

NÁDIA MARONA DE NORONHA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE: O FARMACÊUTICO
PROMOTOR DE SAÚDE NAS EMPRESAS**

Orientadora: Dr.^a Manuela Teixeira

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2012

NÁDIA MARONA DE NORONHA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE: O FARMACÊUTICO
PROMOTOR DE SAÚDE NAS EMPRESAS**

Monografia apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas no curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas conferido pela Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias – Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde.

Orientadora: Dr.^a Manuela Teixeira

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2012

“An ounce of prevention is worth a pound of cure”

(Lennart Levi)

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora Dr.^a Manuela Teixeira todo o apoio, a orientação, compreensão e disponibilidade. Fico eternamente agradecida por toda a amizade e transmissão de conhecimentos nesta fase do meu percurso universitário.

À Doutora Lígia Reis, da Ordem dos Farmacêuticos, quero agradecer pela disponibilidade, auxílio e cooperação na elaboração desta monografia.

Aos Professores Dr. Pedro Amores da Silva, Dr. Nuno Ramalhete e Dr. Pablo Pereira pelo auxílio prestado na divulgação do instrumento de recolha de dados.

À Dr.^a Sandra Lino, do Centro de Documentação e Informação de Medicamentos da Associação Nacional das Farmácias, pela colaboração, apoio e tempo despendido.

Ao Ruben, pelo apoio, motivação, e compreensão ao longo deste percurso escolar. Para ti, o meu muito obrigado por seres a pessoa que és e por seres o meu pilar.

Aos meus pais, pelos sacrifícios feitos, pelas lutas e dificuldades ultrapassadas, pela compreensão, amizade e carinho. Valorizo todos os dias o que fizeram e fazem por mim. Obrigada por acreditarem e apoiarem os meus ideais e as minhas decisões. Hoje sou aquilo que sou graças a vocês. Um eterno obrigada.

Aos meus avós, pela compreensão, dedicação e disponibilidade. Os medos, as angústias, dúvidas, mas também a felicidade dos bons momentos, não teriam sido os mesmos se não tivessem sido partilhados convosco.

À minha querida irmã, pelos sorrisos, abraços, alegrias e brincadeiras partilhadas quando mais precisei.

Resumo

Para as sociedades contemporâneas, onde o predomínio de transtornos mentais parece comprometer a qualidade de vida e da prosperidade económica, não só através de custos diretos de saúde e serviços sociais, mas também devido à perda de emprego e produtividade, a implementação de programas de promoção da saúde ocupacional é imperativa.

Os principais objetivos desta monografia são o estudo dos níveis de stresse ocupacional de uma amostra de trabalhadores portugueses, análise do seu conhecimento sobre gestão de stresse e o desenvolvimento de um projeto de promoção de saúde, a realizar por farmacêuticos, que visa um incremento da saúde e bem-estar dos colaboradores no seu local de trabalho.

Trata-se de um estudo descritivo observacional e transversal. Aplicou-se um questionário por inquérito *online*, confidencial e voluntário, onde participaram 240 indivíduos dos quais 104 preencheram os critérios de inclusão. Sessenta e seis são mulheres. Os conhecimentos sobre sintomas associados ao stresse são apenas alguns (51%) ou até mesmo inexistentes (46%), e a maioria da população em estudo não sabe como prevenir (77%) e/ou gerir (82%) o stresse no local de trabalho.

O estudo corrobora a existência de fatores de stresse profissional. Programas de promoção de saúde ocupacional, como aquele planificado ao longo do trabalho, podem melhorar o bem-estar, a saúde mental e consequentemente aumentar a produtividade, diminuindo o absentismo dos trabalhadores em Portugal.

Palavras – chave: promoção da saúde, saúde mental, stresse ocupacional, gestão de stresse, absentismo.

Abstract

In contemporary societies, where the prevalence of mental disorders seems to compromise life quality and economic prosperity, not only through direct costs of health and social services, but also due the loss of employment and productivity, the implementation of promotional programs for mental health is imperative.

The main objectives of this monograph are the study of occupational stress levels of a sample of Portuguese workers, testing their knowledge about stress management and the development of a health promotion project, to be conducted by pharmacists, which seeking an increase in health and welfare of employees in their workplace.

This is a descriptive cross-sectional and observational. We applied a questionnaire survey by online, confidential and voluntary, attended by 240 individuals of which 104 met the inclusion criteria. Sixty-six are women. Knowledge of symptoms associated with stress are just a few (51%) or even non-existent (46%) and the majority of the study population does not know how to prevent (77%) and/or manage (82%) stress at location work.

The study confirms the existence of stress related factors. Programs to promote occupational health, like that planned throughout the work, can improve welfare, mental health and therefore increase productivity, decreasing absenteeism of workers in Portugal.

Key – words: health promotion, mental health, occupational stress, stress management, absenteeism.

Abreviaturas, siglas e símbolos

ANF – Associação Nacional das Farmácias

CSP – Cuidados de Saúde Primários

OMS – Organização Mundial de Saúde

PME – Pequenas e Médias Empresas

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

UE – União Europeia

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice

Introdução.....	12
Capítulo I – Revisão da Literatura	14
1.1 Promoção da saúde	15
1.2 Promoção da saúde no local de trabalho.....	17
1.3 Promoção da saúde mental no local de trabalho	18
1.4 Stresse ocupacional	19
1.4.1. Modelos de stresse ocupacional	20
1.4.2. Fatores causadores de stresse ocupacional	21
1.4.3. Efeitos do stresse ocupacional.....	23
1.5 O farmacêutico como promotor da saúde.....	24
1.6 Porquê investir na promoção da saúde (mental)?.....	27
1.6.1. Quais os benefícios para as empresas?.....	28
1.6.2. Quais os benefícios para os colaboradores?.....	30
Capítulo II – Material e Métodos.....	31
2.1 Tipo de estudo.....	32
2.2 População e amostra.....	32
2.3 Instrumento de recolha de dados	32
2.4 Análise de dados.....	32
Capítulo III – Resultados	33
3.1 Caracterização sociodemográfica da amostra.....	34
3.2 Caracterização do nível de stresse no local de trabalho	36
3.3 Caracterização do conhecimento sobre gestão de stresse	41
Capítulo IV – Projeto	44
4.1 Preparação e desenvolvimento do projeto.....	45
4.2 Objetivo geral	45
4.3 Objetivos secundários	45
4.4 Parcerias do projeto	45
4.5 Estratégia de marketing.....	46

4.5.1	Criação de uma marca.....	46
4.5.2	Nome	46
4.5.3	Logótipo	46
4.6	Análise SWOT	47
4.7	Preparação do projeto	48
4.8	Diagnóstico.....	48
4.9	Intervenção.....	48
4.10	Horizonte temporal	49
4.11	Avaliação.....	49
4.12	Cronograma	50
	Discussão e Conclusão	51
	Bibliografia.....	53
	Apêndices.....	I
	Apêndice I.....	II
	Apêndice II.....	VII

Índice de figuras

Figura 1 – As linhas de força da Carta de Ottawa, 1986 (OMS, 2009).....	16
Figura 2 - Modelo de promoção de saúde (adaptado de Anderson D. et al., 2001).....	18
Figura 3 - Modelo “ <i>Demand-control</i> ” proposto por Karasek (1979) (Miranda S.C.C., 2011). 20	
Figura 4 - Modelo “ <i>Effort-Reward imbalance</i> ” de Siegrist (Miranda S.C.C., 2011).....	21
Figura 5 – Modelo de stresse ocupacional de Cooper e Marshall (Miranda S.C.C., 2011)...	23
Figura 6 – Marca e mascote adaptadas para o projeto Geração Saudável (Ordem dos Farmacêuticos [OF], 2011).	26
Figura 7 – Logótipo e publicidade propostas para o presente projeto.	46

Índice de gráficos

Gráfico 1 - A maioria dos problemas que afetam a produtividade dos colaboradores (adaptado de American Institute for Preventive Medicine, 2008).....	27
Gráfico 2 – Benefícios dos programas de promoção da saúde nas empresas (adaptado de American Institute for Preventive Medicine, 2008).	29
Gráfico 3 – Distribuição dos inquéritos por sexo (n= 104).	34
Gráfico 4 – Distribuição dos questionados por zona de residência (n= 104).	35
Gráfico 5 – Distribuição dos inquiridos por profissão (n= 104).	35
Gráfico 6 – Resultados da pergunta “Qual é a sua média de horas de trabalho por dia?” do questionário (n= 104).....	36
Gráfico 7 - Resultados da pergunta “Quantas pausas faz ao longo do seu dia de trabalho?” do questionário (n= 104).....	36
Gráfico 8 - Resultados da pergunta “O seu salário é:” do questionário (n= 104).	37
Gráfico 9 - Resultados da pergunta “Como é o seu trabalho avaliado?” do questionário (n= 104).	38
Gráfico 10 - Resultados da pergunta “Com que frequência tem de realizar as suas tarefas de trabalho com muita rapidez?” do questionário (n= 104).	38
Gráfico 11 - Resultados da pergunta “Tem um prazo para que um determinado trabalho ou tarefa seja concluída?” do questionário (n= 104).	39

Gráfico 12 - Resultados da pergunta “O seu local de trabalho apresenta um ambiente calmo e agradável?” do questionário (n= 104).	39
Gráfico 13 - Resultados da pergunta “Objetivamente, como são as relações interpessoais no local de trabalho?” do questionário (n= 104).	40
Gráfico 14 - Resultados da pergunta “Com quantas pessoas você interage diariamente no local de trabalho?” do questionário (n= 104).	40
Gráfico 15 - Resultados da pergunta “Quantos telefonemas recebe durante um dia normal de trabalho?” do questionário (n= 104).	41
Gráfico 16 - Resultados da pergunta “Sabe que sintomas a nível corporal e psicológico se podem manifestar como consequência do stresse?” do questionário (n= 104).	41
Gráfico 17 - Resultados da pergunta “Sabe como proceder à avaliação de cada situação potencial de stresse a nível profissional?” do questionário (n= 104).	42
Gráfico 18 - Resultados da pergunta “Tem conhecimento das várias formas de prevenção do stresse no trabalho?” do questionário (n= 104).	42
Gráfico 19 - Resultados da pergunta “Sabe como gerir o stresse a nível profissional?” do questionário (n= 104).	43
Gráfico 20 - Resultados da pergunta “Gostaria que no seu local de trabalho houvesse algum profissional de saúde que o ajudasse na gestão do stresse, na prevenção de outras doenças e na manutenção do seu estado de saúde?” do questionário (n= 104).	43

Índice de tabelas

Tabela 1 – Distribuição dos respondentes por grupo etário (n= 104).	34
Tabela 2 – Análise SWOT do presente projeto (Loureiro, I et al., 2010).	47
Tabela 3 – Exemplo de cronograma do projeto (resumido).	50

Introdução

O mundo laboral continua a adaptar-se aos metamorfismos do mercado global. Em diversos estados membros da UE observou-se uma tendência de absentismo e aumento de pedidos de reforma antecipada, devido a problemas de saúde mental, nomeadamente em relação ao stress e depressão (Chopra, 2009).

Atualmente a saúde mental é um dilema verídico, sendo que aproximadamente 20% da população ativa irá, num futuro próximo, experienciar alguma forma de patologia mental durante a atividade profissional (Chopra, 2009).

Uma débil saúde mental pode afetar um indivíduo de distintas formas, particularmente na sua capacidade funcional e de laboração. A produtividade pode ser reduzida significativamente, dependendo da idade na qual o indivíduo desenvolveu o problema de saúde mental. No local de trabalho, esse decréscimo pode levar ao absentismo e requisição de licença médica. De acordo com a OMS, os problemas de saúde mental são, a longo prazo, uma das três principais causas de incapacidade, analogamente às doenças cardiovasculares e músculo-esqueléticas (Gabriel & Liimatainen, 2000).

O stress é um problema de saúde mental, e está associado à tensão ou pressão que um indivíduo sente para agir. Deste modo, admite-se que o stress é o nosso motor de ação, tratando-se de *eustress* se originar efeitos positivos e agradáveis, ou *distress* quando é negativo e desagradável, não promovendo o desenvolvimento e o crescimento individual, como é o caso do stress relacionado com o trabalho (ocupacional) (Ramos, 2001).

O stress ocupacional é um fenómeno que tem sido alvo de muita atenção, devido às implicações ao nível da produtividade, assiduidade, relacionamento e qualidade do desempenho (Cooper et al., 2001). Segundo Gomes et al., este tipo de stress ocorre quando os colaboradores percecionam que os seus recursos ou capacidades são reduzidas para encarar as exigências da atividade laboral (Gomes et al., 2008).

A manifestação deste problema encontra-se diretamente relacionada com fatores individuais, organizacionais e interpessoais, pelo que raramente o stress ocupacional resulta duma só fonte, sendo dependente das características do colaborador, do tipo de trabalho e das características da organização (Visser et al., 2003).

Em suma, o stress ocupacional é um problema da sociedade de hoje, uma vez que são inúmeros os fatores indutores de stress causados no contexto laboral (Ramos, 2001). Deste modo, é essencial detetar as fontes de stress ocupacional que alteram o desempenho do indivíduo no exercício da sua atividade profissional, com intuito de prevenir patologias associadas e promover a sua saúde e bem-estar (Ramos, 2001).

A promoção da saúde surge assim com o objetivo do desenvolvimento das capacidades dos indivíduos, aumentando os seus fatores protetores (recursos gerais de resistência), através de um forte sentido de coerência, que lhes dá a facilidade de ver e analisar a realidade, de encontrar recursos e de se envolverem na resolução dos problemas, o que leva à responsabilização pela sua saúde, pela saúde das suas famílias e de toda a comunidade de que fazem parte (Carrondo, 2006).

No contexto do sector da saúde, os farmacêuticos desempenham uma intervenção chave no desenvolvimento das políticas de saúde, designadamente através da promoção da saúde nas várias proporções da sua intervenção: indicação farmacêutica, vacinação, prestação e gestão de cuidados de alta qualidade, organização de serviços, intervenção comunitária, entre outras. Como tal é um profissional de saúde apto a educar e promover a saúde a nível da comunidade.

Relativamente ao projeto em causa, este visa não só assegurar a saúde mental dos funcionários, mas também cooperar positivamente para a sua motivação e realização profissional.

Globalmente pretende-se melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade, favorecendo a produtividade e o nível económico, dado que a saúde dos trabalhadores é social e economicamente relevante para o desenvolvimento sustentável das comunidades, países e mundo.

Assim, e em termos de desenho organizativo, a presente monografia inclui quatro capítulos. No primeiro capítulo é realizada uma síntese de conceitos fundamentais ao entendimento, e um enquadramento teórico necessário à estruturação do trabalho. O segundo capítulo compreende os materiais e métodos utilizados. O terceiro capítulo apresenta os resultados do questionário realizado, que enfatizam e precipitam a reflexão sobre as premissas defendidas ao longo da monografia. Finalmente, o quarto capítulo incide sobre a planificação hipotética do projeto, bem como sobre todas as etapas de implementação.

Capítulo I – Revisão da Literatura

1.1 Promoção da saúde

Segundo a OMS, define-se saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”. A saúde é um elemento chave para o desenvolvimento económico e social, tratando-se de um direito primordial do ser humano, pelo que mais do que prevenir a doença, importa hoje prevenir a saúde (Martins, 2005).

