no entanto uma redução de pessoal com menores qualificações, exigindo uma maior especialização, com um aumento da presença de mulheres no SNS (73%). O desenvolvimento mais notório aconteceu na área da enfermagem e no pessoal técnico de diagnóstico e terapêutica, ambos com uma maior concentração nos distritos de Lisboa, Porto e Coimbra (OE, 2000).

1945 - reforma sanitária de Trigo de Negreiros.
1946 - organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde - rede hospitalar
1958 - surge o Ministério da Saúde e da Assistência
1963 - sai a Lei nº2120, de 19 de Julho de 1963, que promulga as bases da política de saúde e assistência
1968 - uniformização e regulação dos hospitais e carreiras da saúde
1971 - surge o primeiro esboço de um Serviço Nacional de Saúde

Tabela 3. Evolução do Serviço Nacional de Saúde (Portal da Saúde, 2010)

Na década de 80 ocorreram dois fenômenos contraditórios: por um lado verificou-se uma institucionalização de algumas proposições, entre as quais se destacam a reversão da tendência de privatizar as políticas públicas, invertendo a prioridade dos gastos públicos na saúde (Escorel, 1987, citado em Silva et al., 1997). Isto teve como resultado um aumento da produção de serviços tais como consultas e exames, do setor público. Por outro lado, o setor privado, independente do financiamento do Estado, surge no final da década de 70, expandindo-se no período que se segue (Cordeiro, 1984, citado em Silva et al., 1997).

2.1. Setor de saúde privado

Durante a primeira metade da década de 80, o Governo diminuiu os seus gastos em saúde e os privados aumentaram - os gastos públicos desceram para 7,5% enquanto que os dos privados aumentaram cerca de 45%, demonstrando um esforço por parte das famílias de custear as despesas de saúde (Baganha et al., 2002).

Para Mendes (1993, citado em Silva et al., 1997) o setor privado estaria subdividido em subsistema moderno e tradicional, subsistema privado de assistência médica supletiva - composto por cinco modalidades assistenciais: medicina de grupo, sistemas próprios, seguro de saúde *stricto sensu*, cooperativas medicas e planos de administração- e parte do subsistema de alta tecnologia. Por outro lado para Lewis e Medici (1995), o setor privado subdivide-se em sistema de pré-pagamento, cooperativas médicas, seguro de saúde e planos de saúde de companhias.

De acordo com Banoob (1994, citado em Silva et al., 1997), ocorreram reformas sanitárias caracterizadas por uma rápida privatização, descentralização e criação de um sistema de seguro de saúde privado em diversos países da Europa.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, art. 199:

“As instituições privadas poderão participar do Sistema único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrati-

vos.” (Brasil, 1988, citado em Organização Pan-Americana da Saúde, 2006).

O setor privado de saúde tem vindo a crescer ao longo dos anos. Para Doyle e Bull, 2000, isto deve-se à qualidade proporcionada pelos hospitais privados, pelo investimento em tecnologia de ponta, pelo facto de hoje em dia os hospitais privados já efetuarem procedimentos complexos e proporcionarem os mesmos, ainda que com mais qualidade, serviços que o setor público e pelo rápido crescimento do número de médicos privados.

Para além disso, de acordo com Oliveira (2010, citado em Eira, 2000) existem cinco características do sistema de saúde português que se têm revelado determinantes para o desenvolvimento da oferta privada: a mobilidade dos funcionários do SNS para o setor privado, os incentivos à criação de unidades privadas e a contratualização do setor privado, o sistema de deduções fiscais para gastos em saúde, a eventualidade de os médicos poderem aumentar o seu rendimento através da atividade no setor privado e a criação de programas especiais de recuperação de listas de espera.

3. OS RISCOS EMERGENTES DOS QUE TRABALHAM NO SETOR DA SAÚDE

Segundo a OMS, 2004, os trabalhadores do setor da saúde são os que estão mais vulneráveis ao aparecimento de riscos psicossociais.

Logo desde o início, através do Juramento de Hipócrates, que os profissionais do setor da saúde se dispõem a “dar” a sua vida em prol da profissão. Logo no primeiro verso - “Ao ser admitido como membro da profissão médica, juro solenemente consagrar a minha vida ao serviço da humanidade” - quase se poderia ler nas entrelinhas que todo o seu tempo, esforço e dedicação seriam para com os outros, para com o seu trabalho (Juramento de Hipócrates, 1983).

A pressão inerente a este juramento está também implícita no antepenúltimo verso: “Guardarei respeito absoluto pela vida humana desde o início, mesmo sob ameaça” e também no verso relativo à honra e tradições da profissão. O peso da profissão que

escolheram é-lhes transmitido de forma clara e direta através deste juramento e é algo com que terão que lidar ao longo do seu percurso profissional.

O setor da saúde emprega cerca de 10% dos trabalhadores da União Europeia, sendo o segmento hospitalar aquele que emprega o maior número de trabalhadores (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2009).

Como já foi referido, os riscos psicossociais relacionados com o trabalho são vistos como um dos maiores problemas à saúde e segurança. Em resposta a este problema, o Comité dos Altos Responsáveis da Inspeção do Trabalho (CARIT) acordou em realizar uma campanha de inspeção sobre as questões psicossociais, desenvolvida no território nacional pela ACT, durante o ano de 2012 e direcionada ao setor da saúde, visando promover a avaliação de riscos psicossociais nos locais de trabalho e incrementar a melhoria da qualidade das avaliações já existentes (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2009).

Nas últimas décadas, o pagamento em função do desempenho tem vindo a ganhar notoriedade como um meio de encorajar médicos e enfermeiras a melhorar a sua performance, sendo recompensados de cada vez que cumprem com a sua função corretamente. Tendo estes esquemas de incentivos associados ao desempenho já sido implementados e avaliados em alguns países como os EUA, França, Espanha e Itália, obtiveram-se resultados promissores que sugerem que estes esquemas melhoraram efetivamente o desempenho dos profissionais de saúde, conduzindo a melhores práticas de tratamento (Relatório Mundial de Saúde, 2010).

São fatores como compensações inadequadas, as elevadas expectativas em contraste com a falta de tempo, competências e apoio social, o ter de lidar frente-a-frente com o sofrimento, urgências, exposição a eventos traumáticos, queixas e tratamento de moribundos que afetam a produtividade dos profissionais de saúde conduzindo a um desempenho deficiente. A adequação das competências à tarefa e a remuneração adequada seria uma das formas de melhorar a produtividade e o desempenho dos profissionais de saúde (McNeely, 2005, Cox e Griffiths, 1996, Jetthinghoff e Houtman, 2009, citados em Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2009, Relatório Mundial de Saúde, 2006).

Grunfeld et al. (2000) realizaram um estudo sobre os profissionais que lidam diariamente com os pacientes oncológicos. Mais de 1/3 apresentaram elevados níveis de exaustão emocional e baixos níveis de realização pessoal, 12,3% apresentaram uma prevalência de mobilidade psicológica (com maior incidência nos médicos). Os níveis mais elevados de *stress* foram explicados por fatores como o elevado volume de trabalho, trabalhar sob pressão e ter a vida familiar afetada devido às longas horas de trabalho, gerando um conflito trabalho-família.

Em 2009 os setores da saúde apresentavam uma taxa de 15,2% de exposição à violência no trabalho - sendo a mais elevada registada na UE, são aqueles com maior incidência no assédio psicológico e moral, sendo este superior à média, e a frequência de ameaças ou atos de violência física é oito vezes superior à da indústria transformadora (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2009).

