

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO SETOR DA SAÚDE

1. Introdução

O setor da saúde é um dos mais representativos da população ativa europeia, empregando cerca de 10% dos trabalhadores da UE. O grupo mais numeroso de trabalhadores do setor é o do segmento hospitalar. Os restantes trabalham em clínicas médicas, em casas de saúde e noutros serviços de saúde como os bancos de sangue ou os laboratórios médicos (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA), 2007a). Este setor apresenta um desequilíbrio muito acentuado em termos de género: quase 80% dos trabalhadores são mulheres (Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, 2008).

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2005), os problemas psicossociais podem ser causa de doenças, lesões, estigmatização ou isolamento, ou mesmo de morte. Podem igualmente ter um impacto considerável no empregador, em consequência da redução da produtividade e da desmotivação. Os trabalhadores do setor da saúde são dos mais expostos a esses riscos para a saúde mental (Organização Mundial da Saúde (OMS), 2004). Daí a importância e a enorme utilidade do investimento na promoção da saúde mental neste setor.

Segundo a OMS (2009), a saúde mental pode ser definida como “um estado de bem-estar em que o indivíduo é capaz de:

- realizar o seu potencial;
- fazer face ao stresse normal da vida;
- trabalhar de forma produtiva e proveitosa;
- dar o seu contributo em benefício da comunidade a que pertence”.

Nesta aceção, a saúde mental é a condição básica do bem-estar e do normal funcionamento das pessoas e das comunidades. Este conceito elementar de saúde mental é compatível com a amplitude e diversidade das suas interpretações em diferentes culturas.

No presente artigo, que tem como destinatários os empregadores, são expostas detalhadamente as questões da saúde mental no setor da saúde e fornecidas informações práticas sobre as ações de promoção da saúde mental.

2. Fatores de risco psicossocial e suas consequências para a saúde mental

2.1. *Fatores de risco psicossocial*

Os riscos psicossociais, que dependem do modo como o trabalho é concebido, organizado e gerido e do contexto económico e social em que é realizado, provocam um aumento do stresse e podem levar a uma grave deterioração da saúde mental e física (EU-OSHA, 2007b).

Foram elaborados vários modelos explicativos do stresse baseados na relação entre os fatores de risco e a saúde dos trabalhadores. Um dos mais conhecidos é o da exigência-controlo-apoio



Promoção da saúde mental no sector da saúde

(Karasek, 1979; Karasek e Theorell, 1990; Johnson e Hall, 1988). Este modelo destaca três fatores psicossociais de stresse, tidos como os que mais afetam o bem-estar dos trabalhadores:

- o nível de exigência no plano psicológico;
- a amplitude do controlo ou do poder de decisão; e
- o apoio social.

De acordo com este modelo, as reações negativas ao stresse (designadamente a fadiga, a ansiedade, a depressão ou doenças físicas) surgem quando o nível de exigência no plano psicológico é elevado e o controlo ou poder de decisão sobre o trabalho executado é escasso. O apoio social pode servir de amortecedor.

Existem muitos fatores de risco psicossocial relacionados com o trabalho (McNeely, 2005; Cox e Griffiths, 1996; Jettinghoff e Houtman, 2009), nomeadamente os seguintes:

- trabalho por turnos;
- planificação do trabalho demasiado rígida ou inadequada;
- controlo escasso sobre o trabalho executado;
- nível elevado de exigências profissionais;
- grande volume de trabalho;
- prazos apertados;
- informação insuficiente;
- justiça deficiente ao nível da organização;
- trabalho de equipa reduzido;
- relações interpessoais insatisfatórias;
- falta de apoio social;
- trabalho isolado;
- redução de efetivos;
- recursos insuficientes.

Os fatores de risco psicossocial relacionados com o trabalho mais característicos do setor da saúde (McNeely, 2005; Cox e Griffiths, 1996; Jettinghoff e Houtman, 2009) são os seguintes:

- expectativas elevadas, que contrastam a insuficiência de tempo, competências e apoio social;
- confronto com o sofrimento;
- tratamento de moribundos;
- urgências;
- exposição a acontecimentos traumáticos;
- queixas e litígios.