O conceito de promoção da saúde principiou com a *Declaração de Alma-Ata* (1977), em que foi erigida uma nova diretriz para a política de saúde. Aqui foram primados fatores como o envolvimento coletivo, a cooperação entre os vários sectores da sociedade e a criação dos CSP. *A posteriori* o conceito de promoção de saúde foi desenvolvido na Carta de Ottawa (1986) (Martins, 2005).

“A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. 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.”
Carta de Ottawa, 1986 (OMS, 1986).

A estratégia base para a promoção da saúde, decorrente da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, engloba a elaboração de políticas saudáveis, a reorientação dos serviços de saúde, a criação de ambientes saudáveis, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de capacidades individuais (Carrondo, 2006).

Relativamente aos serviços de saúde, a estratégia é proceder à sua reorientação, devendo *capacitar* para o autocuidado, a autoajuda e a ação sobre o ambiente, *mediar* com intuito de criar contextos onde os indivíduos ou grupos se possam expressar e *advogar* retirando barreiras políticas e institucionais, proporcionando a realização de iniciativas locais. No que respeita aos profissionais, a revisão das formas de atividade, com *intervenção* concreta e efetiva na comunidade, assenta num processo *participativo*. Ao nível dos indivíduos e das populações a sua *capacitação*, compreendendo a saúde como um conceito positivo e que não é unicamente responsabilidade dos profissionais de saúde (Carrondo, 2006; OMS, 2009).

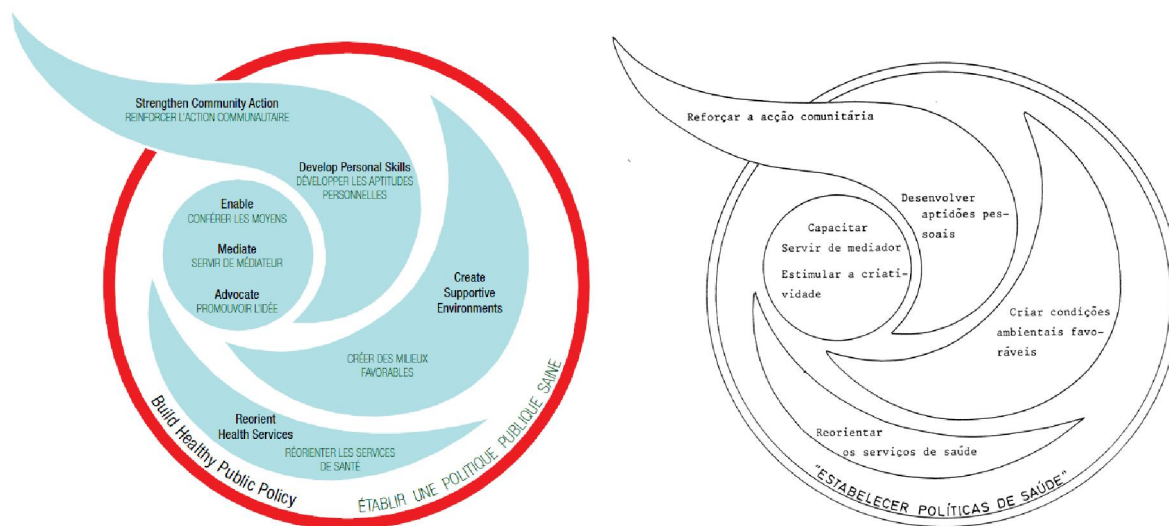


Figura 1 – As linhas de força da Carta de Ottawa, 1986 (OMS, 2009).

Deste modo, a promoção da saúde deixou de ser entendida como um conjunto de atividades de prevenção primária¹ (por exemplo, educação sanitária, exames seletivos periódicos, aconselhamento matrimonial, etc.), passando a ser definida como um processo que reforça as competências, responsabilidade e capacidade das pessoas e grupos para mobilizarem recursos e modificarem as situações, ou seja, *empowerment* (Carrondo, 2006).

Para estimular a adoção deste novo conceito, a OMS lançou inúmeros programas de promoção de saúde tais como, programa “Cidades Saudáveis” (OMS, 1997), programa “Escolas Promotoras de Saúde” (OMS, 2000), programa “Hospitais Promotores de Saúde” (OMS, 2004b), programa de “Promoção da Saúde no Local de Trabalho” (OMS, 2010) e o programa “Universidades Promotoras da Saúde” (OMS, 1998).

Os encontros e conferências internacionais, que se seguiram a Ottawa, tiveram em foco a análise das principais estratégias expostas na Carta, nomeadamente (Martins, 2005):

- a) Estabelecer políticas públicas saudáveis – *Conferência de Adelaide*, Austrália (1988);
- b) Criar meios favoráveis à saúde - *Conferência de Sundsvall*, Suécia (1991).

Posteriormente seguiu-se a *Declaração de Jacarta*, em 1997, com o intuito de fazer face aos novos desafios da Promoção da Saúde no século XXI.

¹ Nos níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença – prevenção primária, secundária e terciária.

Até à presente data somaram-se ainda a *Declaração Ministerial do México para Promoção da Saúde* (2000), onde se destacou a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais, a *Carta de Bangkok* (2005) que abordou os determinantes da saúde num mundo globalizado, e, por último, a 7ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (Nairobi, 2009) que destacou a temática do aquecimento global (Martins, 2005).

1.2 Promoção da saúde no local de trabalho

Segundo a declaração de Luxemburgo, em 1997, a promoção da saúde no local de trabalho corresponde ao esforço conjunto de entidades patronais, colaboradores e da sociedade para melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos no local de trabalho. Este objetivo pode ser alcançado através de uma congregação de (Greef & Broek, 2004):

- a) Aperfeiçoamento da organização e do ambiente de trabalho;
- b) Promoção da participação ativa dos trabalhadores em atividades saudáveis;
- c) Disponibilização de escolhas saudáveis;
- d) Estímulo ao desenvolvimento pessoal.

Os programas e intervenções de promoção da saúde no local de trabalho abrangem uma ampla gama de atividades e medidas com resultados, quer a nível individual como organizacional. Por exemplo, Anderson et al. (Anderson, D et al., 2001) fornecem um modelo conceitual (Figura 2) incorporando pareceres fundamentais das principais teorias de mudança. O modelo engloba o processo de promoção da saúde (funcionamento do programa), impacto (os resultados diretos do programa) e o resultado (a meta desejada do programa).

A promoção da saúde no local de trabalho visa melhorar a saúde e bem-estar dos colaboradores, bem como atuar a nível dos aspetos intrínsecos ao trabalho que causem um desequilíbrio na saúde dos profissionais, com consequente surgimento de patologias do foro psicológico, cardiovascular, endócrino, músculo-esquelético, entre outras (ENWHP, 2004; Hespanhol, 2005). Esses aspetos incluem condições físicas laborais (barulho, temperatura, ventilação, humidade, fatores higiénicos e iluminação) e características específicas das funções a realizar (quantidade de trabalho, número de horas de trabalho, turnos, monotonia das tarefas, exposição a riscos e/ou novas tecnologias) (Hespanhol, 2005).

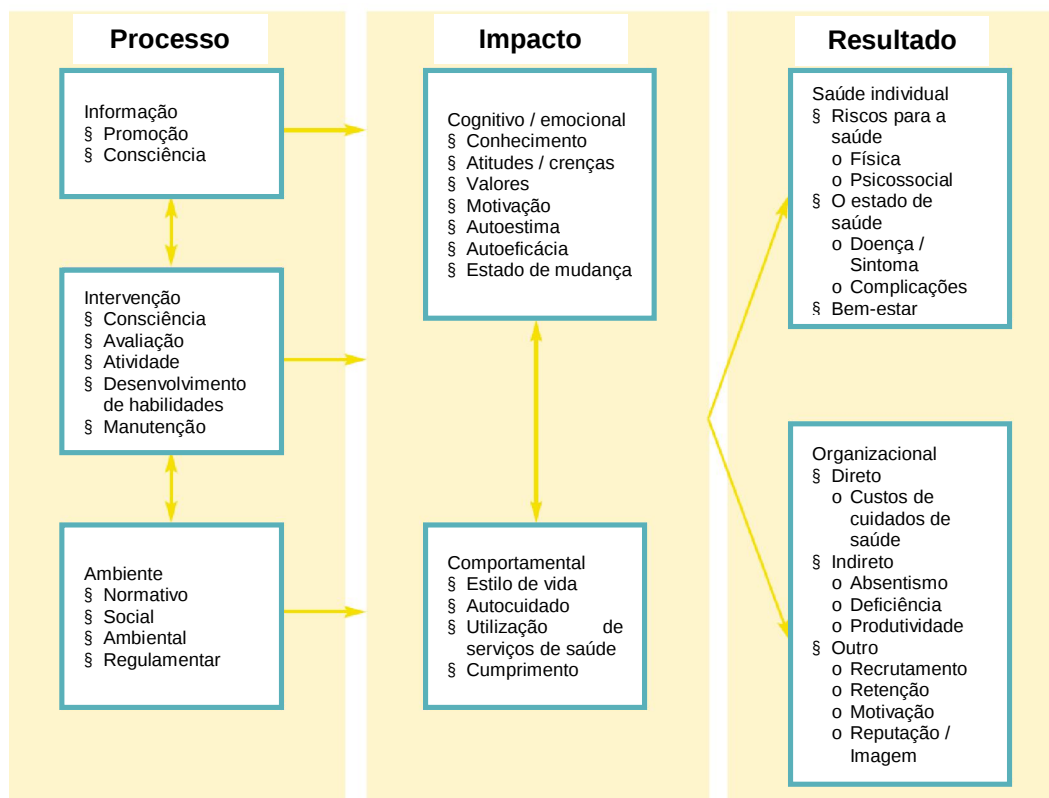


Figura 2 - Modelo de promoção de saúde (adaptado de Anderson D. et al., 2001).

1.3 Promoção da saúde mental no local de trabalho

A OMS definiu, em 2005, a saúde mental como sendo o “estado de bem-estar” no qual o indivíduo (Hassard et al., 2011):

- a) Realiza as suas capacidades;
- b) Pode fazer face ao stresse normal da sua vida;
- c) Pode trabalhar de forma produtiva e proveitosa;
- d) Pode contribuir para a comunidade em que se insere.

Pollett explicou, em 2007, a promoção de saúde mental como “o processo de reforço dos fatores de proteção que contribuem para boa saúde mental” (Pollett, 2007). Concludentemente, a promoção de saúde mental implica o progresso de condições individuais, sociais e ambientais, que possibilitam um incremento da saúde, evolução da capacitação e desenvolvimento pessoal. Deste modo, as iniciativas de promoção de saúde mental envolvem a participação ativa dos indivíduos no processo de conseguir uma saúde mental positiva, bem-estar e melhoria da qualidade de vida (Hassard et al., 2011; OMS, 2004a; Pollett, 2007).

Nesta monografia será abordado com especial atenção o stresse ocupacional, como problema de saúde mental relacionado com o trabalho.

1.4 Stresse ocupacional

O stresse é um dos termos mais usados na sociedade atual, sendo um sinónimo de pressão e tensão, que surgiu primeiramente no século XIV associado ao significado de adversidade/dificuldade (Novais, 2010).

Selye, em 1976, afirmou que o stresse é uma resposta não específica do corpo a qualquer exigência, sendo o stressor aquele que produz stresse (Selye, 1977). Por outro lado, para Santos e Castro o “stresse é a condição que resulta quando as trocas (transações) pessoa/meio ambiente, levam o indivíduo a perceber e sentir uma discrepância, que pode ser real ou não, entre as exigências de uma determinada situação e os recursos do indivíduo” (Santos, AM & Castro, 1998).

O stresse é designado por stresse ocupacional ou profissional, quando se refere especificamente à profissão desempenhada por qualquer indivíduo (Santos, JMO, 2010). Segundo Gomes et al., este tipo de stresse ocorre quando os colaboradores percecionam que os seus recursos ou capacidades são reduzidas para encarar as exigências da atividade laboral (Gomes et al., 2008).

Assim, o stresse profissional inicia-se a partir da insatisfação dos indivíduos quando constatarem que o trabalho não os satisfaz profissionalmente, quando este diverge dos seus valores ou quando entendem que a sua recompensa não é proporcional ao seu esforço (Loureiro, EMF, 2006).

Através da análise de diversos autores em 2005, Hespanhol defende que devem ser salientadas cinco categorias que podem originar stresse ocupacional, respetivamente as causas intrínsecas ao trabalho, a progressão na carreira, as afinidades no trabalho, o papel na organização, e a estrutura e o clima organizacional. Para Hespanhol, o stresse ocupacional deve ser associado ao stresse originado por acontecimentos decorrentes no quotidiano do indivíduo, tais como conflitos sociais, familiares, entre outros (Hespanhol, 2005).

Mediante as respostas do indivíduo à exposição ao stresse profissional, podem ser desencadeados alguns sintomas negativos ao nível da saúde física e mental, que se irão refletir a nível organizacional (Loureiro, EMF, 2006).

Sintetizando, o stresse ocupacional resulta da disparidade entre o grau de exigência do trabalho e os recursos/capacidades do sujeito disponíveis para lidar com essas exigências, sendo que todos os stressores provocam stresse, mas nem todos os indivíduos ficam stressados com os mesmos stressores, isto é, a ocorrência de stresse depende da interação entre as características do indivíduo e as características do ambiente.

1.4.1. Modelos de stresse ocupacional

Existem determinados modelos de stresse ocupacional que têm sido demonstrados ao longo dos últimos anos, e que salientam patologias físicas e psicológicas possivelmente causadas pelos efeitos psicossociais do ambiente profissional (Hammer et al., 2004).

Em 1979, Karasek propôs um modelo denominado “*Demand-control*” (Figura 3), que tenta explicar quais os fatores profissionais que têm influência no aumento do stresse, ao mesmo tempo que destaca a relevância da promoção da motivação, desenvolvimento e aprendizagem dos indivíduos na realização da sua atividade profissional (Theorell & Karasek, 1996).

Segundo este modelo há quatro condições de trabalho, nomeadamente “o trabalho ativo que combina exigências e controlo fortes”, “o trabalho passivo que combina exigências e controlo fracos”, “o trabalho stressante que combina exigências elevadas e controlo fraco”, e “o trabalho pouco stressante que combina controlo elevado e exigências reduzidas” (Theorell & Karasek, 1996).

De notar que, uma critica sugerível a este modelo é o fato de não considerar as características individuais, sociais e ambientais, centralizando sobretudo o trabalho.

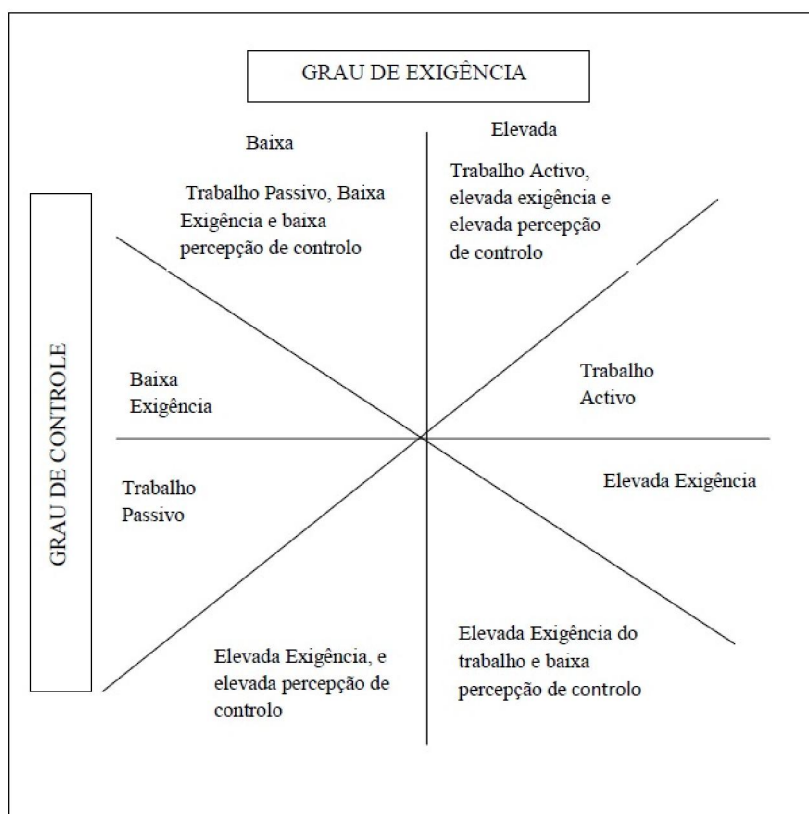


Figura 3 - Modelo “*Demand-control*” proposto por Karasek (1979) (Miranda S.C.C., 2011).