4. METODOLOGIA

4.1. Objetivos, problemas e hipóteses de investigação

Este estudo pretende analisar a vulnerabilidade de desenvolvimento de risco psicossocial nos profissionais de saúde do setor privado, caracterizar os riscos psicossociais mais comuns e quais os fatores que conduzem ao desenvolvimento do risco psicossocial. Tendo como principal objectivo a caracterização do perfil de riscos psicossociais nos profissionais de saúde do setor privado, procurou-se compreender que tipo de factores ligados à organização do trabalho mais se relacionavam com a presença de indicadores de mau-estar.

Outros objectivos foram ainda traçados, nomeadamente o de tentar averiguar se existiam diferenças no perfil de riscos apresentados por homens e mulheres. Por outro lado, procurou-se averiguar também em que medida, a situação laboral dos inquiridos, considerando o número de horas médio de trabalho semanal e o tipo de vínculo à entidade patronal, os expunha a uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de riscos psicossociais.

Para tal, pretendeu-se responder às seguintes questões de investigação:

- Será que os profissionais de saúde do setor privado têm elevado risco de desenvolver riscos psicossociais?
- Quais os fatores que levam ao desenvolvimento destes riscos?

Neste estudo, foram estudadas as seguintes variáveis:

- Existência de sintomatologia física e psicológica que eles associem ao trabalho - indicadores de risco;
- Horário de trabalho (semanal);
- Gestão e organização de tempo pessoal ou familiar e de trabalho;
- Satisfação com a organização.

Este é um estudo transversal e de cariz exploratório, em que foi utilizada uma amostra de conveniência - constituída por Médicos, Enfermeiros Técnicos, Auxiliares e Pessoal Administrativo.

Para a recolha de dados foi utilizado o questionário PPJM - registado como propriedade intelectual em 2011 por Pereira e Cunha - que se baseia em modelos teórico-práticos da saúde ocupacional, sendo um dos dois únicos questionários de riscos psicossociais validados para a população portuguesa e que cumprem a Lei nº102 de 2009 (MJP, 2011).

Este questionário apresenta diversas versões que se adequam ao contexto no qual se pretende diagnosticar os potenciais riscos psicossociais, sendo uma ferramenta modular e flexível ao contexto específico, tendo como base de resposta um preenchimento online (para tal é necessário que os computadores utilizados estejam conectados à internet). Este questionário tem por objetivo, para além do que foi referido anteriormente, identificar os perfil dos trabalhadores em risco de desenvolverem riscos psicossociais tais como *stress* ou *burnout* (Cunha et al., 2014).

Tendo este questionário sido aplicado a várias organizações privadas de saúde, não foram aqui discutidos os dados da avaliação organizacional.

Fundamentalmente centrada na metodologia de questionário, aplicada a colaboradores das organizações, onde são colocadas questões que se centram essencialmente na forma como estes sentem e percebem a organização, as suas exigências e ainda as suas competências para a realização das tarefas de que se encontram responsáveis, não esquecemos também a análise organizacional, procedendo a um estudo minucioso dos procedimentos, perfis requeridos e organização, para assim, e após confronto com os resultados obtidos pelos colaboradores, se poder elaborar um esquema global inerente à organização, com as informações provenientes das várias perspectivas que esta encerra.

A avaliação, e para diagnóstico, centra-se num só momento e é feita por via informática, através da plataforma electrónica do PPJM, sendo os dados confidenciais muito embora e de forma a facilitar o direito ao acesso de dados individuais, a mesma contenha um código que permite ao avaliado, se assim o entender requerer os seus próprios resultados, mediante a apresentação desse código. À empresa, é apresentado um resultado global do perfil de risco dos seus colaboradores cumprindo as regras éticas necessárias. Nesta avaliação, e tal como já referido, são solicitados dados sobre a percepção de variáveis em relação ao trabalho, competências pessoais para a sua realização, bem como indicadores de risco psicossocial.

4.2. Participantes

Participaram neste estudo 4324 profissionais do setor de saúde privado, na sua maioria do sexo feminino (78%), o que de alguma forma e apesar da discrepância, parece traduzir a realidade portuguesa. Ao nível da composição da amostra tendo em conta a actividade profissional, verifica-se que 23% são auxiliares, 57% enfermeiros (as) e 20% médicos (as). No que concerne à idade dos participantes, encontramos como valor mínimo os 30 anos e máximo 58, sendo a média de idades dos inquiridos os 45 anos. Estamos portanto perante um conjunto de profissionais relativamente jovens.

Com um número médio de horas de trabalho semanal de 38 horas, 8% dos trabalhadores tinha um horário com turnos e 82% sem turnos. Relativamente ao tipo de vínculo com a entidade patronal, 46% têm contrato sem termo, 21% contrato sem termo e 33% são prestadores de serviços.

4.3. Procedimentos

De forma a analisar a vulnerabilidade dos profissionais do setor de saúde privado ao desenvolvimento de riscos psicossociais, e tal como foi referido anteriormente, os colaboradores acederam à plataforma do PPJM preenchendo o questionário de forma autónoma. Foi feita uma análise que nos permitisse traçar um perfil de causalidade de potencialização dos factores associados ao risco e foi analisada a capacidade preditiva das variáveis.

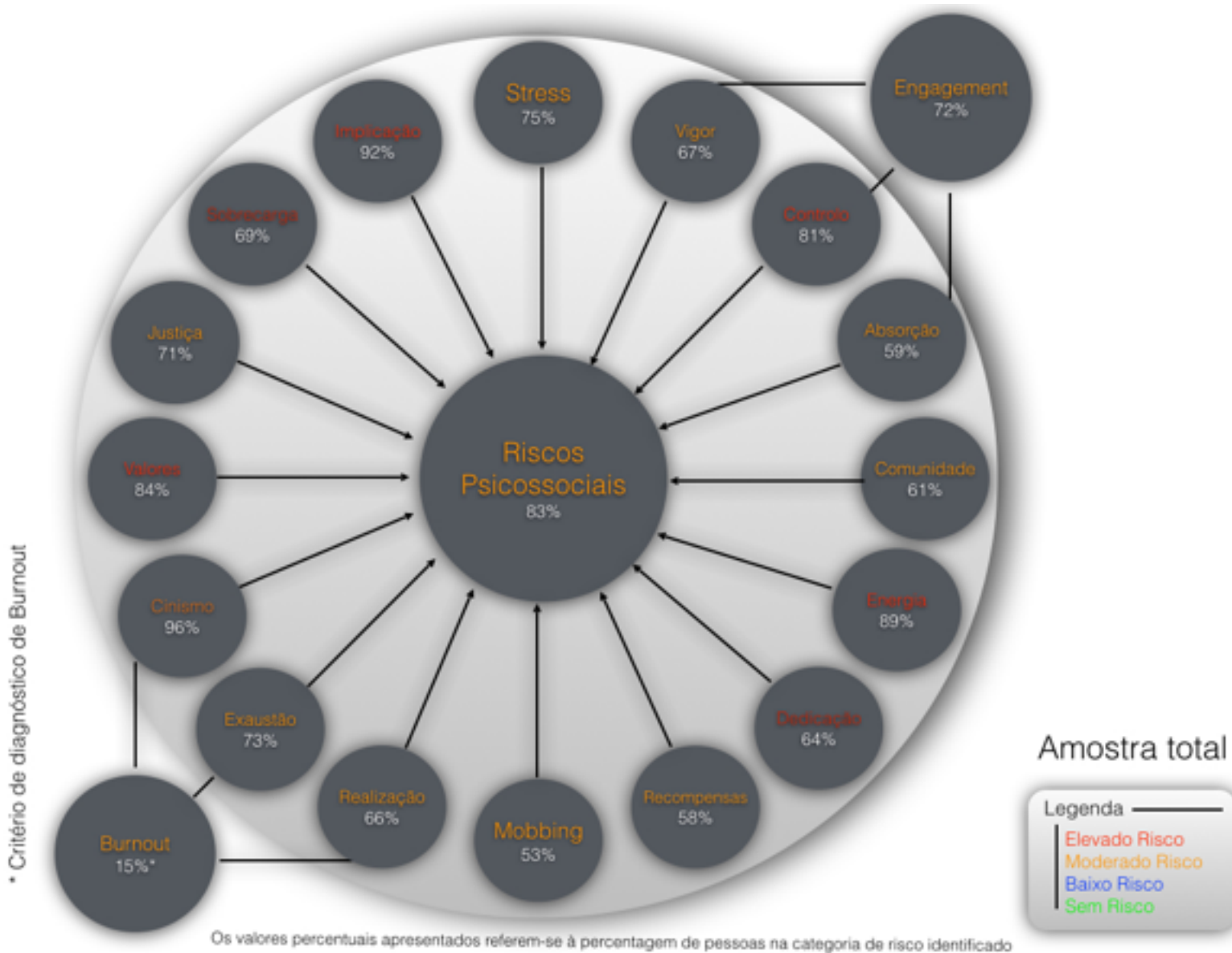
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste estudo, foi realizada uma avaliação de risco na população em geral e, de forma mais específica, à população feminina e masculina, visando analisar e comparar a vulnerabilidade ao risco.