A violência e o assédio constituem igualmente perigos psicossociais no setor da saúde. Os comportamentos violentos tanto podem ser protagonizados por doentes ou visitantes como por colegas (EU-OSHA, 2007a). Os setores da saúde e dos serviços sociais apresentam as taxas mais elevadas de exposição à violência no trabalho registadas na UE-27 (15,2%). A incidência do assédio psicológico e moral nestes setores é superior à média. Nas atividades profissionais em que os riscos físicos são elevados (na indústria transformadora ou na construção, por exemplo), a violência e o assédio não são frequentes. Em contrapartida, nos setores da saúde e dos serviços sociais (onde os riscos físicos são pouco relevantes), a frequência de atos ou ameaças de violência física é, por exemplo, oito vezes superior à que se verifica no setor da indústria transformadora (Parent-Thirion *et al.*, 2007). De acordo com o projeto dinamarquês denominado “A violência como forma de expressão” (Pedersen, 2007), 32% dos trabalhadores sociais das unidades de prestação de cuidados no domicílio e do pessoal de enfermagem dos hospitais estão expostos à violência. No biénio de 2001-2002, o Serviço Nacional de Saúde britânico (NHS) registou 95 501 casos de violência e agressão contra trabalhadores do serviço e, sobretudo, contra o pessoal de enfermagem (National Audit Office [Gabinete de Auditoria



Promoção da saúde mental no sector da saúde

Nacional do Reino Unido] (NAO), 2003). Em recentes inquéritos ao pessoal do NHS, 29% dos prestadores de cuidados secundários e 50% do pessoal dos serviços de emergência médica declararam ter sido vítimas de pelo menos um caso de violência e agressão nos 12 meses precedentes.

Os trabalhadores do setor da saúde também estão expostos a um risco elevado de toxicodependência. Devido a fatores de risco específicos, nomeadamente os grandes volumes de trabalho, o tratamento de doentes terminais e moribundos, a preparação inadequada para as exigências da profissão, o esgotamento e um certo desconhecimento dos perigos do álcool e das drogas, o risco de toxicodependência é especialmente elevado no caso do pessoal médico. Trinkoff e Storr (1998) afirmam que 2% a 3% dos enfermeiros e enfermeiras estão viciados em drogas e que, nos Estados Unidos, 40 000 pessoas com essa profissão são vítimas de alcoolismo. Cicala (2003) assevera que o risco de toxicodependência também é elevado no caso dos médicos. De facto, pelo menos 8% a 12% dos médicos enfrentam problemas de toxicodependência em algum momento da sua carreira. Os fatores de risco específicos dos médicos são os elevados níveis de stresse e a extensão dos horários de trabalho, a automedicação e a facilidade de acesso a medicamentos. A toxicodependência tem consequências graves. Para além dos efeitos nocivos para a saúde dos trabalhadores, o facto de estarem “sob a influência” de drogas ou álcool pode dar origem a erros médicos e, conseqüentemente, à instauração de ações judiciais.

2.2. Consequências para a saúde

Os fatores de risco psicossocial que foram referidos são determinantes para a saúde física e mental dos trabalhadores. Entre os problemas de saúde específicos que podem ser provocados por esses fatores de risco contam-se os seguintes:

- stresse: de acordo com as informações disponíveis, 22% da população ativa é afetada pelo stresse relacionado com o trabalho (Parent-Thirion *et al.*, 2007), que é, portanto, um dos problemas de saúde relacionados com o trabalho mais comuns; os setores da saúde, dos serviços sociais e do ensino são aqueles em que o risco é maior: nesses setores, a percentagem dos trabalhadores afetados sobe para 29,4%;
- esgotamento: um estudo do International Hospital Outcomes Research Consortium [Consórcio internacional de investigação de resultados hospitalares], realizado em 1998-1999, apurou que 36,2% dos trabalhadores britânicos do setor da saúde sofrem de esgotamento grave (EU-OSHA, 2007a);
- ansiedade: 11,4% dos trabalhadores do setor da saúde sofrem de ansiedade (Parent-Thirion *et al.*, 2007);
- irritabilidade: 15,2% dos trabalhadores do setor da saúde sofrem de irritabilidade (Parent-Thirion *et al.*, 2007);
- depressão: num inquérito realizado pela Northwestern National Life of Minneapolis (1991), 32% dos trabalhadores do setor da saúde entrevistados disseram que se sentiam deprimidos.