Posteriormente, Siegrist desenvolveu outro modelo, nomeado “*Effort-Reward imbalance*” (Figura 4), que tem em consideração o esforço *versus* a recompensa, ou seja, o autor defende que existe um desfasamento quando a recompensa não é simétrica ao esforço, resultando em efeitos negativos ao nível da saúde, que podem ser patogénicos (Theorell & Karasek, 1996).

Contrariamente ao modelo anterior, este realça mais componentes que não o trabalho. Aqui existem duas componentes extrínsecas e uma intrínseca. As exigências e obrigações colocadas no trabalho são componentes de esforço extrínseco, sendo que o dinheiro, estima e estatuto social são referentes às recompensas extrínsecas. Relativamente ao elemento intrínseco, este refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais de cada indivíduo (Theorell & Karasek, 1996).

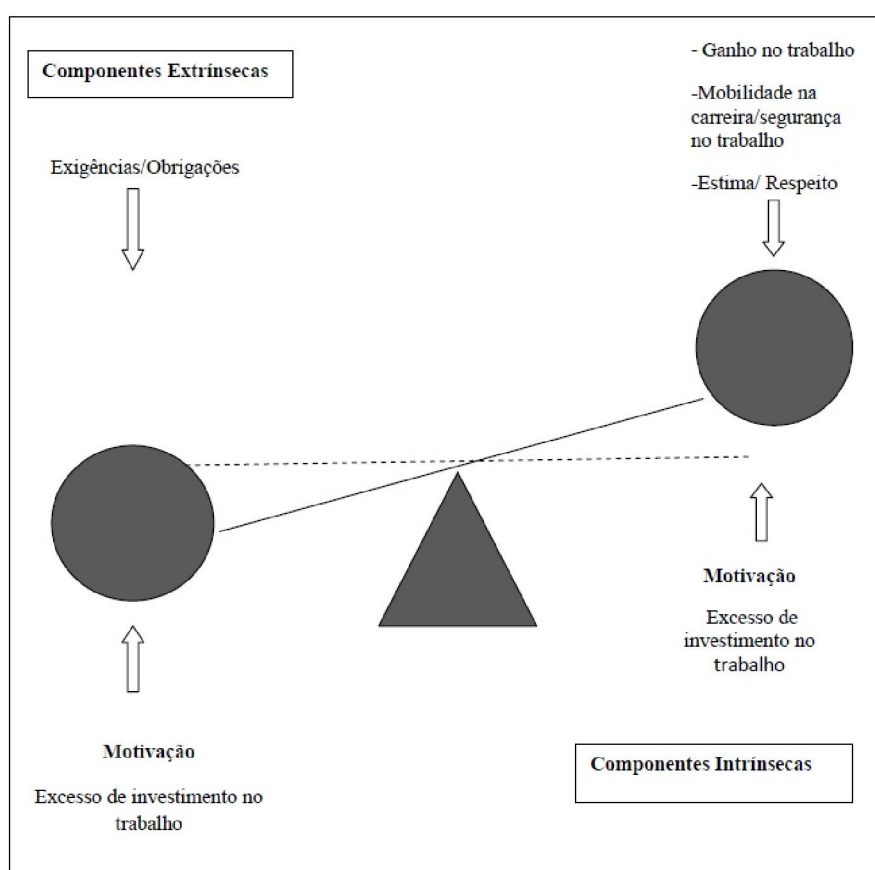


Figura 4 - Modelo “*Effort-Reward imbalance*” de Siegrist (Miranda S.C.C., 2011).

1.4.2. Fatores causadores de stresse ocupacional

Como já foi anteriormente evidenciado, o conceito de stresse ocupacional é complexo, dado que não se encontra apenas relacionado com fatores intrínsecos ao trabalho, mas também a fatores associados aos indivíduos (Figura 5).

Dentro dos fatores associados ao trabalho distinguem-se as condições físicas do local de trabalho e as características específicas das atividades, que um indivíduo tem de realizar normalmente. Nas condições físicas do trabalho destacam-se a iluminação, ventilação, barulho, temperatura e espaço como aspetos importantes. Por sua vez, características das atividades referem-se à quantidade de trabalho, ritmo de trabalho, ao número de horas de trabalho, trabalho por turnos, à monotonia das tarefas, à exposição a riscos, às novas tecnologias (Cooper et al., 2001). Hespanhol defende que estes fatores podem conduzir a baixos níveis de produtividade, bem como a reduzidos níveis de saúde nos colaboradores (Hespanhol, 2005).

Relativamente à organização, esta também se encontra associada ao stresse ocupacional através de vários aspetos tais como, o conflito de papéis² e ambiguidade, o clima e estrutura organizacional (*downsizing*, trabalho de equipa, competição, penalizações injustificadas, e estilos de liderança), o relacionamento interpessoal (relação com colegas, subordinados e superiores), e o percurso profissional (início da carreira, avaliação do desempenho, formação insuficiente, insegurança, transições e fim da carreira) (Hespanhol, 2005; Miranda S.C.C., 2011).

À parte os fatores organizacionais existem aspetos relacionados com o indivíduo e o seu ambiente familiar (crises familiares, crises existenciais, conflitos sociais, dificuldades económicas, conflitos entre as solicitações da família e as da organização, rede de suporte social e contexto social) que podem também originar respostas de stresse (Sutherland & Cooper, 1993; cit in Loureiro, 2006). De notar que, os problemas familiares que podem influenciar a vida profissional, são, por exemplo, casos de divórcio, a morte do cônjuge e a presença de uma família monoparental (Fraser, 1884; cit in Hespanhol, 2005).

De acordo com Sutherland e Cooper (1993; cit in Loureiro, 2006), os fatores citados anteriormente encontram-se também relacionados com os reduzidos níveis de bem-estar físico e psicológico do colaborador na empresa.

² “Conflito interno de papéis, quando a comunicação e as expectativas são antagónicas com os valores do superior hierárquico que as transmite; conflito externo de papéis, quando dois ou mais indivíduos expressam expectativas que são incompatíveis; conflito de papéis individuais, quando uma pessoa entende um conflito entre as suas expectativas e valores e os da organização ou com as do grupo com quem trabalha diretamente e conflito interpapéis, quando um indivíduo desempenha dois ou mais papéis que são incompatíveis nas expectativas e requisitos” (Miranda S.C.C., 2011).

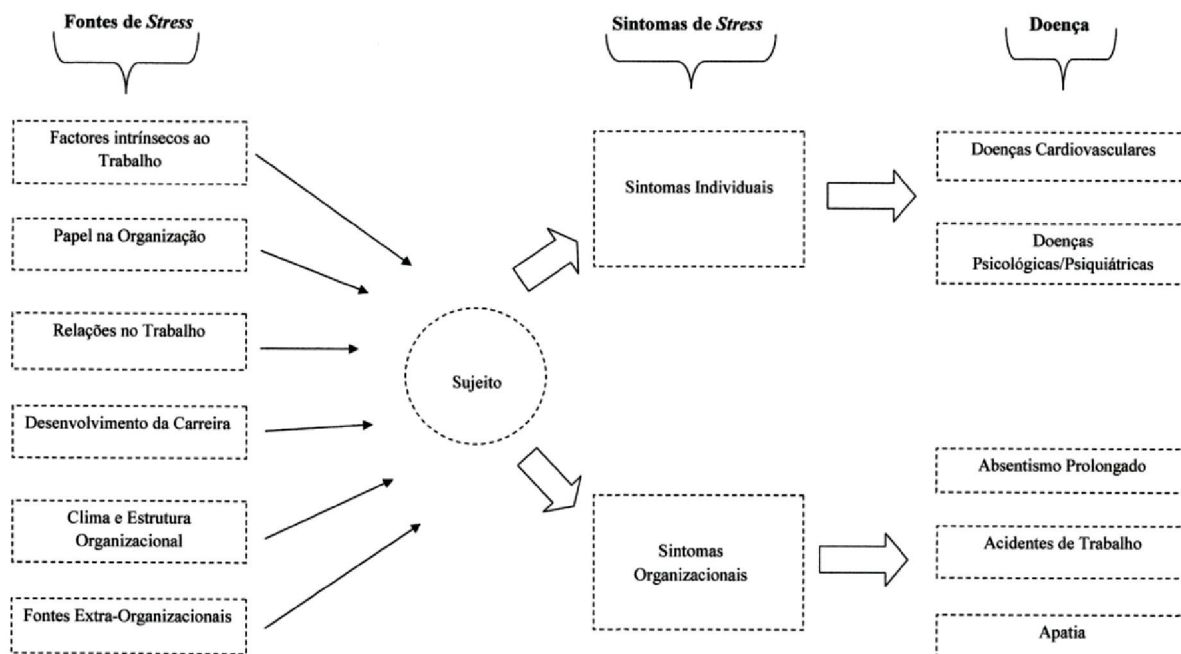


Figura 5 – Modelo de stress ocupacional de Cooper e Marshall (Miranda S.C.C., 2011).

1.4.3. Efeitos do stress ocupacional

Segundo Cooper et al., quando se lida de forma inadequada com o stress podem surgir efeitos potencialmente negativos, que posteriormente influenciam o estado físico, psicológico e/ou comportamental do indivíduo (Cooper et al., 2001).

De acordo Hespanhol existem diversificados sinais e sintomas que podem ocorrer a nível físico, resultantes do stress ocupacional, como por exemplo ganho ou perda de peso, indigestão, náuseas, úlcera péptica, diarreia ou obstipação, cefaleias, dores no pescoço e ombros, dorsalgias, bruxismo e dores nos maxilares, impotência, dispneia, arritmias cardíacas e aumento da pressão arterial (Hespanhol, 2005).

Relativamente aos sintomas psicológicos, Cooper et al. referem que o descontentamento profissional e a pressão associada ao trabalho realizado são as variáveis mais estudadas para avaliar a tensão laboral. Deste modo, de acordo com os autores Jackson e Schuler (1985; cit in Cooper et al., 2001) a insatisfação profissional pode ser dividida em seis secções, nomeadamente insatisfação profissional e a insatisfação com os colegas, com o salário, com a supervisão, com o trabalho e com a promoção. Todavia esta avaliação da tensão laboral está dependente da perceção que o indivíduo tem sobre o trabalho (Frone, Russell & Cooper, 1995; cit in Cooper et al., 2001). Resultante da exposição ao stress ocupacional surge, a nível psicológico, insónia, depressão e ansiedade (Hespanhol, 2005).

A nível comportamental, o stresse profissional também exerce o seu efeito, pelo que podem ocorrer sinais e sintomas tais como, tiques nervosos, perda da eficiência no trabalho, indecisão, negligência, chorar, fadiga crónica, onimania, alcoolismo e tabagismo, falar rapidamente, andar sempre apressado para todo o lado e dificuldade em relaxar (Hespanhol, 2005).

Segundo a literatura, as alterações comportamentais resultantes da existência de stressores podem refletir-se negativamente em termos profissionais e a nível individual. Os efeitos ao nível profissional resultam em perda de produtividade, falta de assiduidade, absentismo, apatia, ausência de motivação, reformas antecipadas, greves, controlo da qualidade do trabalho realizado inadequada e atitude hostil no local de trabalho. Em termos individuais como *outcomes* surgem alterações humorais, abuso e dependência de álcool, tabaco e de outras substâncias (por exemplo, psicotrópicos), patologias psicossomáticas (gastrite, taquicardias, angina, enxaqueca, eczema, dermatite, etc.) e ainda um aumento do risco de prevalência quer de doenças cardiovasculares como de perturbações psicológicas e/ou psiquiátricas (Cooper et al., 2001; Hespanhol, 2005).

Assim, é imperativa a intervenção de profissionais de saúde, como por exemplo o farmacêutico, na promoção da saúde e bem-estar no local de trabalho, com consequente prevenção de todos efeitos e patologias associadas ao stresse ocupacional.

1.5 O farmacêutico como promotor da saúde

A saúde mental dos portugueses é uma das quatro áreas prioritárias do Plano Nacional de Saúde, devido ao seu crescente impacto socioeconómico (Centro de Estudos e Avaliação em Saúde [CEFAR], 2010a). Deste modo, todos os profissionais de saúde devem estar, direta ou indiretamente, envolvidos na promoção da saúde mental.

Ao longo dos anos, um maior interesse tem vindo a ser constatado na diferenciação da intervenção do farmacêutico em saúde pública (Laliberté et al., 2012). Segundo as Boas Práticas de Farmácia, o farmacêutico deve:

“Dinamizar programas específicos segundo o processo de Promoção de Saúde, isto é, por forma a criar condições para que os indivíduos, as famílias, os grupos e as populações adquiram capacidades que lhes permitam controlar a sua saúde e agir sobre os fatores que a influenciam” (Ordem dos Farmacêuticos [OF], 2001).

Assim, o farmacêutico como promotor da saúde desempenha uma função crucial na sociedade, uma vez que:

- a) Assume a função de facilitador/educador de saúde;
- b) Aconselha e instrui - atividades interligadas que contribuem de forma significativa para os resultados farmacoterapêuticos (*outcomes*);
- c) Motiva o utente a informar-se mais, para se envolver nas decisões que dizem respeito à sua saúde;
- d) Estimula o utente a ser parte ativa da equipa de cuidados de saúde;
- e) Presta serviços que são considerados uma mais-valia para o consumidor.

Esta atividade é coadjuvada pelo facto do farmacêutico ser um profissional de saúde credível, acessível e próximo, uma vez que se encontra disponível num horário alargado e amplamente distribuído geograficamente (Chandra et al., 2003). As pressões crescentes sobre o sistema de saúde, devido ao envelhecimento da população e ao incremento da prevalência e incidência de doenças crónicas, salientam também a necessidade de mudança no sentido de ampliar a ação do farmacêutico na saúde pública (Laliberté et al., 2012).

Atualmente têm sido desenvolvidos, em vários países, diversos programas de promoção de saúde realizados por farmacêuticos, sendo que existem estudos publicados que demonstram os benefícios destes programas numa ampla gama de importantes questões de saúde pública (Laliberté et al., 2012). Anderson et al. (Anderson, C et al., 2009) avaliaram evidências de eficácia, qualidade e custos/rentabilidade de programas de promoção de saúde como cessação tabágica, diabetes, hipertensão, dislipidemias, contraceção, osteoporose e imunização, realizados por farmacêuticos no Reino Unido, e concluíram que a intervenção destes profissionais como promotores de saúde resulta num aumento da saúde e capacitação da população.