Foi feito o mesmo tipo de análise - geral e depois especificada por género - no modelo preditivo, através do qual tentámos perceber se, e em que medida, o perfil pessoal e o perfil de função explicam o desenvolvimento dos diferentes riscos psicossociais.

Com base nos diagramas que se seguem, os quais revelam os indicadores de riscos, bem como (percentualmente) as pessoas que se encontram dentro do padrão de risco considerado, verifica-se para a população geral, o seguinte:

Gráf 1: Avaliação de risco - População geral

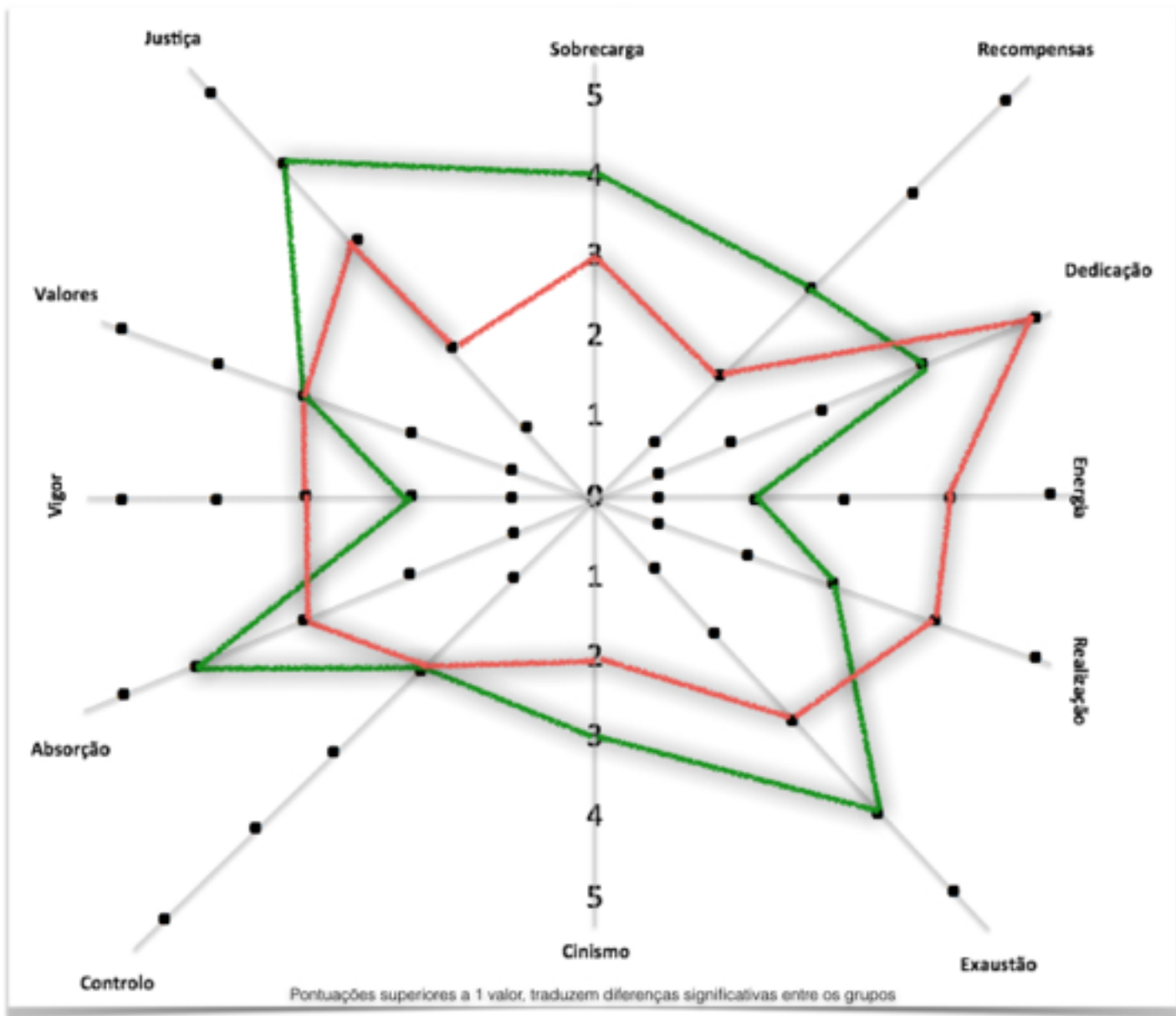


Conforme podemos observar no gráfico, globalmente, ressalta o facto de que em nenhuma das categorias avaliadas existe uma classificação que remeta para a inexistência de riscos ou existência de um baixo risco. Assim, encontramos uma predominância de domínios considerados como risco moderado e seis domínios classificados como comportando elevado risco: implicação, sobrecarga, valores, dedicação, energia e controlo. Se analisarmos cada um destes riscos individualmente, verificamos que:

- Implicação: 92% da população está em elevado risco de não se sentir suficientemente implicada nas suas tarefas laborais;
- Sobrecarga: 69% dos inquiridos encontram-se em elevado risco de se sentirem sobrecarregados de trabalho, permitindo que fatores como a pressão social, possam deturpar a interpretação correta daquilo que são as verdadeiras necessidades para a execução de uma determinada tarefa;
- Valores: 84% dos indivíduos encontram-se em elevado risco pela incongruência entre o seu próprio património de valores, e aquele que percebem ser o património de valores adotado ou inerente à organização em que exercem a sua atividade profissional;
- Dedicação: 64% da população está em elevado risco de se sentir menos dedicada ao seu trabalho, podendo esta estar relacionada com o facto de se sentir pouco motivada;
- Energia: 89% dos indivíduos encontram-se em elevado risco de não conseguirem perceber a capacidade de possuírem energia suficiente para enfrentar os desafios que lhes são colocados;
- Controlo: a percepção de controlo sobre a realidade vivida profissionalmente surge como comprometida na população estudada. 81% das pessoas sentem que não controlam o que estão a experimentar e viver nos seus contextos laborais. Esta variável integra a tríade do *engagement*.