3. Promoção da saúde mental no setor da saúde

3.1. Promoção da saúde mental

Segundo Pollett (2007), a promoção da saúde mental é “o processo de reforço dos fatores de



Promoção da saúde mental no sector da saúde

proteção que contribuem para uma boa saúde mental”. Vários estudos científicos comprovaram que as aptidões e recursos de uma pessoa com boa saúde mental conduzem a resultados positivos, designadamente a uma melhoria da saúde física e da qualidade de vida, ao bem-estar económico e à consciência da sua dignidade pessoal (European Mental Health Implementation Project [Projeto europeu de promoção da saúde mental], 2006).

O local de trabalho é o ambiente adequado para proteger e promover de forma eficaz a saúde mental dos trabalhadores. O Pacto Europeu da Saúde Mental e do Bem-Estar (Conferência de Alto Nível da União Europeia realizada em 2008) refere a saúde mental no local de trabalho como uma das áreas prioritárias. Recomenda a aplicação de programas de saúde mental e bem-estar conjuntamente com programas de avaliação de riscos e de prevenção em situações que possam prejudicar a saúde mental dos trabalhadores (stress, comportamentos agressivos – violência ou assédio no trabalho, por exemplo –, álcool ou drogas), e a adoção de mecanismos de intervenção precoce nos locais de trabalho.

3.2. Eficácia das ações de promoção da saúde mental

Embora algumas organizações já tenham compreendido a importância da promoção da saúde mental, há muitos locais de trabalho onde essas medidas ainda não foram postas em prática. Na verdade, os membros da hierarquia do setor da saúde são, em muitos casos, bastante céticos em relação a programas de promoção da saúde mental, porque se concentram sobretudo na cura, ou seja, na obtenção de resultados imediatos, e não em soluções de prevenção a longo prazo (Munn-Giddings, Hart e Ramon, 2005). Além dos principais profissionais da hierarquia, outras partes interessadas exigem igualmente provas da eficácia da promoção da saúde mental: os decisores políticos, que precisam delas para justificar despesas, os médicos, que precisam delas para planear e executar programas, e os trabalhadores envolvidos, que querem saber se as intervenções os ajudam ou não (Barry e McQueen, 2005).

São escassos os estudos pormenorizados sobre a avaliação das intervenções no domínio do stress, quer do ponto de vista da relação custo-benefício, quer quanto à eficácia das medidas de redução do stress individual (Burke e Richardsen, 2000). Devido ao protocolo de investigação, nem sempre é possível determinar os resultados reais de uma ação em concreto (Cox, Griffiths e Rial-Gonzalez, 2000). Embora a investigação científica sobre a relação custo-eficácia não seja fácil, muitas organizações e decisores políticos tentaram determinar os custos e os benefícios das intervenções no domínio do stress no trabalho. O Sainsbury Centre for Mental Health [Centro Sainsbury de Saúde Mental] (SCMH, 2007), da Grã-Bretanha, apresenta um panorama dos custos relacionados com a saúde mental nos locais de trabalho e avalia a relação custo-eficácia das intervenções no domínio do stress (com base em exemplos de organizações da Grã-Bretanha).

No caso das empresas britânicas, o custo anual da saúde mental no trabalho reparte-se da seguinte forma:

- ausências por motivo de doença: 8,4 mil milhões de libras esterlinas (cerca de 9,7 mil milhões de euros);
- redução da produtividade: 5,1 mil milhões de libras esterlinas (cerca de 5,9 mil milhões de euros);
- rotatividade do pessoal: 2,4 mil milhões de libras esterlinas (cerca de 2,8 mil milhões de euros).

Com base em segmentos da população ativa, é possível calcular a relação custo-eficácia dos programas de saúde mental. A British Telecom registou uma redução de 30% nas ausências por



Promoção da saúde mental no sector da saúde

motivo de doença devida a problemas de saúde mental (SCMH, 2007) na sequência da aplicação de uma estratégia neste domínio. Hilton (2005) refere os resultados de um programa australiano de saúde mental cujo objetivo era o diagnóstico e a intervenção precoces em casos de trabalhadores com sintomas de depressão. A ideia era atribuir aos empregadores a responsabilidade de identificar as pessoas com sintomas de problemas de saúde mental e de lhes prestar assistência financiada pelos próprios empregadores. Os benefícios financeiros, resultantes do aumento da produtividade dos trabalhadores, foram evidentes. Em termos anuais, foram cinco vezes superiores ao investimento no programa. Wang *et al.* (2007) referem um programa semelhante aplicado nos Estados Unidos cujos benefícios financeiros anuais por trabalhador ascenderam a 1 800 dólares (cerca de 1 268 euros), cifrando-se o custo anual por trabalhador em apenas 100 dólares (cerca de 70,5 euros) a 400 dólares (cerca de 281,8 euros).