Em Portugal, a promoção da saúde efetuada por farmacêuticos tem abrangido a população em diferentes problemas de saúde. Uma das ações em saúde pública mais arrojadas foi a implementação do Programa de Troca de Seringas (PTS), em 1993, que teve como principal objetivo a prevenção da transmissão da infeção pelo VIH entre os utilizadores de drogas injetáveis, através da distribuição de material esterilizado e da recolha e destruição do material utilizado (Associação Nacional das Farmácias [ANF], 2008).

Outro projeto a ser realçado é a VALORMED (ou Sociedade Gestora de Resíduos de Embalagens e Medicamentos), que garantiu a eliminação segura de resíduos de embalagens de medicamentos e também de medicamentos após consumo, através de encaminhamento para a valorização energética ou incineração (Valormed, 2012).

A vacinação realizada nas farmácias (iniciada em 2008) é também um exemplo de promoção de saúde pública, no qual a intervenção do farmacêutico passa não só por aconselhar a vacinação a determinados grupos de risco, como também eventualmente avaliar a necessidade dessa vacinação, nomeadamente tendo em consideração a época do ano mais adequada (Inverno A.S. & Filipe H.M., 2006).

De notar que a intervenção farmacêutica abrange serviços essenciais e diferenciados na prevenção, identificação precoce e monitorização de doentes, pelo que salientam-se também os Programas de Cuidados Farmacêuticos, cessação tabágica e o Checksaúde.

Um exemplo mais recente de promoção de saúde, elaborado por farmacêuticos portugueses, é o projeto Geração Saudável (Figura 6). Este expõe como propósito promover a educação para a saúde junto dos jovens do 5º e 6º ano de escolaridade, sendo a alimentação, nutrição, sexualidade e infeções sexualmente transmissíveis temáticas abordadas (Ordem dos Farmacêuticos [OF], 2011).



Figura 6 – Marca e mascote adaptadas para o projeto Geração Saudável (Ordem dos Farmacêuticos [OF], 2011).

O modelo acima descrito é um notável exemplo de como farmacêutico, como profissional de saúde, deve e pode exercer a promoção da saúde, não só nas farmácias comunitárias, como também na sociedade (empresas, escolas, instituições, etc.). Trata-se de uma realidade irrefutável, quer pela proximidade e acessibilidade, quer pela confiança que os doentes depositam nos farmacêuticos, acrescido o facto das poupanças que permitem gerar para a sociedade e para o Sistema de Saúde em particular (Centro de Estudos e Avaliação em Saúde [CEFAR], 2010b).

O farmacêutico é um profissional reconhecido pela atuação em patologias como as doenças cardiocerebrovasculares, imunização, contraceção, saúde mental (por exemplo, gestão de stresse), etc., como tal, há que inovar e rentabilizar a profissão em todas as áreas possíveis de intervenção.

1.6 Porquê investir na promoção da saúde (mental)?

A capacidade de trabalhar de forma produtiva é um componente chave da saúde e bem-estar emocional, com impacto no desenvolvimento e crescimento do país (Chopra, 2009).

Os programas de promoção de saúde mental implementados têm originado *outcomes* significativamente positivos por toda a Europa (Hassard et al., 2011).

O stresse provocado pelo trabalho conduz ao declínio da saúde mental e física originando, assim, um maior absentismo, diminuição da performance e redução da produtividade (Hassard et al., 2011). Deste modo, investir na promoção da saúde mental e bem-estar dos colaboradores, bem como num ambiente de apoio³, pode prosperar o desempenho e produtividade destes (Hassard et al., 2011).

Existem fortes evidências de que o stresse agrava patologias, tais como doenças coronárias, doenças músculo-esqueléticas e diabetes (Lundberg, 2003). Além disso, a existência de stresse ocupacional, aliado a problemas de saúde já presentes, pode resultar num incremento de comportamentos prejudiciais à saúde, como tabagismo, alcoolismo, hábitos alimentares pouco saudáveis e sedentarismo (Hassard et al., 2011). Uma pesquisa recentemente realizada, nos EUA (Gráfico 1), apurou que um dos fatores que afeta expressivamente a produtividade dos trabalhadores é o stresse (72%) comparativamente com outros fatores como, estilo de vida, condições médicas, desinteresse, aspetos pessoais entre outros (American Institute for Preventive Medicine, 2008).

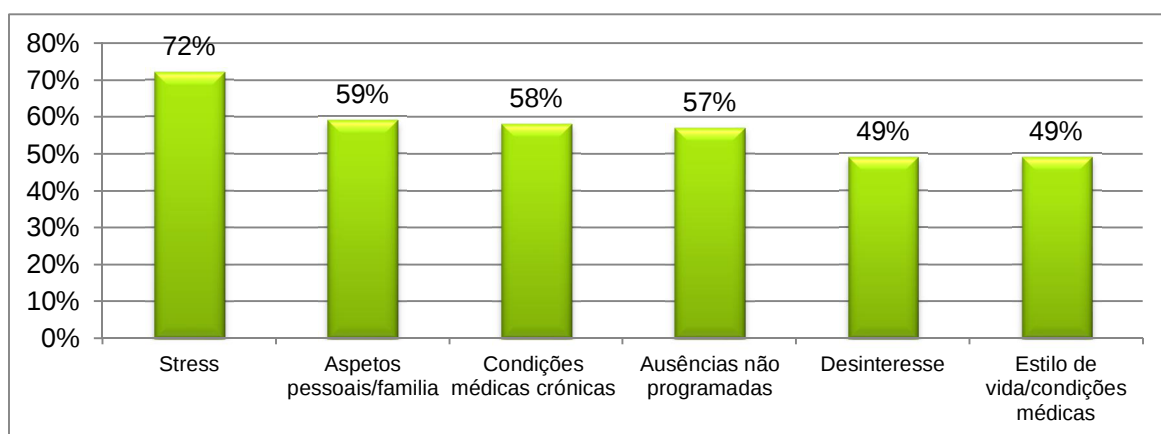


Gráfico 1 - A maioria dos problemas que afetam a produtividade dos colaboradores (adaptado de American Institute for Preventive Medicine, 2008).

³ Um bom ambiente de trabalho aumenta a motivação do trabalhador, trabalho em equipa e comunicação.

Portanto, os programas de promoção saúde mental, mais do que promover a saúde mental e o bem-estar, ajudam a preservar e promover a saúde física (Hassard et al., 2011). Participar nestes programas pode equitativamente prosperar a imagem das empresas, uma vez que demonstram aos seus clientes e funcionários que a organização institui padrões mais elevados (saúde pessoal e bem-estar) do que os seus concorrentes (Hassard et al., 2011).

Na Europa existem inúmeros prémios que são atribuídos a empresas que demonstrem um papel de destaque, relativamente à segurança e saúde no trabalho. Por sua vez, estes prémios permitem melhorar a credibilidade e o perfil das empresas, nacional e/ou internacionalmente (Agência Europeia para Segurança e Saúde no Trabalho [AESS], 2012).

Segundo *United States Bureau of Labor Statistics*, a média de trabalho de adultos americanos apresenta um resultado de 8,7 horas/dia, ou seja, despendem mais de metade das suas horas de vigília no trabalho. Este facto permite aferir como o trabalho afeta os funcionários e as suas comunidades, pelo que a promoção da saúde deve ser realizada tanto no trabalho, como fora dele (United States Bureau of Labor Statistics, 2007).

Em 2001, Golaszewski auferiu a redução do absentismo como o argumento mais preponderante para a promoção da saúde no local de trabalho (Golaszewski, 2001). Já Aldana, que analisou 32 estudos no mesmo ano, averiguou que os resultados são notavelmente consistentes, no sentido de que as medidas de promoção da saúde são, evidentemente, associadas a um menor despendido no setor da saúde (Aldana, 2001). Os efeitos observados são, maioritariamente, menos visitas ao médico, bem como menos hospitalizações (Aldana, 2001).

De acordo com uma análise realizada por Chapman, em 2003, os resultados convergem na mesma direção, concluindo uma redução na média dos custos médicos de 26,1% (Chapman, 2003). Pelletier expôs, similarmente, resultados conclusivos, nomeadamente na redução do absentismo e decréscimo dos custos médicos (Pelletier, 1999, 2001). O autor concluiu, ainda, que a promoção da saúde ocupacional conduz à melhoria da saúde e do desempenho profissional (Pelletier, 2001).

1.6.1. Quais os benefícios para as empresas?

Existem evidências crescentes de que a implementação de programas de promoção da saúde no local de trabalho pode originar retornos financeiros aceitáveis para os empregadores que investem neles (Goetzel & Ozminkowski, 2008).

Em 2008, uma análise americana sobre diversos estudos realizados, salientou um retorno do investimento empresarial de 3,48 \$EUA por dólar investido na promoção da saúde no local de trabalho, devido à redução dos custos médicos, e 5,82 \$EUA por dólar investido, devido ao absentismo (American Institute for Preventive Medicine, 2008).

De acordo com um estudo australiano, os colaboradores saudáveis laboraram aproximadamente 143 horas efetivas, em comparação a 49 horas efetivas de trabalho por mês para colaboradores menos saudáveis (Medibank Private, 2005).

Para além dos benefícios já citados, as empresas beneficiam de outros fatores (Gráfico 2) após a implementação de um programa promoção de saúde, tais como aumento da motivação dos funcionários (56%), melhoria da saúde dos funcionários (41%), redução nos custos de saúde (27%), redução nos acidentes de trabalho (9%), diminuição do absentismo (8%) e incremento da produtividade (8%). Simultaneamente há uma imagem corporativa aprimorada, aumento do comprometimento organizacional e criação de uma cultura de saúde (American Institute for Preventive Medicine, 2008).

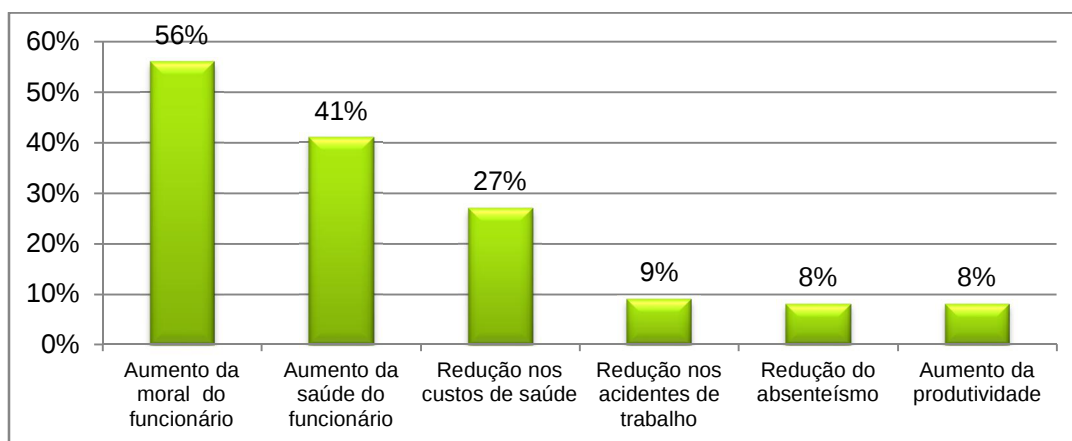


Gráfico 2 – Benefícios dos programas de promoção da saúde nas empresas (adaptado de American Institute for Preventive Medicine, 2008).

Existem vários estudos efetuados em conceituadas empresas, que corroboram a relevância da presença de programas de promoção de saúde no local de trabalho. Nomeadamente, a *Northeast Utilities*, em 2003, ostentou uma redução de 31% no tabagismo, 29% na inatividade, 16% no risco para a saúde mental, e 11% no risco de colesterol, sendo que o retorno do investimento foi de 6:1 \$EUA. Também no mesmo ano, a *Motorola* evidenciou que os participantes no programa de promoção de saúde apresentaram um aumento de apenas 2,4% nos custos de cuidados de saúde, enquanto que os não-participantes registaram um aumento de 18%, pelo que o retorno do investimento foi de 3,93:1 \$EUA (American Institute for Preventive Medicine, 2008).

Em 2002, a empresa *Caterpillar* demonstrou um declínio de 17% nas visitas ao médico e 28% em dias de internamento nos colaboradores que participaram no programa *Healthy Balance*. Da mesma forma empresas como a *Johnson & Johnson*, *Dupont*, *Xerox Corporation*, *Citibank*, *Florida Power & Light*, entre outras apresentaram resultados significativamente positivos, bem como obtiveram um retorno do investimento (American Institute for Preventive Medicine, 2008).

Em Portugal, de destacar a Bayer Portugal S.A., onde as medidas na saúde ocupacional e na promoção da saúde são verdadeiramente exigentes, sendo por isso que os dias perdidos, devido a patologias, não ultrapassam 2,5% (European Network for Workplace Health Promotion [ENWHP], 2010).

1.6.2. Quais os benefícios para os colaboradores?

Na Europa estima-se que 240.000 milhões de euros/ano são despendidos na saúde mental, sendo que 136.000 milhões de euros se devem à perda de produtividade, incluindo o absentismo/licença médica (Knifton et al., 2011).

Assim, a implementação de programas de promoção de saúde no local de trabalho oferece aos funcionários a adoção de comportamentos saudáveis, que consequentemente reduz os riscos de patologias incapacitantes e custos associados, e melhora a qualidade de vida (Centers for Disease Control and Prevention, 2011).

A participação nestes programas permite igualmente o desenvolvimento de conhecimentos, de autogestão e capacidades de gestão de stresse, bem como aumentar a motivação, autoestima e autoimagem dos funcionários (Centers for Disease Control and Prevention, 2011).

Capítulo II – Material e Métodos

2.1 Tipo de estudo

Com intuito de analisar os níveis e o conhecimento sobre o stresse ocupacional atual em Portugal, foi realizado um estudo descritivo observacional e transversal.

2.2 População e amostra

Segundo um estudo publicado na revista *Health Magazine*, em 2012, as dez profissões sujeitas a maior stresse num espaço de um ano são vendedores, consultores financeiros e contabilistas, trabalhadores de manutenção, apoio administrativo, professores, artistas, profissionais na área da saúde, assistentes sociais, empregados de mesa e o enfermeiro particular (Health Magazine, 2012).

Deste modo, foram selecionados para constituição da amostra indivíduos sem distinção de géneros, com idades compreendidas entre 18 e 65 anos, residentes em Portugal e a trabalhar atualmente por conta de outrem, tratando-se estes como critérios de inclusão. Todos os estudantes, reformados, desempregados, empresários e farmacêuticos⁴ foram excluídos (critérios de exclusão).

2.3 Instrumento de recolha de dados

Os dados foram recolhidos através de um questionário realizado por inquérito *online* confidencial e voluntário, criado no sistema *Google Docs*⁵, denominado Saúde Ocupacional nas Empresas (Apêndice I). Este foi estruturado em três partes, nomeadamente variáveis sociodemográficas, dez questões relacionadas com o nível de stresse no local de trabalho, e cinco questões referentes aos conhecimentos de gestão de stresse. As questões realizadas foram elaboradas com base na versão portuguesa de *job stress scale*, que foi traduzida, adaptada e estudada para a língua portuguesa, em 2004 (Alvesa M. G. M. et al., 2004).

O questionário foi promovido *online*, via correio eletrónico e *Facebook*, com a duração aproximada de uma semana (20 a 27 de Outubro de 2012).

2.4 Análise de dados

Os dados foram submetidos a uma análise descritiva simples (MS Excel™), que consistiu no cálculo da média e do desvio padrão para as variáveis quantitativas.