Numa análise mais cuidada, incidindo sobre o desenho de contraste dos perfis de risco masculino e feminino, observamos que estes apenas se distinguem, de forma significativa, no que concerne à energia, sendo que, neste âmbito, a população feminina surge como possuindo mais energia que a masculina, como podemos verificar no seguinte gráfico:

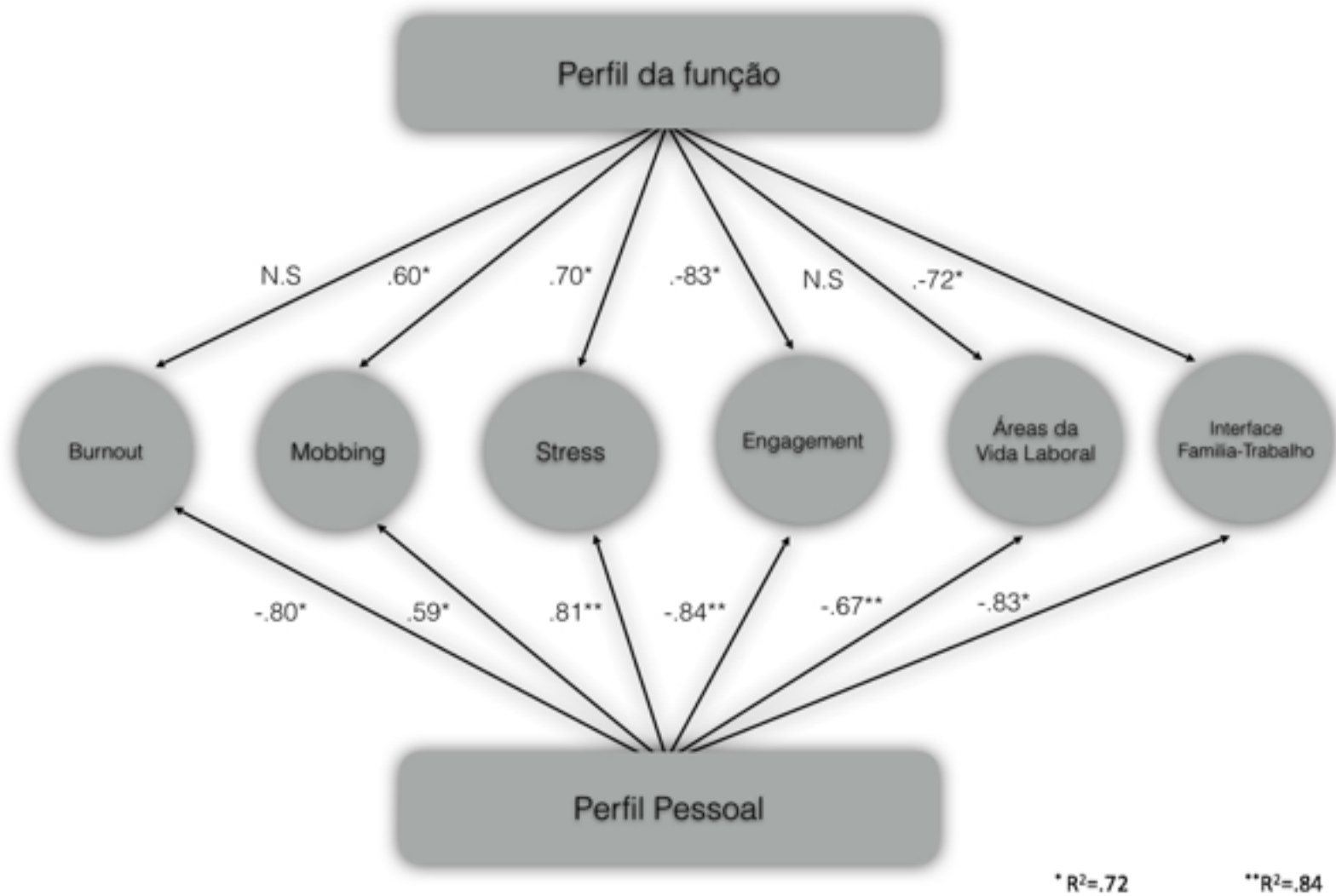
Gráf. 2 Perfil de Risco Comparativo Homens/ Mulheres



Assim, dentro de um panorama que é globalmente preocupante para os dois géneros, a diferença nos perfis parece fundamentalmente traduzir-se na forma como é gerida a energia em ambos os grupos, parecendo aqui, existir uma realidade mais positiva na população feminina. Se por um lado temos consciência que na sociedade atual as mulheres ainda sofrem de efeitos de segregação de género (como o facto de ocuparem posições menos valorizadas socialmente, com pior remuneração e com trabalhos mais precários e ainda pelo facto de enfrentarem uma “dupla jornada” na medida em que a seu cargo continuam a encontrar-se na maioria das vezes exigências relacionadas com a gestão da vida doméstica e familiar), por outro, e mesmo assim, parecem encontrar uma forma mais ajustada de gerir a sua energia para as atividades laborais de forma a comprometerem menos o seu bem-estar que o sexo masculino (United Nations Research Institute for Social Development, 2005).

De um forma mais geral, podemos verificar que a população feminina se encontra com maiores índices de risco na maior parte das variáveis negativas (incongruências nas variáveis relativas à justiça, sobrecarga, recompensas e exaustão), o que poderá ter influência na forma como estabelecem e retiram prazer de outras atividades da sua vida diária. Assim, independentemente do risco ser moderado para ambos os grupos, podemos afirmar que há uma maior exposição das mulheres, não menosprezando os homens, dado que nos encontramos perante situações em que pequenas alterações podem modificar o quadro vigente.

Gráf.3: Modelo Preditivo AVL - Perfil Função/ Perfil Pessoal



O perfil da função, que inclui variáveis como o número de horas de trabalho, o tipo de contrato, a categoria profissional, o número de anos na função, o trabalho por turnos, o número de anos na empresa/instituição e o número de anos de trabalho, e que tal como podemos observar no gráfico 3, explica a forma como é avaliado interface família - trabalho e o *engagement*, enquanto potencializa o *mobbing* e o *stress*. Neste contexto verificamos que não há diferenças significativas na forma como o perfil função explica as áreas da vida laboral e o *burnout*. Neste âmbito, o perfil da função (que no fundo retrata as exigências percebidas) que surge como predito da forma como é avaliado o