3.3. *Intervenções no setor da saúde*

Dado que o trabalho desempenha um papel importante na vida das pessoas, o local de trabalho é o ambiente adequado para ações de promoção da saúde mental (Pollett, 2007). Essas intervenções devem centrar-se em domínios que careçam de melhorias quer a nível individual, quer ao nível da organização. É importante implantar uma cultura de trabalho em que as questões da saúde mental não sejam tabu.

Existem diversos tipos de intervenção que podem reduzir os fatores de risco psicossocial e promover a saúde mental no setor da saúde.

3.3.1. *Intervenções ao nível da organização*

A este nível, o empregador introduz medidas destinadas a reduzir os fatores de stresse no ambiente de trabalho. Estas intervenções visam a eliminação das causas do stresse no trabalho (EU-OSHA, 2002).

O objetivo das intervenções ao nível da organização é a introdução de alterações na estrutura da organização e/ou nos fatores físicos e ambientais. Estas intervenções procuram reduzir os aspetos negativos da organização do trabalho. As intervenções baseadas no modelo exigência-controlo-apoio centram-se na reformulação da estrutura organizativa com o objetivo de reforçar o controlo do trabalhador sobre o seu trabalho e as suas capacidades (Luceño e Martín, 2008). Os fatores de stresse podem ser controlados através da análise dos riscos psicossociais, que permitirá identificar os aspetos da organização (ao nível da tarefa, da equipa ou da organização) que são decisivos e carecem de melhorias.

As intervenções ao nível da organização abrangem os seguintes pontos:

- nível de exigência no plano psicológico: aumento da qualidade do trabalho, otimização dos requisitos intelectuais e redução da pressão de tempo;
- amplitude do controlo ou do poder de decisão: melhorias no uso e no desenvolvimento de competências, reforço do controlo sobre o trabalho e maior participação no processo de tomada de decisões;
- apoio social: aumento do apoio social entre colegas e entre os trabalhadores e os seus superiores hierárquicos;
- equilíbrio entre a vida profissional e a vida pessoal e familiar: introdução de horários de trabalho flexíveis, disponibilização de serviços de acolhimento de crianças no trabalho, concessão de licenças para efeitos de formação e interrupção de carreira, e delegação



Promoção da saúde mental no sector da saúde

de competências para permitir que os próprios trabalhadores elaborem e apliquem escalas de serviço com base na autonomia da rotação de trabalho.

Como exemplos de intervenções ao nível da organização no setor da saúde (EU-OSHA, 2002), referem-se os seguintes:

- aumento do número de efetivos nas horas de maior movimento, o que permite reduzir os volumes de trabalho, melhorar a organização dos turnos e fazer face a eventuais faltas ou acontecimentos inesperados;
- especificação de funções e responsabilidades, nomeadamente as dos auxiliares de enfermagem na prestação de assistência com medicação e assistência e apoio nos tratamentos;
- estabelecimento de um protocolo de comunicação para as situações que, na opinião dos trabalhadores, podem apresentar riscos para a sua saúde e segurança;
- introdução de uma certa margem de manobra na execução de determinadas tarefas por parte de alguns grupos de trabalhadores – de acordo com as orientações estabelecidas pelo respetivo departamento –, com o objetivo de aumentar a autonomia e melhorar o processo de tomada de decisões;
- promoção da participação dos trabalhadores através de reuniões, dando-lhes a oportunidade de contribuírem com sugestões, ideias e opiniões.

3.3.2. Intervenções ao nível da interface indivíduo-organização

Estas intervenções visam aumentar a resistência dos trabalhadores ao stresse. O empregador deve investir em intervenções destinadas a aumentar a capacidade de resposta dos seus trabalhadores, nomeadamente através da formação.