⁴ Os farmacêuticos foram excluídos do estudo, pois segundo o presente projeto estes agiram como promotores de saúde.

⁵

<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?pli=1&formkey=dGFOWWF2U2N6cVB6bGJSEF6OWd1SHc6MQ#gid=0>.

Capítulo III – Resultados

3.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

Dos 240 voluntários que participaram neste questionário durante os sete dias de estudo, 104 (n) preencheram os critérios de inclusão previamente definidos.

A distribuição dos inquiridos (n = 104) por género apresenta uma clara maioria do sexo feminino, com 66 (63%) inquéritos respondidos, face ao sexo masculino, que apresentou 38 (37%) respostas (Gráfico 3).

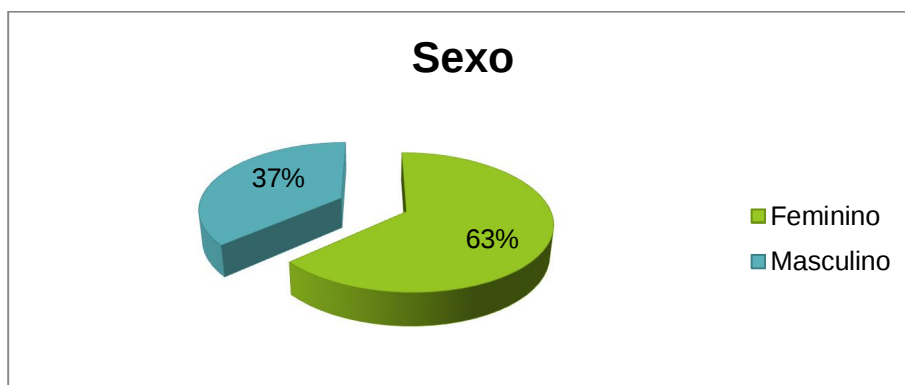


Gráfico 3 – Distribuição dos inquéritos por sexo (n= 104).

Os inquiridos tem idades compreendidas entre os 18 e 65 anos (média de idades $35,04 \pm 9,79$ anos), sendo que a maioria (39%) tem entre 25 e 34 anos, seguida de 29% que tem entre 35 e 44 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos respondentes por grupo etário (n= 104).

Grupo etário (anos)	Prevalência (%)
18 – 24	15
25 – 34	39
35 – 44	29
45 – 54	14
55 – 65	3

Da população em estudo, 37% (38/104) dos questionados vive em Lisboa, 15% (16/104) em Cascais, 11% (11/104) em Loures e 7% (7/104) reside na zona de Sintra, encontrando-se os restantes inquiridos distribuídos por outras zonas de residência (Gráfico 4).

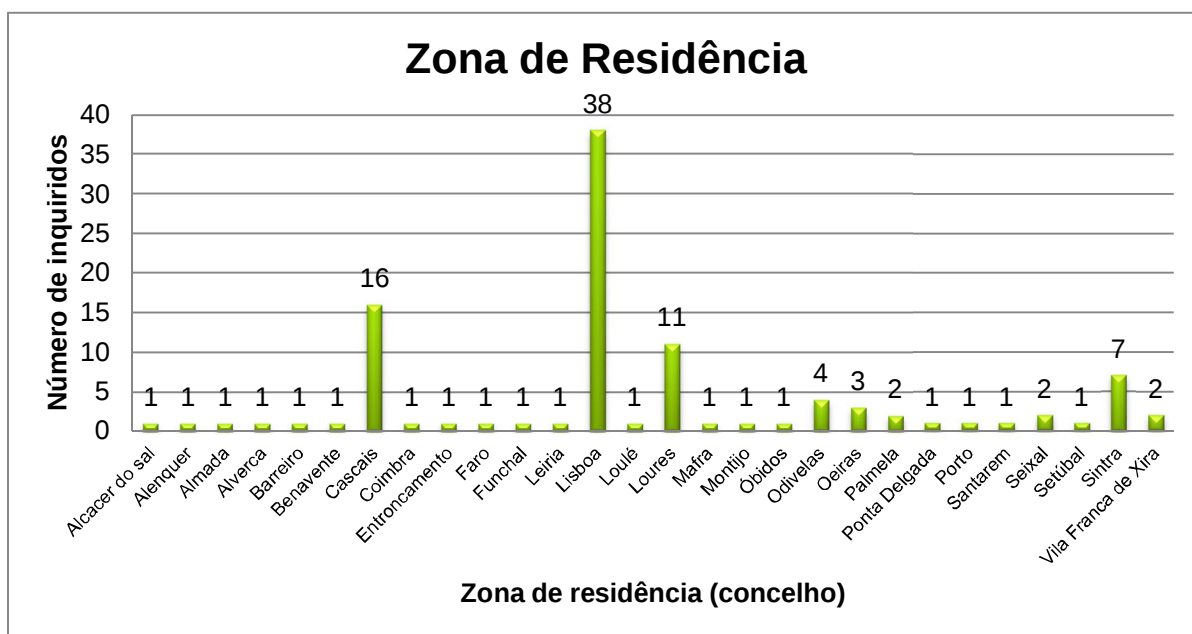


Gráfico 4 – Distribuição dos questionados por zona de residência (n= 104).

Em relação à atividade profissional atual, 14% (15/104) afirma ser administrativo, 9% (9/104) são vendedores, 8% (8/104) são professores e TOCs⁶, 7% (7/104) são operadores de call-center, 6% (6/104) são militares e trabalhadores-estudantes, e 5% (5/104) são assistentes de consultoria e empregados de mesa. As restantes profissões distribuem-se equitativamente com resultados inferiores a 4% (Gráfico 5).



Gráfico 5 – Distribuição dos inquiridos por profissão (n= 104).

⁶ Técnico Oficial de Contas.

3.2 Caracterização do nível de stresse no local de trabalho

Relativamente à percepção do nível de stresse no local de trabalho, a primeira pergunta permitiu auferir que 31 (30%) inquiridos trabalham em média menos de 8 horas por dia, 63 (60%) trabalham em média entre 8 a 10 horas por dia, e 10 (10%) trabalham em média mais de 10 horas por dia (Gráfico 6).

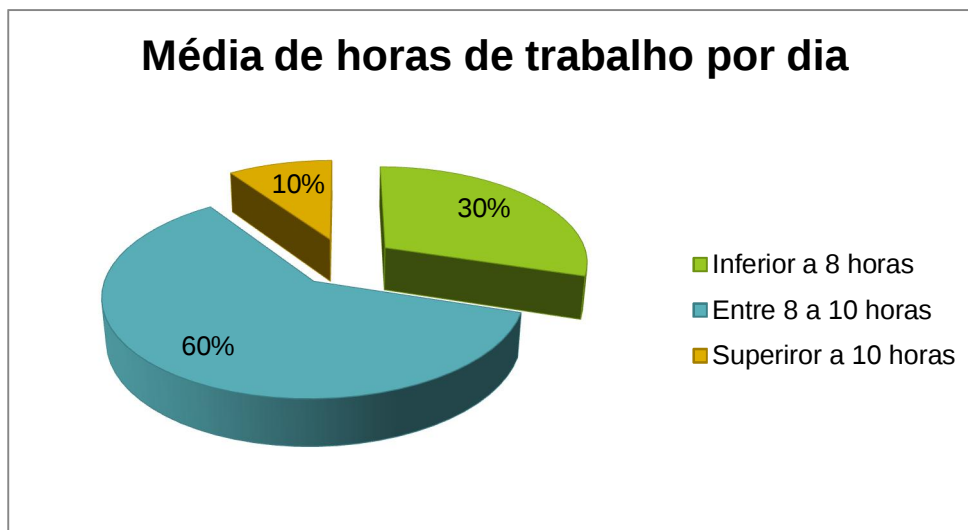


Gráfico 6 – Resultados da pergunta “Qual é a sua média de horas de trabalho por dia?” do questionário (n= 104).

Sobre o número de pausas realizadas ao longo do dia de trabalho, 10 (10%) indivíduos admitem não realizarem nenhuma pausa, 78 (75%) afirmam que efetuam entre 1 a 3 pausas, enquanto que 16 (15%) realizam mais do que 3 pausas (Gráfico 7).

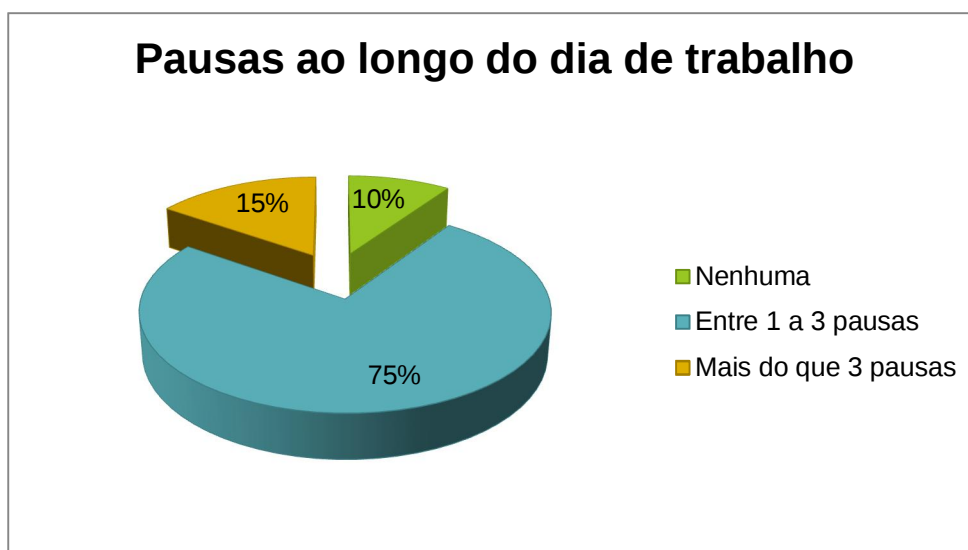


Gráfico 7 - Resultados da pergunta “Quantas pausas faz ao longo do seu dia de trabalho?” do questionário (n= 104).

No que respeita ao salário obtido, a maioria dos inquiridos refere que este mal cobre as suas necessidades básicas, com 63 (61%) respostas, 24 (23%) garantem que o seu salário abrange mais do que as suas necessidades básicas, e 17 (16%) inquiridos afirmam que o salário que auferem é totalmente insuficiente para atender às suas necessidades básicas (Gráfico 8).

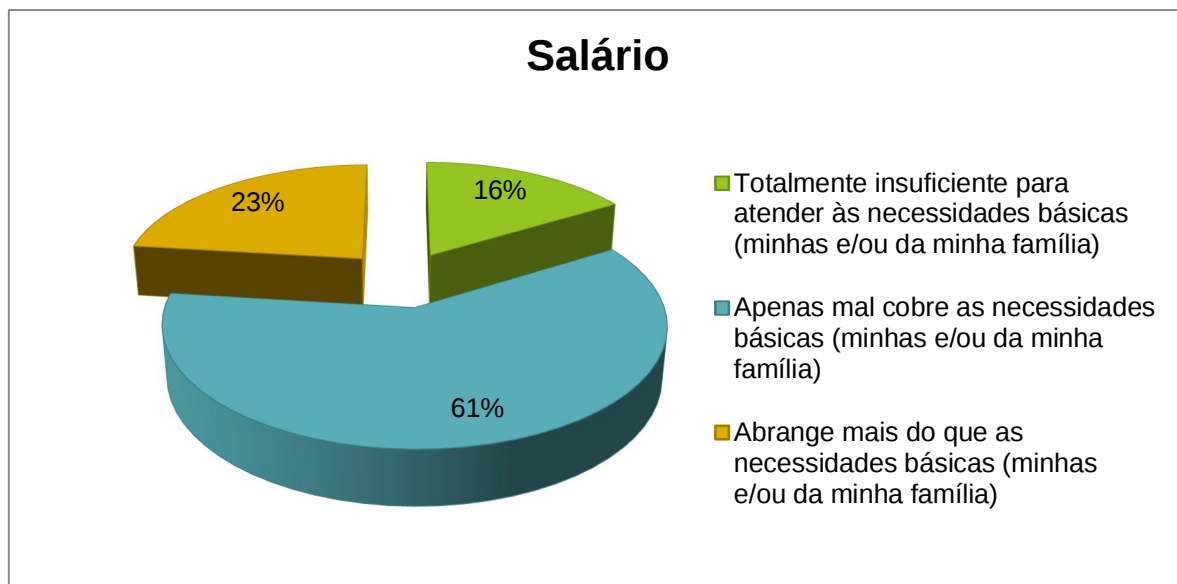


Gráfico 8 - Resultados da pergunta “O seu salário é:” do questionário (n= 104).

Da amostra de 104 inquiridos, relativamente à avaliação laboral, 64 (62%) admitem que há um supervisor que avalia o respetivo trabalho, não existindo contudo regras rígidas para a sua realização, pelo que é normalmente aceite. 23 (22%) dos respondentes, analogamente, referem estar sujeitos a normas de avaliação com um padrão muito rigoroso, sendo que o seu trabalho pode ser rejeitado, se não cumprir minimamente esses padrões. Por fim, somente 17 (16%) inquiridos não são sujeitos a qualquer tipo de avaliação (Gráfico 9).

Quanto à frequência com que as funções são efetuadas com rapidez, com um total de 66 (63%) respostas, a maioria dos inquiridos confirma que executa frequentemente as suas tarefas com rapidez, 31 (30%) referem que apenas o fazem às vezes, e 7 (7%) mencionam que raramente tal acontece. De notar que, nenhum (0%) dos inquiridos afirma que nunca ou quase nunca realiza as suas funções com prontidão (Gráfico 10).

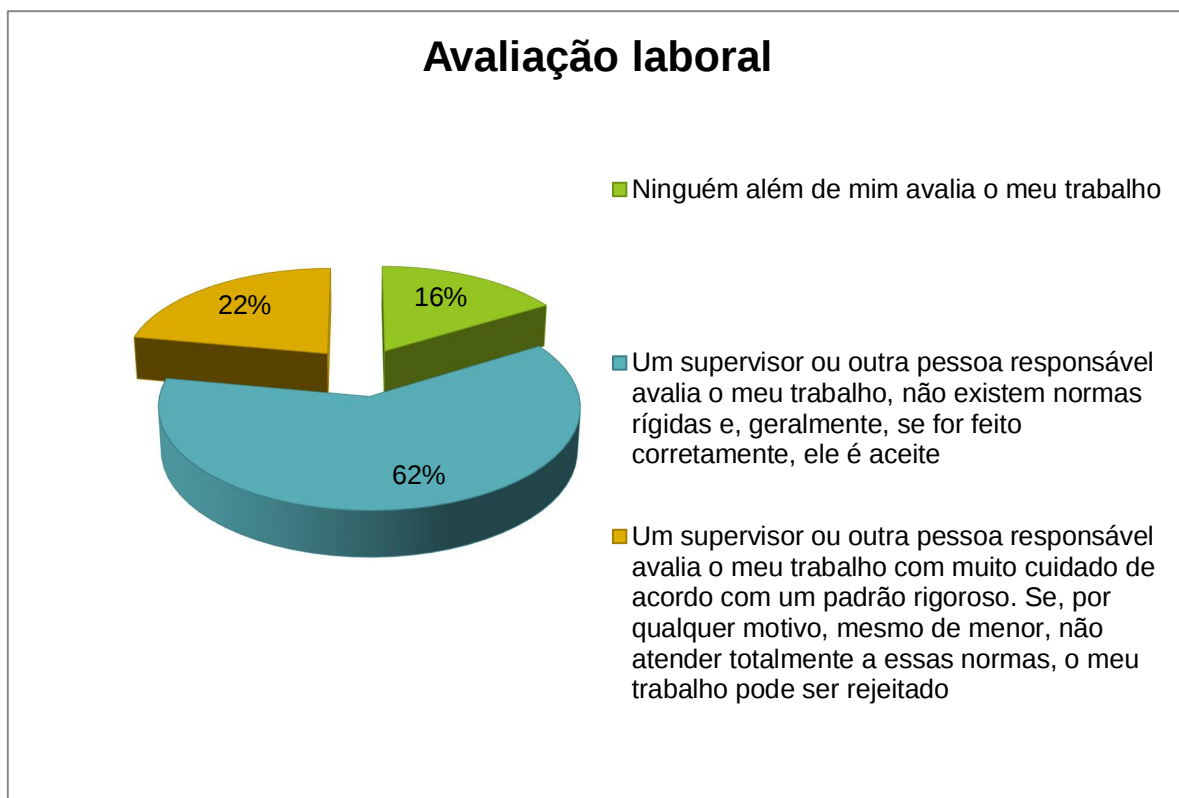


Gráfico 9 - Resultados da pergunta “Como é o seu trabalho avaliado?” do questionário (n= 104).