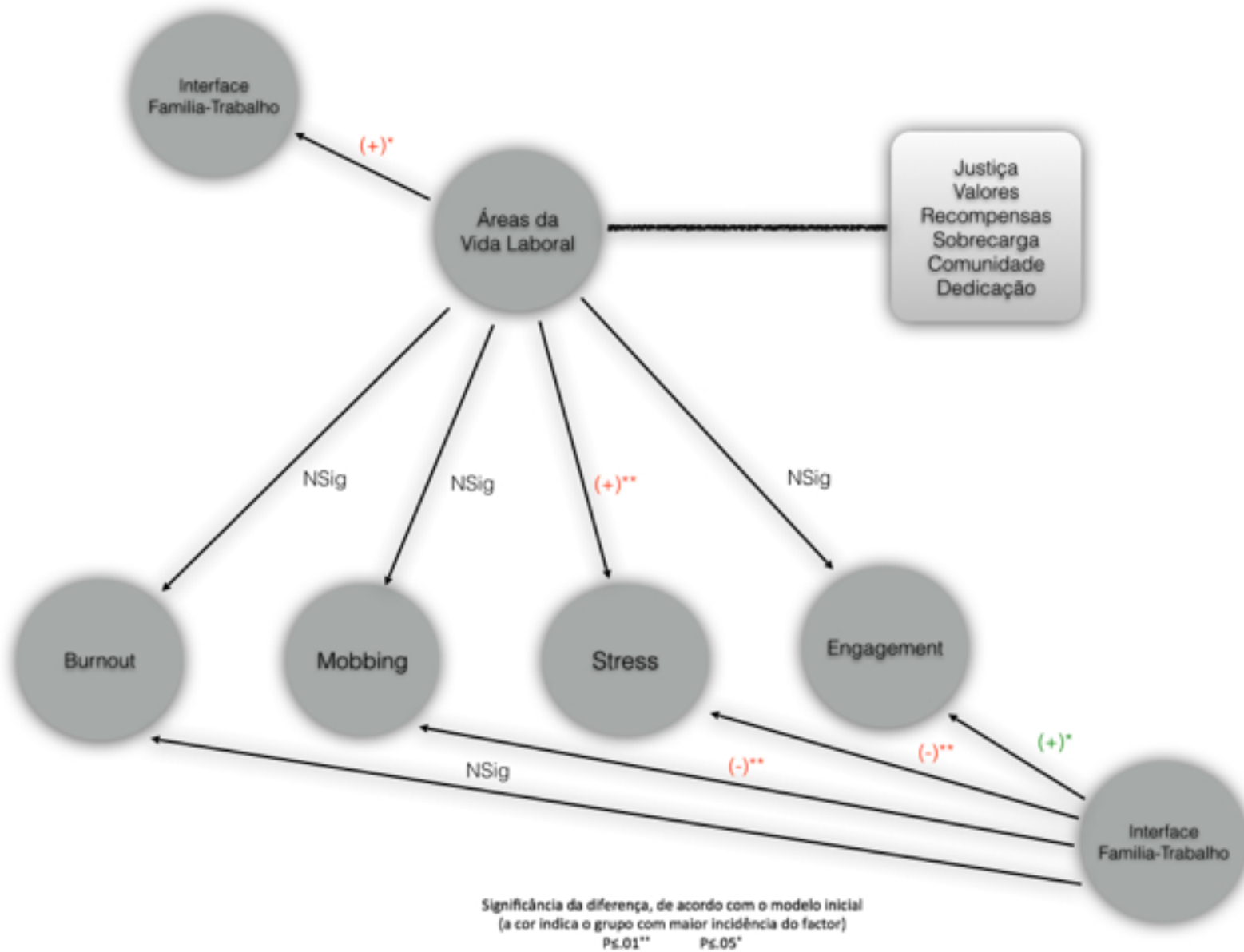
interface família - trabalho, conclui-se que quanto mais é percebido como exigente, menos positivamente o interface família - trabalho é percebido.

Sobressai no Perfil da Função, aquela que exige maior número de horas de trabalho, onde os contratos são a termo ou em regime de prestação de serviços, executados por quadros médios e com mais tempo na função atual e no mercado de trabalho.

Já o perfil pessoal (do qual constam de forma global variáveis como as habilitações literárias, sexo, dados biométricos [tensão arterial e peso], estado civil, situação familiar, existência de quadro clínico de doença crónica, absentismo, nível de satisfação profissional e realização pessoal) existem diferenças na forma como este perfil explica o interface família - trabalho, as áreas de vida laboral, o *engagement* (sendo que nestes casos podemos afirmar que o perfil pessoal prediz problemas na avaliação de qualquer um destes domínios), enquanto potencializa o *stress, mobbing e burnout*. Estes serão certamente elementos importantes a ter em consideração em processos internos ou externos de recrutamento e seleção, bem como em relação às políticas sociais, que se implementam em contexto organizacional, se bem que não podemos nunca ignorar que os elementos relativos ao perfil pessoal não são estáticos, podendo naturalmente sofrer alterações ao longo do tempo (Xavier, 2006).

Neste perfil, estão em destaque as pessoas que, apesar de terem companheiro (a) estável, classificam a sua situação familiar como instável, que apresentam piores dados biométricos e baixos índices de satisfação e realização pessoal e profissional.

Gráf.4: Modelo Preditivo de Burnout/ Mobbing/ Stress/ Engagement - Sexo Mulheres
Homens