Como exemplos deste tipo de intervenção (EU-OSHA, 2002; Pollett, 2007; Marine *et al.*, 2009), referem-se os seguintes:

- melhoria das relações entre trabalhadores e gestores no local de trabalho;
- criação de grupos de apoio;
- melhoria do ambiente para as pessoas;
- clarificação das questões relacionadas com as funções;
- reforço da participação e da autonomia;
- formação tendente a aumentar a autoestima e o amor-próprio dos trabalhadores e o seu sentimento de pertença;
- programa de redução do stresse baseado na atenção, ou seja, uma ação de formação que permita melhorar a capacidade de comunicação e aprender a enfrentar as reações ao stresse e a autocompaixão;
- formação com vista ao desenvolvimento da capacidade prática de reduzir o stresse e à melhoria da relação e da interação com os doentes;
- formação do pessoal sobre o modo como se deve enfrentar situações concretas como a morte, o sofrimento ou as doenças terminais.

3.3.3. Intervenções a nível individual

As intervenções a nível individual centram-se muitas vezes na redução do stresse em trabalhadores que já apresentam sintomas e visam aumentar a capacidade de resistência dos indivíduos ao stresse através, por exemplo, de técnicas de relaxamento (EU-OSHA, 2002). Estas intervenções garantem uma maior capacidade do indivíduo de enfrentar os sintomas do stresse. Um apoio adequado a essas pessoas minimiza as consequências do stresse. Como exemplos de



Promoção da saúde mental no sector da saúde

intervenções a nível individual, referem-se os seguintes:

- massagem terapêutica;
- aprendizagem de estratégias de reação à situação;
- formação cognitiva comportamental;
- formação em gestão do stresse;
- aconselhamento.

3.4. Contenção da violência e do assédio no setor da saúde

Como foi já referido, a violência e o assédio são, tal como o stresse, problemas comuns no setor da saúde que têm consequências negativas para a saúde. No combate à violência e à agressão neste setor, podem ser considerados os mesmos níveis de intervenção utilizados no caso da prevenção do stresse.

Ao nível da organização, poderão ser efetuadas as seguintes intervenções (OIT, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor [Departamento do Trabalho dos EUA], 2004):

- desenvolvimento de uma cultura do local de trabalho centrada na pessoa e publicação de uma declaração política clara que inclua a afirmação inequívoca de que a violência ou as agressões contra trabalhadores do setor da saúde não serão toleradas, declaração essa de que deve ser dado conhecimento a todas as partes envolvidas: doentes, trabalhadores e gestores;
- empenhamento dos gestores na prevenção da violência e das agressões;
- informação e comunicação claras;
- realização de avaliações de risco em matéria de violência, agressões e assédio no trabalho;
- controlo ambiental: garantir a segurança utilizando tecnologias e procedimentos eficazes (sistemas de alarme, criação de distância entre utentes/doentes e trabalhadores recorrendo a balcões mais fundos, etc.);
- informação sobre as precauções necessárias e os riscos acrescidos no relacionamento com determinados doentes, etc.

Ao nível da interface indivíduo-organização, poderão ser adotadas as seguintes medidas (OIT, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor [Departamento do Trabalho dos EUA], 2004):

- participação de todos os episódios de violência e/ou agressão;
- formação inicial dos trabalhadores sobre métodos de reconhecimento de ameaças reais ou potenciais no local de trabalho e sobre o modo de reagir em situações de violência.

Por último, a nível individual, poderão ser realizadas as seguintes intervenções (OIT, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor [Departamento do Trabalho dos EUA], 2004; Arnetz e Arnetz, 2000):

- assistência e apoio;
- aconselhamento;
- processos de reclamação interna;
- recolha de testemunhos;
- recuperação dos trabalhadores que foram vítimas de episódios de violência.

3.5. Boas práticas

Existem casos de ações de promoção da saúde mental de âmbito alargado, embora seja



Promoção da saúde mental no sector da saúde

frequente as organizações não dedicarem a mesma atenção aos três níveis de intervenção (Cox *et al.*, 2000; Kompier *et al.*, 1998), concentrando-se nas intervenções ao nível da interface indivíduo-organização e a nível individual. Consequentemente, as intervenções que visam a redução preventiva dos fatores de stresse no local de trabalho são muitas vezes preteridas.

Tendo em vista a aplicação de uma boa política de promoção da saúde mental, as organizações devem abordar este tema numa perspetiva holística, levando a cabo ações nos três níveis. Uma vez que as causas do stresse são múltiplas (por exemplo, uma conjugação de problemas de pessoal, volume de trabalho, falhas na organização do trabalho e condições físicas de trabalho deficientes), só uma abordagem conjunta poderá garantir a eficácia da intervenção (EU-OSHA, 2002). É muito importante que empregadores e trabalhadores trabalhem em conjunto ao longo do processo (Keleher e Armstrong, 2005).