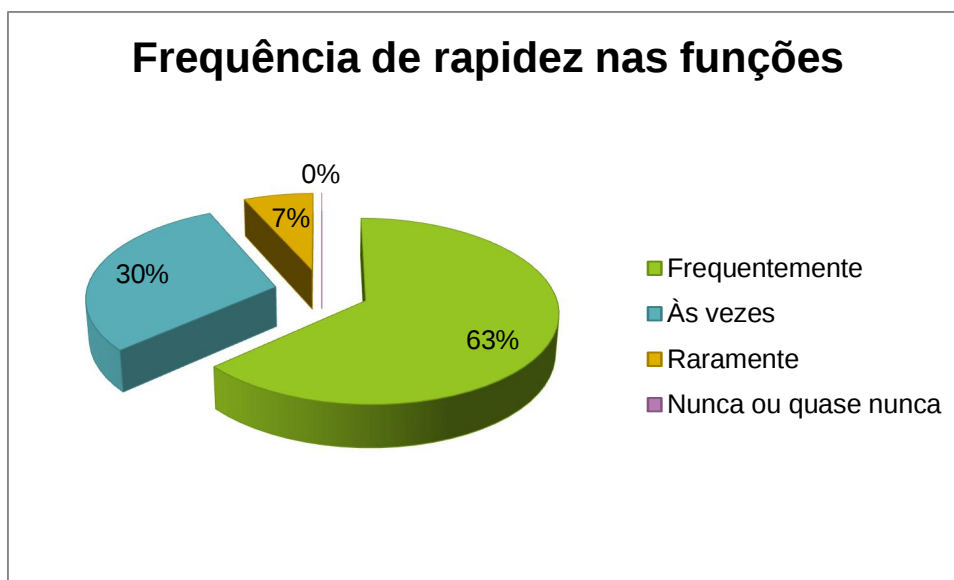


Gráfico 10 - Resultados da pergunta “Com que frequência tem de realizar as suas tarefas de trabalho com muita rapidez?” do questionário (n= 104).

A distribuição dos inquiridos, em função de prazos para entrega de determinado trabalho, evidencia a realidade atual. Precisamente 71 (68%) indivíduos salientam que têm frequentemente prazos para entrega de trabalhos, 26 (25%) afirmam que às vezes são sujeitos a datas-limite, 4 (4%) apenas raramente, enquanto que 3 (3%) nunca ou quase nunca estão dependentes de um termo de entrega (Gráfico 11).

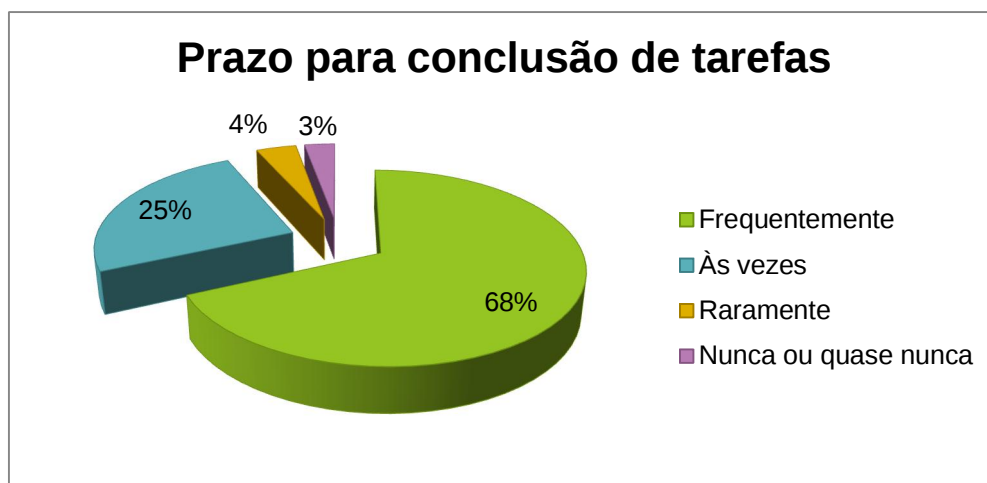


Gráfico 11 - Resultados da pergunta “Tem um prazo para que um determinado trabalho ou tarefa seja concluída?” do questionário (n= 104).

No que respeita ao ambiente no local de trabalho, 41 (39%) dos inquiridos referem que têm um ambiente calmo e agradável frequentemente, 45 (43%) afirmam que só às vezes, 15 (15%) raramente, e 3 (3%) admitem que nunca ou quase nunca tal advém (Gráfico 12).

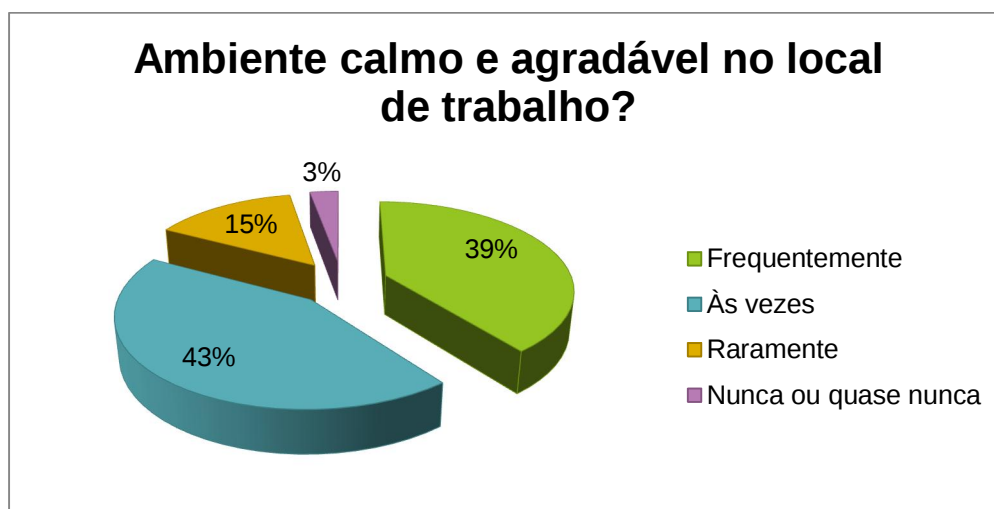


Gráfico 12 - Resultados da pergunta “O seu local de trabalho apresenta um ambiente calmo e agradável?” do questionário (n= 104).

Sobre a caracterização das relações interpessoais no local de trabalho, 60 (58%) indivíduos admitem que estas são suficientes, havendo às vezes mal-entendidos e tensão, 41 (39%) afirmam que as relações com os colegas são excelentes, e apenas 4 (3%) declaram que há muita tensão e conflito, pelo que se tratam de relações más (Gráfico 13).

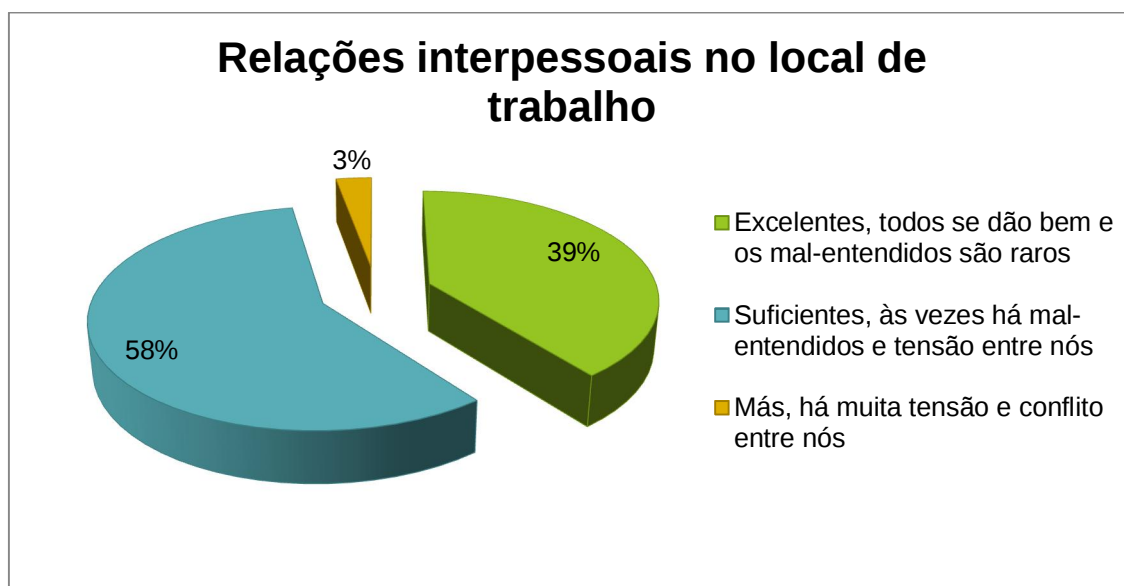


Gráfico 13 - Resultados da pergunta “Objetivamente, como são as relações interpessoais no local de trabalho?” do questionário (n= 104).

No que respeita ao número de interações pessoais ao longo do dia de trabalho, 67 (64%) inquiridos garantem que interagem com mais de 20 pessoas diariamente, 23 (22%) entre 6 a 19 pessoas, 13 (13%) entre 1 a 5 pessoas, e somente 1 (1%) indivíduo refere que não tem interações pessoais ao longo do dia de trabalho (Gráfico 14).

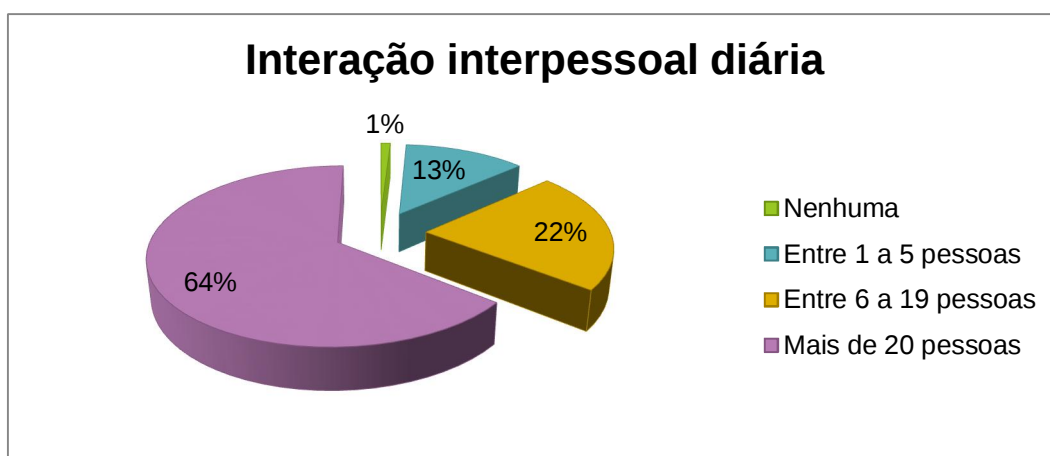


Gráfico 14 - Resultados da pergunta “Com quantas pessoas você interage diariamente no local de trabalho?” do questionário (n= 104).

Quanto ao número de chamadas telefónicas recebidas diariamente no local de trabalho⁷ verifica-se que, 47 (45%) inquiridos recebem entre 1 a 5 chamadas, 32 (31%) entre 6 a 19 chamadas, 15 (14%) recebem mais de 20 chamadas, e meramente 10 (10%) não recebem qualquer chamada (Gráfico 15).

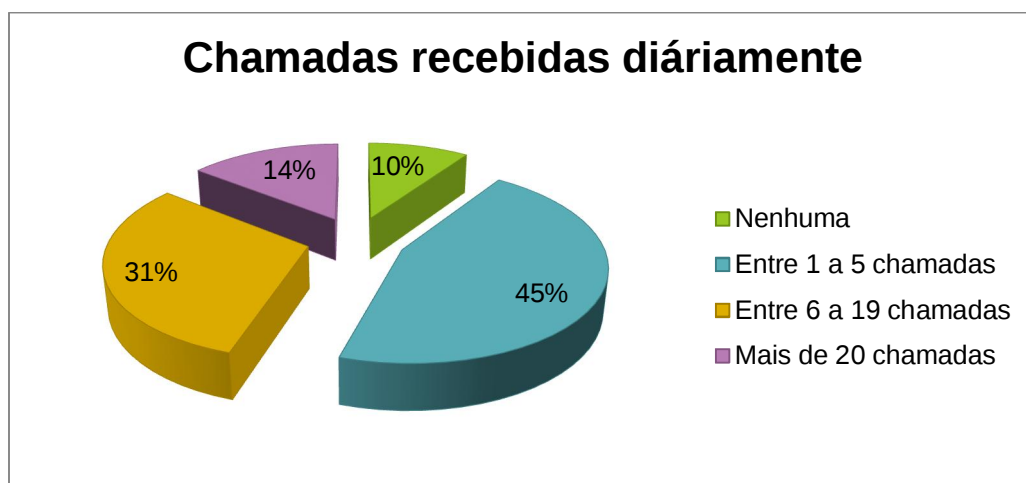


Gráfico 15 - Resultados da pergunta “Quantos telefonemas recebe durante um dia normal de trabalho?” do questionário (n= 104).

3.3 Caracterização do conhecimento sobre gestão de stresse

Com intuito de analisar os níveis de conhecimento sobre a gestão de stresse, numa segunda secção, verifica-se que 53 (51%) indivíduos conhecem alguns dos sintomas físicos e psicológicos resultantes do stresse, 48 (46%) conhecem poucos ou nenhuns sintomas, enquanto que 3 (3%) dominam bastantes sintomas (Gráfico 16).



Gráfico 16 - Resultados da pergunta “Sabe que sintomas a nível corporal e psicológico se podem manifestar como consequência do stresse?” do questionário (n= 104).

⁷ Incluindo as chamadas que são destinadas para terceiros.

Analisando o entendimento sobre como proceder à avaliação de possíveis situações de stresse a nível profissional, verifica-se que 73 (70%) inquiridos admitem que não, contrariamente a 31 (30%) que afirmam que sabem como proceder (Gráfico 17).