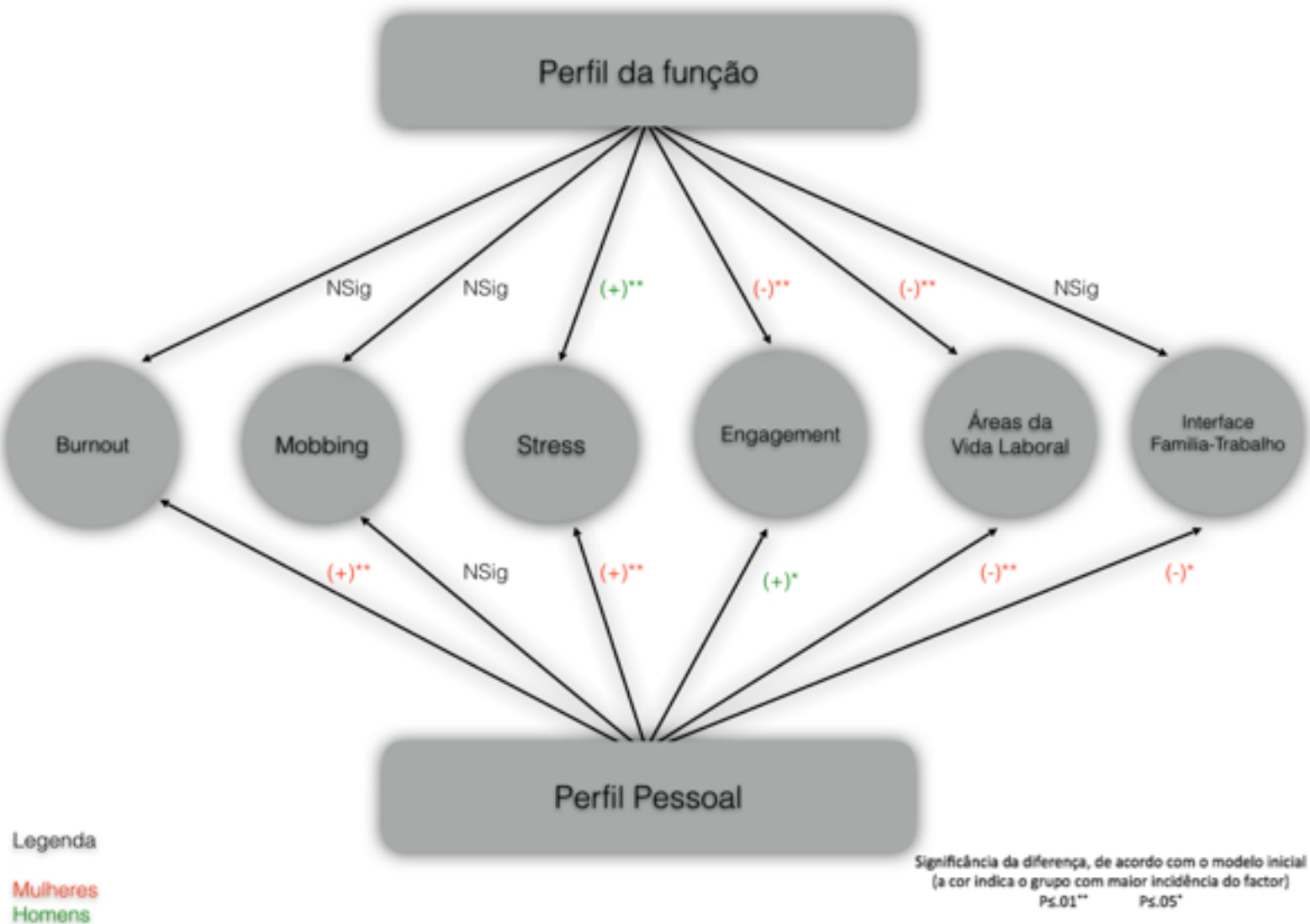


No gráfico 4, de forma a tentar compreender se existem diferenças entre a forma como umas variáveis explicam as outras tendo em consideração o sexo dos participantes, verificamos que as áreas de vida laboral influenciam de forma mais determinante o interface família-trabalho e o *stress* na população feminina do que quando comparada com a masculina, não sendo no entanto, significativas as diferenças entre o género masculino e feminino no que respeita à forma como as áreas de vida laboral determinam o *burnout*, o *mobbing* e o *engagement*.

Já no modelo que coloca o interface família - trabalho a predizer as outras variáveis, encontramos diferenças significativas estatisticamente entre homens e mulheres relativamente ao *engagement* (sendo a incidência superior no sexo masculino), o *stress* e o *mobbing* (com maior incidência no sexo feminino). Não são significativas as diferenças entre homens e mulheres na incidência do interface família - trabalho sobre o *burnout*.

Quanto às diferenças na análise dos perfis de função e pessoal com base na variável sexo (gráfico 5), verificamos que no perfil função, não encontramos diferenças significativas entre os grupos na forma como o perfil prediz o *burnout*, o *mobbing* e o interface família - trabalho. Existem no entanto diferenças entre o sexo masculino e feminino no modo como os seus perfis de função explicam o *stress*, as áreas da vida laboral e o *engagement*.

Gráf.5: Modelo Preditivo AVL - Perfil Função/ Perfil Pessoal - Sexo



Nas mulheres, os perfis que se associam a maior número de horas de trabalho, onde os contratos são mais precários, executados por quadros médios e com mais tempo na função, na instituição e no mercado de trabalho, explicam a existência de índices superiores de menor *engagement* e de comprometerem de forma mais elevada as áreas de vida laboral. Já no caso dos homens, estes perfis explicam níveis mais elevados de *stress*.

Como podemos verificar na figura, existem diferenças entre ambos os géneros quanto ao facto dos perfis pessoais explicarem as outras variáveis. Desta forma, observamos que enquanto o perfil do homem prediz de forma mais afincada o *engagement* do que o das mulheres, o perfil pessoal destas últimas revela-se como tendo maior incidência no *burnout* e no *stress* comprometendo mais uma vez as áreas de vida laboral e o interface família - trabalho. As diferenças não são significativas quanto ao facto de ambos os perfis serem preditores de *mobbing*.

6. CONCLUSÃO

6.1. Conclusões e reflexões finais do estudo

Encontramo-nos numa época em que as dimensões trabalho - família se tornam cada vez mais difíceis de conciliar, gerando conflito. Numa altura em que a competitividade dentro das organizações é cada vez maior, em que as expectativas são cada vez mais difíceis de satisfazer, aumentam os casos de riscos psicossociais.

O vício no trabalho, as horas extra, a falta de motivação, a competitividade, são fatores que aumentam a probabilidade de desenvolvimento do *stress*, do *burnout*, da exaustão, etc.

Torna-se claro que uma das causas que torna os indivíduos vulneráveis ao desenvolvimento de riscos psicossociais são as elevadas expectativas - que no mundo atual são cada vez mais difíceis de atingir, gerando sentimentos de infelicidade, falhanço e perda de motivação e gosto pelo trabalho.

A crescente preocupação do desenvolvimento de riscos psicossociais nos locais de trabalho, tais como o *stress* e o *burnout*, faz deste um dos grandes desafios para os gestores atuais.

Ao longo deste estudo demonstrou-se que de todos os riscos psicossociais emergentes, o *stress* é aquele que deve ser maior alvo de preocupação e considerado o epicentro das intervenções organizacionais. Não só é um dos maiores desafios do mundo atual, como acarreta custos elevados não só em termos monetários, como também em termos humanos.

Não devemos no entanto esquecer que qualquer um destes riscos é uma consequência de um conjunto de variáveis que devem ser tidas em conta. Assim, aquando a avaliação de riscos psicossociais, deve-se tentar perceber e analisar todas as dimensões e variáveis de forma a compreender e determinar a exposição ao risco, podendo assim vir a ser evitado e prevenido em situações futuras.

Existem certas condições laborais que aumentam a propensão do indivíduo ao desenvolvimento de *stress* ou *burnout*:

- a forma como as tarefas são desempenhadas - poucas pausas/ várias horas consecutivas a trabalhar;
- o tipo de gestão que não permite aos trabalhadores participarem nas tomadas de decisão, levando conseqüentemente a uma fraca comunicação interna;
- relações interpessoais - a falta de comunicação referida no ponto anterior contribui para um pobre ambiente social e leva à falta de suporte entre colegas;
- regras laborais - demasiada responsabilidade ou conflito de expectativas;
- preocupações de carreira - instabilidade e falta de oportunidade de crescimento profissional.

Torna-se assim fundamental que os funcionários sejam vistos como recursos para o sucesso, ou insucesso, da organização, tendo em consideração os seus desejos, motivações e saúde física e mental. A gestão de pessoas é, cada vez mais, vista como uma

vantagem competitiva e cabe ao Gestor de Recursos Humanos contribuir para a eficácia da organização tendo em consideração as necessidades dos seus funcionários. Uma boa gestão de pessoas trata-se de gerir com as pessoas no coração (Bilhim, 2004).

Não descurando o facto de que todos os setores estão susceptíveis ao aparecimento de riscos, existem no entanto alguns mais vulneráveis ao seu desenvolvimento. São estes o setor dos transportes, da saúde e dos serviços. Tal, deve-se ao facto de estes serem os setores com maior contacto pessoal e com situações problemáticas.

No setor da saúde a pressão de lidar com pacientes difíceis, situações de vida e morte, tornam os profissionais deste setor mais expostos ao desenvolvimentos de riscos. Logo no inicio de carreira, quando sob o juramento de Hipócrates, juram dedicar as suas vidas ao seu trabalho, respeitar a honra da profissão, manter “o segredo que lhes foi confiado”, são submetidos a uma pressão que a grande maioria das profissões não tem: fazer um juramento que terá que os acompanhar todos os dias, ao longo de toda a carreira, independentemente da situação, em que não são permitidos deixarem-se levar/sentir dor ou sofrimento.