Apresentam-se abaixo dois exemplos práticos de intervenções ao nível da organização centradas em medidas preventivas, que são as que tentam atacar a raiz do problema. Já foram referidos acima, nos correspondentes parágrafos, alguns exemplos de intervenções ao nível da interface indivíduo-organização e a nível individual.

Na caixa 1, é apresentado um exemplo prático de como as organizações do setor da saúde podem combater os riscos psicossociais e as suas consequências para a saúde, e de como as organizações em geral podem satisfazer a necessidade de participação no processo de tomada de decisão. Na caixa 2, é apresentado um exemplo de boas práticas na contenção da violência contra trabalhadores do setor da saúde.

Caixa 1 – Programa de apoio a prestadores de cuidados de saúde (Jané-Llopis *et al.*, 2005)

Contexto

O Programa de apoio a prestadores de cuidados de saúde teve como objetivo a intensificação da participação e do apoio social no processo de tomada de decisões sobre o trabalho das equipas de profissionais da saúde em instituições de saúde (mental). O programa revelou-se eficaz no que respeita ao desenvolvimento das capacidades das equipas de profissionais da saúde quer quanto à adoção de comportamentos de equipa socialmente solidários, quer no que se refere à utilização de técnicas de resolução de problemas.

Programa

- Seis sessões de formação (4 a 5 horas).
- Participantes: 10 gestores de instituições e 10 trabalhadores diretamente envolvidos na prestação de cuidados.
- Objetivos específicos:
 - melhor compreensão e reforço das redes capazes de ajudar e de dar apoio já existentes nas organizações;
 - intensificação da participação dos trabalhadores;
 - planeamento e orientação de atividades de formação;
 - aprendizagem de técnicas de conservação destas novas competências ao longo do tempo.

Avaliação do programa

- O programa aumentou o número de opiniões favoráveis sobre o trabalho.
- O programa reforçou a convicção e melhorou a perceção que os participantes tinham em relação à sua própria capacidade para resolver situações de discórdia ou de sobrecarga de trabalho.



Promoção da saúde mental no sector da saúde

- O programa melhorou o ambiente nas equipas, a saúde mental e a satisfação profissional.

Caixa 2 – Estratégia de contenção da violência contra trabalhadores do setor da saúde (EU-OSHA, 2002)

O problema

Na região irlandesa do Mid-West, foram participados, em 2000, 12 episódios de violência ou comportamento agressivo contra trabalhadores dos hospitais regionais. Em 2001, o número subiu para 64. Os trabalhadores queixaram-se de que a situação lhes estava a provocar stresse, frustração, medo e uma sensação de vulnerabilidade.

A solução

O Departamento de Gestão de Riscos e os responsáveis pela segurança e saúde nos hospitais decidiram elaborar um plano de contenção sistemática da violência no local de trabalho. Esse plano previa várias medidas:

- desenvolvimento de uma nova política de comunicação de incidentes e incentivo a uma política de comunicação aberta;
- desenvolvimento de um quadro geral e de um programa de contenção da violência e dos atos de agressão;
- tratamento da agressão e da violência em pé de igualdade com qualquer outro perigo profissional; os riscos de agressão e de violência deviam ser identificados e avaliados, e as medidas de contenção deviam ser aplicadas e avaliadas; para satisfazer estas exigências, foi desenvolvido um método formal de avaliação dos riscos;
- formação específica dos trabalhadores que os habilitasse a enfrentar e intervir em casos de manifestação de agressividade ou violência por parte de utentes conturbados; o objetivo dessa formação era ensinar o pessoal a eliminar o risco de lesões para os trabalhadores ou os utentes.

Exemplos concretos

Uma equipa multidisciplinar dos Serviços de Urgência efetuou uma avaliação dos riscos bastante ampla, em colaboração com consultores em segurança e saúde no trabalho. Na sequência da identificação de vários riscos de nível elevado, foram tomadas as seguintes medidas:

- programa de formação subordinado ao tema “Intervenção Não-Violenta em Situações de Crise”;
- reforço da presença da segurança;
- informação nos serviços sobre a política em relação aos transgressores;
- fornecimento de sistemas de alarme pessoais e para situações de pânico;
- estreitamento das relações de trabalho com os *Gardaí* (polícia), incluindo a designação de um agente de ligação para trabalhar diretamente com o pessoal do hospital;
- três processos judiciais bem-sucedidos contra transgressores;
- adequação da ergonomia dos serviços às exigências da prevenção e da observância de práticas de trabalho seguras.