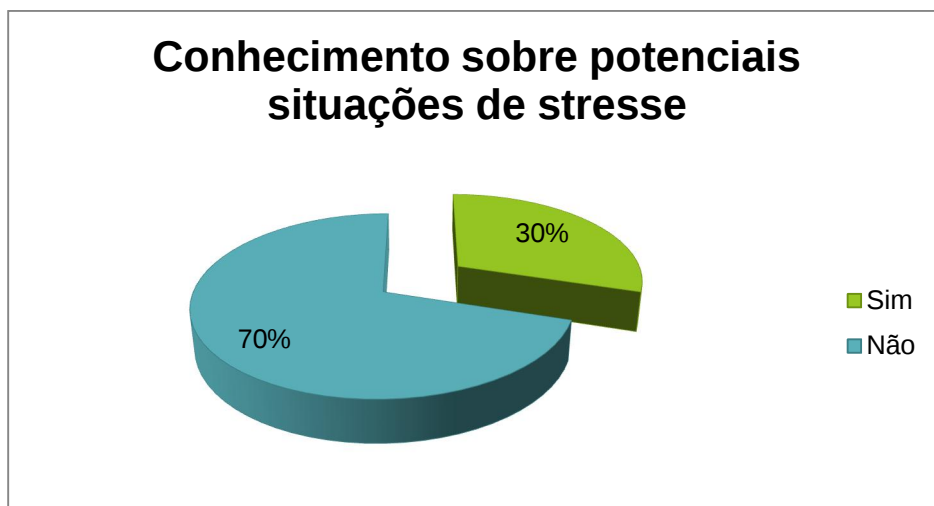


Gráfico 17 - Resultados da pergunta “Sabe como proceder à avaliação de cada situação potencial de stresse a nível profissional?” do questionário (n= 104).

Sobre o conhecimento das várias formas de prevenção do stresse no local de trabalho, 80 (77%) inquiridos admitem que não conhecem, sendo que os restantes 24 (23%) indivíduos admitem saber como prevenir o stresse (Gráfico 18).



Gráfico 18 - Resultados da pergunta “Tem conhecimento das várias formas de prevenção do stresse no trabalho?” do questionário (n= 104).

Sobre a gestão do stresse propriamente dita, 85 (82%) inquiridos realça que não sabe efetuar tal gestão, enquanto que 19 (18%) admitem que sabem realizar a gestão do stresse a nível profissional (Gráfico 19).



Gráfico 19 - Resultados da pergunta “Sabe como gerir o stresse a nível profissional?” do questionário (n= 104).

Por último, quando questionados sobre a possível presença de um profissional de saúde no local de trabalho, com o objetivo não só auxiliar na gestão de stresse, como também prevenir determinadas patologias e orientar terapêuticas instituídas, a irrefutável maioria pretende que sim, 92 (88%), pelo que unicamente 12 (12%) inquiridos manifestam que não gostariam de tal assistência (Gráfico 20).



Gráfico 20 - Resultados da pergunta “Gostaria que no seu local de trabalho houvesse algum profissional de saúde que o ajudasse na gestão do stresse, na prevenção de outras doenças e na manutenção do seu estado de saúde?” do questionário (n= 104).

Capítulo IV – Projeto

4.1 Preparação e desenvolvimento do projeto

Após a elaboração do estudo anterior, este capítulo pretende resumir a idealização e planificação de um projeto de promoção de saúde ocupacional a realizar em Portugal.

4.2 Objetivo geral

- a) Contribuir para a promoção da saúde ocupacional (gestão de stresse).

4.3 Objetivos secundários

O presente projeto apresenta como objetivos secundários os seguintes pontos:

- a) Implementar um sistema integrado de saúde, a fim de melhorar a saúde e bem-estar no trabalho;
- b) Melhorar a qualidade do trabalho e de vida dos trabalhadores em todos os sectores de atividade, assegurando ganhos em saúde evidenciáveis;
- c) Educar e estimular para a adoção de estilos de vida saudáveis;
- d) Alertar para a ocorrência de possíveis patologias, dando a conhecer métodos preventivos e respetivos tratamentos;
- e) Aumentar a literacia neste domínio, autogestão, autoimagem e motivação dos participantes;
- f) Diminuir os custos associados ao absentismo;
- g) Aumentar/melhorar a produtividade, imagem e competitividade das empresas.

4.4 Parcerias do projeto

A sustentabilidade de qualquer projeto encontra-se diretamente relacionada com as parcerias estabelecidas, sendo o farmacêutico o profissional de saúde responsável pela intervenção.

Os parceiros institucionais são aqueles que irão oferecer uma maior credibilidade ao projeto, bem como dinamismo e experiência. Deste modo, destacam-se a ANF e a Ordem dos Farmacêuticos, como principais parceiros neste projeto pioneiro.

A nível de conteúdos educativos, as parcerias são também uma mais-valia, pelo que a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, bem como a Sociedade Portuguesa de Medicina no Trabalho salientam-se como parcerias a instituir.

Outras organizações intermediárias essenciais são, por exemplo, companhias de seguros de acidentes de trabalho obrigatórios que presenteiem, hipoteticamente, bonificações a empresas que adotem programas de promoção de saúde no local de trabalho, e/ou academias de exercício físico (ginásios).

4.5 Estratégia de marketing

4.5.1 Criação de uma marca

A introdução do farmacêutico como promotor da saúde nas empresas é um projeto pioneiro em Portugal, e como tal a criação de uma identidade própria salienta a distinção em relação a muitos outros projetos.

O intuito passa, então, pelo desenvolvimento de uma marca atrativa e original, que remeta rapidamente para o cerne do projeto, dado que esta será o primeiro elo de contacto/ligação com a população em geral, em particular com *target* ambicionado.

4.5.2 Nome

O nome criado para este projeto reflete a sua essência, ou seja, evidencia os seus propósitos de uma forma direta e singular. Deste modo, *Mais SEMP* é a designação atribuída ao presente projeto, que se traduz em mais Saúde (S), mais Empresa (E), mais Motivação (M), mais Produtividade (P).

4.5.3 Logótipo

Uma marca pode ser composta por um só ou vários componentes, nomeadamente logótipo, *jingle*⁸, símbolos e assinatura. Neste caso, o logótipo (Figura 7) concebido é definido sobretudo pelo símbolo mais (+), centrado e apresentado nas diversas tonalidades do estimulante “verde farmácia”, enquanto que o *lettering* assenta na simplicidade, pelo que é vertical e uniformemente colorido pelo tranquilizante lilás, também alusivo ao setor farmacêutico. Para além do logótipo, também outras estratégias de marketing são necessárias para despertar a curiosidade e lançar o projeto, pelo que foram arquitetadas algumas alusões publicitárias



Figura 7 – Logótipo e publicidade propostas para o presente projeto.

⁸ O *jingle* designa, geralmente, um refrão publicitário.

4.6 Análise SWOT

A análise SWOT é algo essencial no delineamento de qualquer projeto, pois permite estabelecer prioridades e verificar quais são os riscos e problemas a resolver.

Tabela 2 – Análise SWOT do presente projeto (Loureiro, I et al., 2010).

SWOT	Premissas
Forças (Strengths)	Credibilidade do farmacêutico como profissional da saúde
	Proximidade do farmacêutico com a população ativa
	Situação económica atual do país
	Profissionais qualificados
	Comunicação direta e envolvimento da empresa
	Programa direcionado para os problemas dos trabalhadores
	Implicação de organizações reconhecidas
	Materiais adequados ao público – alvo
Fraquezas (Weaknesses)	Falta de dados (indicadores relacionados com a saúde) nas empresas
	Dificuldade de articulação com o poder central
Oportunidades (Opportunities)	Estabelecimento de parcerias com entidades privadas e públicas
	Reorganização da economia geral (farmácias, empresas, etc.)
	Introdução do farmacêutico como promotor de saúde nas empresas
	Programas específicos para a população ativa
	Rede empresarial
	Diminuição dos custos em saúde (doenças, baixas médicas, etc.)
	Diminuição do absentismo
	Aumento da produtividade, saúde, bem – estar e motivação dos funcionários
	Aumentar a competitividade das PME
	Diminuir/prevenir os problemas de saúde relacionados com o trabalho
	Aumentar a área de atuação farmacêutica
Ameaças (Threats)	Dificuldade na obtenção de resultados a curto prazo
	Pouca visibilidade da promoção de saúde
	Dificuldades de funcionamento das parcerias
	Longevidade do programa de promoção de saúde
	Ausência de colaboração dos funcionários

4.7 Preparação do projeto

Uma vez na empresa onde irá decorrer o programa de promoção de saúde, é necessário criar um grupo de trabalho, isto é, uma equipa responsável pela integração da promoção da saúde no local de trabalho. Assim, é favorável a criação de um grupo contendo representantes dos seguintes setores:

- a) Quadros superiores;
- b) Departamento de recursos humanos;
- c) Comissão de trabalhadores, caso exista.

Posto isto, é imprescindível informar todos os funcionários sobre o programa de promoção da saúde no local de trabalho utilizando diversificados meios de comunicação, como cartazes, painéis informativos, a Intranet e reuniões.

4.8 Diagnóstico

Após a preparação do local de interveniência é imperativo diagnosticar/avaliar as necessidades e expectativas dos trabalhadores. Para tal, podem ser efetivados grupos de discussão, inquéritos e/ou dados estatísticos da empresa, designadamente dados demográficos dos trabalhadores, absentismo, taxa de rotação do pessoal, patologias mais frequentes, terapêutica crónica, entre outros.

4.9 Intervenção

Nesta etapa, o programa de promoção de saúde será implementado no local de trabalho com o apoio ativo e visível dos quadros superiores, dos quadros intermédios e dos chefes de equipa. O envolvimento dos trabalhadores é crucial para o sucesso do projeto, pelo que devem existir incentivos à medida da organização. Esses incentivos podem passar, hipoteticamente, por concursos e prémios que visem distinguir e premiar a participação no programa de promoção de saúde no local de trabalho.

Numa primeira fase, tendo por base o diagnóstico realizado *a priori*, a aplicação do projeto na empresa pode, por exemplo, ser faseada em dois a três dias mediante o número de funcionários existentes. Nesta fase a formação facultada aos colaboradores sobre gestão de stresse seguirá o modelo *Blended Learning (B-learning)*, isto é, não se centrará somente na tradicional abordagem de sala, permitindo às empresas a aposta na saúde dos seus colaboradores sem interferir com o normal funcionamento do local de trabalho.

Os elementos a incluir no *b-learning* poderão ser a avaliação de competências, *workshops*, *webcasts*, fóruns de discussão *on-line*, *coaching* via *e-learning* ou presencial, entre outros.

Numa segunda fase, serão agendadas visitas bimensais ou mensais, com o intuito de avaliar as medidas e conhecimentos apreendidos. Aqui pretende-se, também, um contacto individual com os funcionários, de modo a aperfeiçoar o seu bem-estar e a identificar possíveis stressores até à data não identificados. Estes contactos individuais deverão ter a duração máxima de 10 minutos, a realizar durante os dias necessários para englobar todos os funcionários sem, contudo, interferir com o bom funcionamento da empresa.

4.10 Horizonte temporal

Relativamente ao horizonte temporal do programa de promoção de saúde, este trata-se de um projeto que evolui ao longo do tempo, pelo que existe um desenvolvimento de conteúdos e uma continuidade do conceito.

Assim, os resultados não serão visíveis num curto intervalo de tempo, sendo que será necessária uma intervenção superior a 12 meses para auferir *outcomes* em saúde, relativamente aos funcionários, e financeiros, no que diz respeito às empresas.

4.11 Avaliação

Posteriormente à aplicação prática do projeto de promoção de saúde é essencial avaliar o impacto do programa no local de trabalho, quer em relação à satisfação, bem-estar e saúde dos funcionários, quer em relação a fatores económicos de relevo (rotação de pessoal, absentismo, produtividade, etc.) e benefícios financeiros. Estas avaliações podem ser efetuadas através da realização de inquéritos, reuniões, medição de parâmetros ou até mesmo pela verificação da aplicação dos conceitos transmitidos, ou seja, observar a mudança de determinados comportamentos.

4.12 Cronograma

Hipoteticamente foi idealizado um exíguo cronograma representativo do projeto.

Tabela 3 – Exemplo de cronograma do projeto (resumido).

Atividades	2012	2013	2014
Identificação e planificação do projeto	Setembro	-	-
Criação de nome e logótipo	Outubro	-	-
Estabelecimento de Parcerias	Novembro e Dezembro	-	-
Recrutamento e formação	Novembro e Dezembro	-	-
Reuniões e preparação de conteúdos	Novembro e Dezembro	Janeiro	-
Reuniões com empresas-alvo de intervenção	-	Fevereiro	-
Diagnóstico e seleção de estratégias	-	Março	-
Produção de suportes pedagógicos	-	Abril	-
Implementação	-	Maio	-
Apresentação aos funcionários	-	Maio	-
<i>Workshop</i> gestão de stresse	-	Maio	-
Formação individual	-	Julho	-
Avaliação e monitorização	-	Outubro	X
Dinamizar reuniões de trabalho	X	X	X
Gestão, coordenação e acompanhamento	X	X	X

Discussão e Conclusão

O stresse ocupacional é um problema do século XXI, uma vez que estamos atualmente expostos a vários stressores no local de trabalho, que podem prejudicar a nossa rotina diária e provocar alterações físicas, psicológicas e comportamentais consideráveis.

O estudo efetuado na presente monografia teve como principal objetivo a identificação de fontes de stresse ocupacional, avaliação dos conhecimentos sobre gestão de stresse e valorização da existência de um profissional de saúde no local de trabalho em Portugal.

A metodologia utilizada permitiu auferir uma amostra diversificada, quer em termos profissionais como em zona de residência. De todas as profissões analisadas destaca-se a profissão de administrativo com o maior número de respostas (14%), sendo esta considerada pela literatura como uma das atividades profissionais mais sujeitas ao stresse ocupacional.

Relativamente aos stressores em estudo, os resultados referentes à média de horas de trabalho por dia corroboram a tendência para um aumento desta, sendo que a maioria dos indivíduos trabalha entre 8 a 10 horas (60%) e outra parte (10%) já ultrapassa as 10 horas de trabalho diário. Ao longo destas horas de trabalho os indivíduos conseguem, contudo, realizar entre 1 a 3 pausas diárias (75%).

Em termos salariais verificou-se que este contribui para o aumento do stresse ocupacional, pois maioritariamente mal cobre as necessidades básicas dos indivíduos (61%). De igual modo, a grande frequência com que os indivíduos realizam as funções com rapidez (63%), ou com prazos de conclusão reduzidos (68%), também conduz para o desenvolvimento e agravamento do stresse profissional, tratando-se estes fatores essencialmente associados à organização.

A nível do ambiente e das relações interpessoais no local de trabalho, a maioria dos questionados afirma que às vezes existe um ambiente calmo e agradável (43%), com mal-entendidos e tensões que são consideradas suficientes (58%).

O contato com o público, quer diretamente quer por via telefónica, também é referenciado pela literatura como um fator de stresse ocupacional. Atualmente esse contato encontra-se cada vez mais acentuado a nível profissional, pelo que os a maioria dos inquiridos interage com mais de 20 pessoas (64%) e recebe entre 1 a 5 chamadas telefónicas (45%) diariamente no seu local de trabalho.

No que concerne aos conhecimentos dos indivíduos sobre a gestão do stresse é possível afirmar a existência de uma literacia reduzida relativa a este domínio, dado que os conhecimentos sobre sintomas associados ao stresse são apenas alguns (51%) ou até mesmo inexistentes (46%) e a maioria da população em estudo não sabe como prevenir (77%) e/ou gerir (82%) o stresse no local de trabalho.