Recentemente fomos confrontados com a exaustão e o *stress* nos enfermeiros que têm feito, um pouco por todo o país, greves contra a elevada carga horária que os deixa à beira da exaustão. Com turnos que chegam a atingir as 24 horas, sem dias de descanso, o governo tem vindo a ser confrontado constantemente com exigências para que medidas sejam tomadas em relação face a este problema.

Se estas medidas não forem tomadas, não só no setor da saúde como em todas as organizações, a situação irá agravar-se. Os níveis de motivação irão baixar, o número de baixas irá aumentar, a produtividade irá conseqüentemente diminuir, gerando um efeito bola de neve.

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho tem vindo a tentar sensibilizar e consciencializar as organizações para o aparecimento de riscos psicossociais. Com diversas campanhas desenvolvidas (cada uma com dois anos de duração), inquéritos realizados e artigos publicados, está na altura deste problema começar a ser visto com a seriedade e a atenção que ele merece.

Nos dias que correm, com a informação cada vez mais divulgada sobre esta problemática, é impossível ficar-se indiferente. Os riscos psicossociais estão a entrar nas organizações. Os riscos psicossociais estão a tornar-se nos piores inimigos das organizações. E estes, se nada for feito para os prevenir, irão tornar-se no maior pesadelo das organizações.

Através da análise dos dados recolhidos da amostra, concluímos que as principais razões que levam ao desenvolvimento de riscos psicossociais no setor de saúde privado são a falta de energia, a incongruência entre os valores pessoais e os da organização, a falta de *engagement* com o trabalho - que resulta na falta de dedicação por parte dos indivíduos, a falta de controlo sobre o que vivem no seu trabalho e por último, mas não menos importante, o sentimento de sobrecarga: horas extra, trabalho excessivo, etc. Da análise feita, podemos observar que o perfil pessoal surge como um excelente potencializador de riscos. São a falta de satisfação com o trabalho e realização pessoal, os maiores preditores de riscos psicossociais no setor de saúde privado.

Neste estudo é visível que as mulheres têm uma maior dificuldade em separar a vida pessoal da familiar, e em que as áreas da vida laboral influenciam de forma mais elevada o interface família-trabalho. Já nos homens o perfil da função é maior potencializador de *stress* do que nas mulheres.

No entanto, esta análise deverá servir como um ponto de partida para o desenvolvimento de processos de intervenção, destacando as situações problemáticas e potencializando os aspetos positivos.

São vários os fatores potencializadores de risco. No entanto, através de uma análise mais aprofundada, possivelmente através de trabalho de campo, acompanhando os profissionais através do seu dia-a-dia, poderá ser possível determinar quais são as situações mais suscetíveis ao desenvolvimento de riscos psicossociais, em que medida a hora do dia, o ambiente laboral, o ambiente social, entre outros, influenciam este desenvolvimento,

6.2. Proposta de intervenção

Através de uma avaliação do perfil de riscos psicossociais, é possível ajudar os gestores a determinarem quais são os riscos com maior probabilidade de desenvolvimento, a preveni-los e/ou reduzi-los.

Ao longo deste documento foi referido mais do que uma vez que a falta de motivação dos funcionários pode conduzir a um desgaste mental e emocional, levando consequentemente a sentimentos de insatisfação e infelicidade, conduzindo à depressão ou *burnout*. Existem diversas medidas que podem ser levadas a cabo pelas organizações como forma de valorizar e motivar os seus funcionários. É fundamental que os trabalhadores se sintam apreciados e parte essencial da organização. Ações tão simples como recompensar o trabalho árduo elegendo o “empregado do mês” ou dando o dia de aniversário de folga podem fazer a diferença.

No estudo realizado foram analisadas variáveis como a sobrecarga, sentimento de justiça, recompensas, entre outras. Num país em que as horas extra são vistas como dedicação e trabalho árduo, não é de espantar que os funcionários apresentem sinais de exaustão, *stress* ou *burnout*. Muitas empresas, sobretudo noutros países, já começam a desenvolver métodos que visam combater as horas extra. Tendo consciência das limitações de algumas soluções que têm vindo a ser desenvolvidas tais como a desconectar a rede geral, a mentalidade de que horas extra são sinónimo de maior *engagement* deveria ser revista, incentivando as pessoas a organizarem o seu trabalho de forma a não precisarem de ficar depois da sua hora de saída ou a levar trabalho para casa.

Na amostra estudada vimos que havia pouca implicação, falta de dedicação, por parte dos funcionários para com o seu trabalho. Já vimos que é o perfil pessoal o maior preditor de riscos e que este envolve a falta de satisfação e realização pessoal e profissional. Porquê? Quando começou? Como podemos alterar esta situação? Estas são questões que os gestores se devem colocar. Numa área com uma elevada emocional e horária tão elevada, a falta de energia e satisfação deverão ser os primeiros sentimentos a surgir. Assim, é da responsabilidade do gestor garantir que o funcionário não chega a este ponto - prevenir e não remediar.

Algo tão simples como o *feedback*, pode fazer a diferença na forma como indivíduo se percebe e se sente valorizado. Como foi referido ao longo deste estudo, o capital humano deve ser valorizado e ser visto como uma vantagem competitiva. Para tal, é necessário e fundamental, motivar os trabalhadores, fazê-los sentir que têm um papel importante na organização. Dando *feedback* a cada um dos trabalhadores, mensal ou trimestralmente, positivo ou negativo, estaria não só a demonstrar preocupação para com os trabalhadores mas também a contribuir para maiores níveis de motivação e consequentemente produtividade.

Algumas das medidas que podem ser adotadas são a distribuição equilibrada das tarefas de trabalho - evitando assim que o trabalhador se sinta assoberbado e em risco de entrar em *stress* - intervenção dos trabalhadores, liderança clara, adaptação do trabalho, apoio, diálogo entre o gestor e os trabalhadores, limites definidos e informação.

É importante garantir o cumprimento do horário de trabalho por parte dos trabalhadores. Isto é, num país em que as horas extra são consideradas uma mais valia e uma prova de *commitment* para com a organização, são esquecidos os efeitos colaterais que daqui advêm: menos tempos para a vida pessoal e consequentemente, quando aplicável, para a família, exaustão, pressão, etc. Assim - como já se pode observar em alguns países - o trabalho fora do horário laboral devia ser limitado a situações estritamente necessárias.

No seguimento de medidas a ser adotadas pelas organizações, penso que seria fundamental garantir a possibilidade aos trabalhadores de realizarem pausas, curtas, ao longo do dia e disponibilizar, dentro da própria organização, espaço(s) adequado (s) para tal. Desta forma, evitar-se-ia as várias horas de trabalho seguidas, consequentemente o cansaço e consequentemente o *burnout*, possibilitando ao trabalhador a possibilidade de descansar e “desanuviar”, aumentando assim os seus níveis de produtividade.