Relativamente à ambição e importância dada à existência de um profissional de saúde no local de trabalho, a maioria da amostra em estudo (n= 104) afirma que gostaria de contar com tal colaboração (88%), salientando assim a relevância da promoção da saúde ocupacional.

Os dados obtidos no presente estudo estão de acordo com a literatura, relativamente à presença de fatores causadores de stresse ocupacional nas empresas portuguesas. Todavia, é importante considerar algumas limitações metodológicas, pelo que em investigações futuras poder-se-á criar um modelo de regressão logística onde se possa avaliar a relação e influência entre variáveis como género, idade, número de horas de trabalho diário, patologias cardiovasculares e/ou músculo-esqueléticas, etc.

Assim, analisando os resultados obtidos para o presente trabalho, corrobora-se a necessidade de intervir neste problema de saúde pública, prevenindo o stresse ocupacional e promovendo a saúde dos colaboradores, com o intuito de desenvolver as suas capacidades, isto é, *empowerment*.

O programa de promoção de saúde ocupacional, projetado nesta monografia, é um exemplo de como o farmacêutico pode intervir como promotor da saúde, diminuindo o risco associado ao aparecimento de patologias como hipertensão, gastrite, depressão, dorsalgias, alcoolismo e tabagismo, entre outras, derivadas do stresse ocupacional. Simultaneamente, o farmacêutico contribui para uma melhoria do *status quo* empresarial, devido a um aumento da produtividade e desempenho dos colaboradores, pelo que este projeto encontra-se pronto a ser aplicado e desenvolvido em empresas-alvo.

Bibliografia

- Agência Europeia para Segurança e Saúde no Trabalho [AESS]. (2012). Promoção da saúde mental no local de trabalho - Resumo de um relatório de boas práticas. *FACTS*, 102, 1-2.
- Aldana, S. (2001). Financial Impact of Health Promotion Programs: A Comprehensive Review of the Literature. *American Journal of Health Promotion*, 15(5), 296-320.
- Alvesa M. G. M., Chorb D., Faersteinc E., et al. (2004). Short version of the "job stress scale": a Portuguese-language adaptation. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 164-171.
- American Institute for Preventive Medicine. (2008). *The Health and Economic Implications of Worksite Wellness Programs: Wellness White Paper*. EUA: Autor.
- Anderson, C., Blenkinsopp, A., & Armstrong, M. (2009). *The contribution of community pharmacy to improving the public's health: summary report of the literature review 1990-2007*.
- Anderson, D., Serxner, S., & Gold, D. (2001). Conceptual Framework, Critical Questions, and Practical Challenges in Conducting Research on the Financial Impact of Worksite Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*, 15, 281-288.
- Associação Nacional das Farmácias [ANF]. (2008). Programa de Troca de Seringas nas Farmácias. 1-20.
- Carrondo, E. M. (2006). *Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento da Criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico*. Tese de Doutoramento, Universidade do Minho: Instituto de Estudos da Criança, Braga.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2011). Benefits of Health Promotion Programs. Acedido em 22 de Agosto de 2012, em <http://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/businesscase/benefits/index.html>.
- Centro de Estudos e Avaliação em Saúde [CEFAR]. (2010a). Análise de Mercado dos Medicamentos Antidepressivos. *Farmácia Observatório*, 30, 1-4.
- Centro de Estudos e Avaliação em Saúde [CEFAR]. (2010b). Análise dos Serviços Farmacêuticos. *Farmácia Observatório*, 28, 1-4.
- Chandra, A., Malcolm, N., & Feters, M. (2003). Practicing health promotion through pharmacy counseling activities. *Health Promot Pract*, 4, 64-71.
- Chapman, L. S. (2003). Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies. *The Art of Health Promotion*, 6(6), 1-10.
- Chopra, P. (2009). Mental health and the workplace: issues for developing countries. *International Journal of Mental Health Systems*, 3:4, 1-9.
- Cooper, C. L., Dewe, P. J., & O'Driscoll, M. P. (2001). *Organizational Stress: A Review and Critique of Theory, Research, and Applications*. Califórnia: Sage Publications, Inc.

- ENWHP. (2004). European Network for Workplace Health Promotion. Acedido em 12/09 de 2012, em http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/Image_brochure/ENWHP_Broschuere_english.pdf.
- European Network for Workplace Health Promotion [ENWHP]. (2010). *Bayer Portugal S.A.* Bruxelas: Autor.
- Gabriel, P., & Liimatainen, M. R. (2000). *Mental health in the workplace*. Genebra: International Labour Office Geneva.
- Goetzel, R. Z., & Ozminkowski, R. J. (2008). The Health and Cost Benefits of Work Site Health-Promotion Programs. *Public Health*, 29, 303–323.
- Golaszewski, T. (2001). Shining Lights: Studies That Have Most Influenced the Understanding of Health Promotion's Financial Impact. *American Journal of Health Promotion*, 15(5), 332-341.
- Gomes, R., Cabanelas, S., Macedo, V., et al. (2008). Stress, “Burnout”, Saúde Física, Satisfação e Realização em Profissionais de Saúde: Análise das Diferenças em Função do Sexo, Estado Civil e Agregado Familiar. *Actas do II congresso família, saúde e doença: Modelos, investigação e prática em diferentes contextos de saúde (2ª ed.)*, IV, 178-192.
- Greef, M., & Broek, K. (2004). *Making the Case for Workplace Health Promotion Analysis of the effects of WHP*. Bruxelas: European Network for Workplace Health Promotion.
- Hammer, T., Saksvik, P., Nytro, K., et al. (2004). Expanding the psychosocial work environment: workplace norms and work-family conflict as correlates of stress and health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(1), 83-97.
- Hassard, J., Cox, T., & Murawski, S. (2011). *Mental health promotion in the workplace – A good practice report*. Reino Unido: European Agency for Safety and Health at Work.
- Health Magazine. (2012). 10 Careers With High Rates of Depression. Acedido em 27 de Outubro de 2012, em <http://www.health.com/health/gallery/0,,20428990,00.html>.
- Hespanhol, A. (2005). Burnout e Stress ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7, 153-162.
- Inverno A.S., & Filipe H.M. (2006). A vacina da gripe. *Boletim do CIM*, 72, 1-4.
- Knifton, L., Watson, V., Gründemann, R., et al. (2011). *A guide to promoting mental health in the workplace*. Bruxelas: European Network for Workplace Health Promotion [ENWHP].
- Laliberté, M. C., Perreault, S., Damestoy, N., et al. (2012). Ideal and actual involvement of community pharmacists in health promotion and prevention: a cross-sectional study in Quebec, Canada. *BMC Public Health*, 15, 1-11.

- Loureiro, E. M. F. (2006). *Estudo da Relação entre o Stress e os Estilos de Vida nos Estudantes de Medicina*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Loureiro, I., Gomes, J. C. R., Dias, L., et al. (2010). *A investigação participada de base comunitária na construção da saúde*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde.
- Lundberg, U. (2003). Psychological stress and musculoskeletal disorders: psychobiological mechanisms. Lack of rest and recovery greater problem than workload. *Centre for Health Equity Studies*, 100(21), 1892-1895.
- Martins, M. C. (2005). *A Promoção da saúde: percursos e paradigma*. Retirado: 10 de Agosto de 2012, de <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf>.
- Medibank Private. (2005). *The health of Australis's workforce*. Austrália: Autor.
- Miranda S.C.C. (2011). *Stress Ocupacional, Burnout e Suporte Social nos Profissionais de Saúde Mental*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Filosofia de Braga, Braga.
- Novais, J. T. (2010). *Stress Ocupacional num Serviço de Urgência - Estudo de Caso Exploratório*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- OMS. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Genebra: Autor.
- OMS. (1997). *Twenty steps for developing a Healthy Cities project*. Genebra: Autor.
- OMS. (1998). *Health Promoting Universities - Concept, experience and framework for action*. Genebra: Autor.
- OMS. (2000). *Local Action – Creating Health Promoting Schools*. EUA: Autor.
- OMS. (2004a). *Promoting Mental Health: Concepts-Emerging Evidence-Practice*. Genebra: Autor.
- OMS. (2004b). *Standards for Health Promotion in Hospitals*. Barcelona: Autor.
- OMS. (2009). *Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences*. Genebra: Autor.
- OMS. (2010). *WHO Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices*. Genebra: Autor.
- Ordem dos Farmacêuticos [OF]. (2001). *Boas Práticas de Farmácia* (2ª ed.). Lisboa: Autor.
- Ordem dos Farmacêuticos [OF]. (2011). Cerimónia de Apresentação do Projecto Geração Saudável. Acedido em 21 de Setembro de 2012, em http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1492&articleID=5114.

- Pelletier, K. (1999). A Review and Analysis of the Clinical and Cost-effectiveness Studies of Comprehensive Health Promotion and Disease Management Programs at the Worksite: 1995 - 1998 Update (IV). *American Journal of Health Promotion*, 13(6), 333-345.
- Pelletier, K. (2001). A Review and Analysis of the Clinical and Cost-effectiveness Studies of Comprehensive Health Promotion and Disease Management Programs at the Worksite: 1998-2000 Update. *American Journal of Health Promotion*, 16(2), 107-116.
- Pollett, H. (2007). Mental Health Promotion: A Literature Review. *Prepared for the Mental Health Promotion Working Group of the Provincial Wellness Advisory Council*, 1-17.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o Desafio - Prevenção do Stresse No Trabalho*. Lisboa: Rh Editora.
- Santos, A. M., & Castro, J. J. (1998). Stress. *Análise Psicológica*, 4(XVI), p. 677.
- Santos, J. M. O. (2010). *Stress Profissional. Consumo de bebidas alcoólicas. Estudos numa amostra de enfermeiros*. Tese de Doutoramento, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Selye, H. (1977). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *Journal of Clinical Endocrinology*, 6, p. 313.
- Theorell, T., & Karasek, R. (1996). Current Issues Relating to Psychosocial Job Strain and Cardiovascular Disease Research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 9-26.
- United States Bureau of Labor Statistics. (2007). Charts from the American Time Use Survey. Acedido em 18 de Setembro de 2012, em <http://www.bls.gov/tus/charts/>.
- Valormed. (2012). Enquadramento. Acedido em 8 de Novembro de 2012, em http://www.valormed.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=96.
- Visser, M. R., Semets, E. M. A., Oort, F. J., et al. (2003). Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association Journal*, 168 (3), 271-274.

Apêndices

Apêndice I



O objetivo deste inquérito é, avaliar o nível de stress ocupacional a que a população está sujeita no seu quotidiano, mais precisamente a nível profissional. Pretende-se simultaneamente, avaliar a importância dada a possíveis intervenções no local de trabalho, para uma melhoria da gestão de stress.

Os dados inseridos neste inquérito são anónimos e confidenciais, sendo unicamente analisados com fins estatísticos, sem qualquer finalidade comercial.

Desde já se agradece a disponibilidade e sinceridade, na sua colaboração em responder às perguntas que se seguem. O inquérito é composto por 15 questões e o seu total preenchimento prevê 2 minutos do seu tempo. Para tal, assinala a resposta que mais se adequa ao seu caso ou preencha o espaço em branco, nas perguntas "Idade" e "Zona de residência".

Este inquérito integra um estudo para a realização da tese de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, pela discente Nádia Noronha.

Lisboa, 2012.

[Continuar »](#)

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)



*Obrigatório

Variáveis Sociodemográficas

Sexo: *

- ☐ Feminino
☐ Masculino

Idade *

Zona de Residência *

Concelho

Profissão: *

Ou área/situação profissional em que se encontra atualmente

- ☒ Estudante
☐ Farmacêutico(a)
☐ Desempregado(a)
☐ Reformado(a)
☐ Empresário(a)
☐ Outra:

« Anterior

Continuar »

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)



*Obrigatório

Querendo avaliar o nível de stress a que está sujeito no seu local de trabalho, responda às seguintes questões:

1) Qual é a sua média de horas de trabalho por dia? *

- ☐ Inferior a 8 horas
- ☐ Entre 8 a 10 horas
- ☐ Superior a 10 horas

2) Quantas pausas faz ao longo do seu dia de trabalho? *

- ☐ Nenhuma
- ☐ Entre 1 a 3 pausas
- ☐ Mais do que 3 pausas

3) O seu salário é: *

- ☐ Totalmente insuficiente para atender às necessidades básicas (minhas e/ou da minha família)
- ☐ Apenas mal cobre as necessidades básicas (minhas e/ou da minha família)
- ☐ Abrange mais do que as necessidades básicas (minhas e/ou da minha família)

4) Como é o seu trabalho avaliado? *

- ☐ Ninguém além de mim avalia o meu trabalho
- ☐ Um supervisor ou outra pessoa responsável avalia o meu trabalho, não existem normas rígidas e, geralmente, se for feito corretamente, ele é aceite
- ☐ Um supervisor ou outra pessoa responsável avalia o meu trabalho com muito cuidado de acordo com um padrão rigoroso. Se, por qualquer motivo, mesmo de menor, não atender totalmente a essas normas, o meu trabalho pode ser rejeitado

5) Com que frequência tem de realizar as suas tarefas de trabalho com muita rapidez? *

- ☐ Frequentemente
- ☐ Às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca ou quase nunca

6) Tem um prazo para que um determinado trabalho ou tarefa seja concluída? *

- ☐ Frequentemente
- ☐ Às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca ou quase nunca

7) O seu local de trabalho apresenta um ambiente calmo e agradável? *

- ☐ Frequentemente
- ☐ Às vezes
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca ou quase nunca

8) Objetivamente, como são as relações interpessoais no local de trabalho? *

(como é que os colegas se relacionam uns com os outros)

- ☐ Excelentes, todos se dão bem e os mal-entendidos são raros
- ☐ Suficientes, às vezes há mal-entendidos e tensão entre nós
- ☐ Más, há muita tensão e conflito entre nós

9) Com quantas pessoas você interage diariamente no local de trabalho? *

(colegas ou público)

- ☐ Nenhuma
- ☐ Entre 1 a 5 pessoas
- ☐ Entre 6 a 19 pessoas
- ☐ Mais de 20 pessoas

10) Quantos telefonemas recebe durante um dia normal de trabalho? *

(incluindo as chamadas que são destinadas para outros)

- ☐ Nenhuma
- ☐ Entre 1 a 5 chamadas
- ☐ Entre 6 a 19 chamadas
- ☐ Mais de 20 chamadas

[« Anterior](#) [Continuar »](#)

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)

Inquérito - Saúde Ocupacional nas Empresas Portuguesas

*Obrigatório

Querendo avaliar a gestão de stress que consegue realizar no seu local de trabalho, bem como a necessidade de intervenções externas, responda às seguintes questões:

11) Sabe que sintomas a nível corporal e psicológico se podem manifestar como consequência do stress? *

- ☐ Conheço poucos ou nenhuns sintomas
- ☐ Conheço alguns sintomas
- ☐ Conheço bastantes sintomas

12) Sabe como proceder à avaliação de cada situação potencial de stress a nível profissional? *

- ☐ Não
- ☐ Sim

13) Tem conhecimento das várias formas de prevenção do stress no trabalho? *

- ☐ Não
- ☐ Sim

14) Sabe como gerir o stress a nível profissional? *

- ☐ Não
- ☐ Sim

15) Gostaria que no seu local de trabalho houvesse algum profissional de saúde que o ajudasse na gestão do stress, na prevenção de outras doenças e na manutenção do seu estado de saúde? *

(por exemplo, visitas bimensais ou mensais)

- ☐ Não
- ☐ Sim

« Anterior

Continuar »

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)

Apêndice II

Fluxograma de planificação do projeto de promoção de saúde.