Logo na fase inicial, de recrutamento e seleção, deve-se ter em atenção a adequação do indivíduo ao papel, perceber de que forma este se adapta à função e não como a função se poderá adaptar a ele. É de conhecimento geral que uma pessoa que tenha uma vasta experiência numa determinada área se irá desmotivar mais rapidamente

numa função inferior, que não requiere qualquer experiência, do que um recém-licenciado sedento por aprender e entrar no mercado de trabalho. É aqui que entra um novo problema, cada vez mais comum: a sobrequalificação. Cada vez mais ouvimos histórias de pessoas que não foram selecionadas para determinado cargo por terem qualificações a mais. Chegamos então a um ponto em que se torna cada vez mais difícil estar numa zona neutra e escolher o caminho mais abrangente que aumente as hipóteses de empregabilidade.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Autoridade para as condições do trabalho (2014) Avaliação de Riscos Psicossociais, [Online] Disponível em: <http://www.act.gov.pt/>.

Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2009) Promoção da Saúde Mental no Setor da Saúde), E-facts, [Online] Disponível em: <https://osha.europa.eu>.

BAGANHA, M., RIBEIRO, J., PIRES, S. (2002) O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional, Oficina do CES, 182.

BILHIM, J.A.F. (2004) Qualificação e Valorização de Competências, Sociedade Portuguesa de Inovação, [Online] Disponível em: <http://www2.spi.pt>.

CASTRO, F.G., ZANELLI, J.C (2007) Síndrome de burnout e projeto de ser, Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 10 (2), 17-20.

CHANLAT, J.-F. (1995) Quais carreiras e para qual sociedade? (I), Revista da Administração de Empresas, 35 (6), 68-75.

CHIAVENATO, Idalberto (1999) Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações, 6ª ed. Rio de Janeiro: Campus.

CUNHA, M.J., PEREIRA, J.P., CUNHA, J.M., GASCÓN, S. (2014) Gerir Pessoas e Competências – Uma Estratégia de Sucesso. [e-book] Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia da Saúde Ocupacional (APPSO). Disponível em: <http://www.appso.pt>.

DOYLE, Y., BULL, A. (2000) Role of private sector in United Kingdom healthcare system, BMJ, V.321, 563-565.

EIRA, A. (2000) A saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados, Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto.

Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (1993), Lei nº 11/93, Ministério da Saúde.

European Agency for Safety and Health at Work (2013) European Opinion Poll on Occupational Safety and Health [pdf] Disponível em: <https://osha.europa.eu>.

FURTADO, L.M.G.P., FAJARDO, B.A.G., HOLPERIN, M.M. (2012) Novas perspectivas da Relação Trabalho-Família: uma Análise Multigrupo a partir do Setor de Atuação. In: AN-PAD (Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração), Encontro de Administração pública e Governo. Salvador, Brasil 18-20 Novembro.

GUERREIRO, M.D., ABRANTES, P. (2005) Como tornar-se adulto: processos de transição na modernidade avançada, Revista Brasileira de Ciências Sociais, 20 (58), 158-163.

GRUNFELD, E., WHELAN, T.J., ZITZELSBERGER, L., WILLIAN, A.R., MONTESANTO, B., EVANS, W.K. (2000) Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. CMAJ, 25 July, 163 (2), 166-169.

Juramento de Hipócrates (1983) Associação Médica Mundial [Online] Disponível em: www.ordemosmedicos.pt

Lei n.º 102/2009, Assembleia da República. Regime Jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. Diário da República, 1.ª série - N.º 176.

LEWIS, M.A., MEDICI, A.C. (1995) Private payers of health care in Brazil: characteristics, costs and coverage. Health Policy and Planning, 10 (4): 362-370.

LIGHTER, M. (2014) CREW [Online] Disponível em: <http://www.workengagement.com>.

LUSA (2013) Consumo de mais antidepressivos não está ligado à crise, Diário de Notícias, [Online] Disponível em: <http://www.dn.pt>.

MASLACH, C., JACKSON, S.E. (1981) The measurement of experienced burnout, Journal of occupational behavior, V.2, 99-113.

MJP Consultoria (2011) Positive Psychology on the Job Model, [Online] Disponível em: <http://www.ppjm.pt>.

NIOSH (The National Institute for Occupational Safety and Health) (1999) STRESS...at work, 99-101.

Ordem dos Enfermeiros (2000) Alguns dados sobre os enfermeiros portugueses, Ordem dos Enfermeiros (1).

Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (2006) A Política de regulação do Brasil - Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde [12], Brasília.

PINA E CUNHA, M., REGO, A., CAMPOS E CUNHA, R., CABRAL-CARDOSO, C. (2006) Manual de Comportamento organizacional e gestão. [e-book] Disponível em: <http://br.librosintinta.in>.

Portal da Saúde (2010) História do Serviço Nacional de Saúde, [Online] 24 Fev. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt>.

Relatório Mundial de Saúde (2006) Trabalhando juntos pela saúde. [pdf] Disponível em: <http://www.who.int/>

Relatório Mundial de Saúde (2010) Financiamento dos Sistemas de Saúde - O caminho para a cobertura universal. [pdf] Disponível em: <http://www.who.int/>

SALANOVA, M., LÍBANO, M., LLORENS, S. (2013) La adicción al trabajo, Salud Laboral - Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral, 240-255

SANTOS, L. (2013) Dispara venda de antidepressivos nas farmácias, Diário de Notícias, [Online] Disponível em: <http://www.dn.pt>.

SCHAUFELI, W.B., LEITER, M.P., MASLACH, C. (2008) Burnout: 35 years of research and practice, Career Development International, 14 (3), 204 - 220.

SCLIAR, M. (2007) História do Conceito de Saúde. [pdf] Rio de Janeiro: Revista Saúde Coletiva. Disponível em: <http://www.scielo.br/>

SEBASTIÃO, D., SANTOS, J., JESUS, S. (2010) A influência da cultura/clima organizacional e da satisfação com o suporte social no stresse percebido, *Psychologica*, 52 (1), 281-294.

SILVA, L., SOUZA, L., CERDEIRA, A., PINTO, C., OLIVEIRA, R. (1997) Algumas características do setor privado de saúde de Salvador, Bahia, Brasil, *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (4), 701-709.

SLIC (Comité dos Altos Responsáveis das Inspeções do Trabalho) (2012) Riscos psicossociais no trabalho - base, *Psychosocial Risk Assessments*, [Online],. Disponível em: www.av.se/slic2012.

SOARES, D.H.P., SESTREN, G. (2007), Projeto profissional: o redimensionamento da carreira em tempos de privatização, *Psicologia & Sociedade*, 12 (1), 66-74.

State Services Commission (2005) *Work-Life Balance: a resource for the State Services*. [pdf] Nova Zelândia: State Services Commission. Disponível em: http://www.ssc.govt.nz/sites/all/files/Work-Life_Balance_main_content_and_Supplement.pdf

TREFFF, M.A. (2012), Preferência por carreira e geração y, *Revista de Carreiras e Pessoas*, 104-109.

TRIGO, T.R., TENG, C.T., HALLAR, J.E.C. (2007) Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos, *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (5), 223-233.

United Nations Research Institute for Social Development (2005) *Gender Equality: Striving for Justice in an Unequal World* [Online] disponível em: <http://www.unrisd.org/>

VISSER, M.R.M., SMETS, E.M.A., OORT, F.J., HAES, H.C.J.M. (2003) Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ*, 4th February, 168 (3), 271-275.

World Health Organization (1948), *International Health Conference*, Nova Iorque. [Online] Disponível em: <http://www.who.int/>.

World Health Organization (2004) Prevention of Mental Disorders - Effective Interventions and Policy options, 1-67.

Xavier, R. (2006) Gestão de Pessoas na Prática [e-book] São Paulo: Editora Gente. Disponível em: <http://www.ricardoxavier.com.br/>