Promoção da saúde mental no sector da saúde

4. Informação complementar

Sítios Web:

Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho:

<http://osha.europa.eu/en/topics/stress>

<http://osha.europa.eu/en/topics/whp>

http://osha.europa.eu/en/sub/sme/products/stress_at_work/index.htm

Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho:

<http://www.eurofound.europa.eu/areas/index.htm>

Comissão Europeia:

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/index_en.htm

Rede Europeia de Promoção da Saúde no Local de Trabalho (ENWHP):

<http://www.enwhp.org/index.php?id=4>

ProMenPol:

<http://www.mentalhealthpromotion.net/>

Organização Mundial da Saúde (OMS):

http://www.who.int/topics/mental_health/en/

Organização Internacional do Trabalho (OIT):

<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/sectors/health.htm>

Health and Safety Executive [Entidade Reguladora para a Saúde e a Segurança] (HSE, Reino Unido):

<http://www.hse.gov.uk/healthservices/stress.htm>

Institut national de recherche et de sécurité [Instituto Nacional de Investigação e Segurança] (INRS, França):

<http://www.inrs.fr/dossiers/stress.html>

Projetos:

Rede Europeia de Promoção da Saúde no Local de Trabalho (ENWHP): Projeto *Move II* “*Mental health at the workplace* [Saúde mental no local de trabalho]”:

<http://www.enwhp.org/index.php?id=606>

European Mental Health Implementation Project [Projeto europeu de promoção da saúde mental]:

<http://mentalhealth.epha.org/index.html>



Promoção da saúde mental no sector da saúde

5. Referências

Arnetz, J., & Arnetz, B., 'Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers', *Journal of Advanced Nursing*, Vol 31, No 3, 2000, pp. 668-680.

Barry, M. & McQueen, D., 'The Nature of Evidence and its Use in Mental Health Promotion.' In H. Herrman, S. Saxena & R. Moodie (Eds.), *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice* (pp. 108-118). Geneva: World Health Organization, 2005.

Burke, R.J. & Richardsen, A.M., 'Organizational-level interventions designed to reduce occupational stressors.' In P. Dewe, M. Leiter & T. Cox (Eds.), *Coping, Health and Organizations* (pp. 191-210). London: Taylor & Francis, 2000.

Cicala, R.S., 'Substance abuse among physicians: what you need to know.' *Hospital Physician*, July, 2003, pp. 39-46.

Cox, T. & Griffiths, A., 'Assessment of psychosocial hazards at work.' In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology*. Chichester: John Wiley & Sons, 1996.

Cox, T., Griffith, A. & Rial-Gonzalez, E., '*Research on Work-related Stress*', EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, 2000, pp. 1-167. Available at: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/203/view>

EU high-level conference 'Together for Mental Health and Well-being', Brussels, 13 June 2008. European Pact for Mental Health and Well-being. Retrieved 22 September 2009, from http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf

EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, *Prevention of psychosocial risks and stress at work in practice*, 2002. Available at: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/104/view>

EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, *E-facts 18: risk assessment in health care*, 2007a. Available at: <http://osha.europa.eu/fop/bulgaria/en/publications/folder.2007-09-21.2042895509/efact18-en.pdf>

EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, *Factsheet 74: Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health (OSH)*, 2007b. Available at: <http://osha.europa.eu/en/publications/factsheets/74>

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. *Living and working in Europe*, 2008, pp. 1- 28. Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/90/en/1/EF0890EN.pdf>

European Mental Health Implementation Project (EMIP). 'Implementation of Mental Health Promotion and Prevention Strategies in EU Member States and Applicant Countries', 2006. Retrieved 22 September 2009, from: <http://mentalhealth.epha.org/publications.html>

Hilton, M., '*Assessing the financial return on investment of good management strategies and the WORC project*', WORC Project paper, 2005. Available at:



Promoção da saúde mental no sector da saúde

[http://www.qcmhr.uq.edu.au/worc/Documents/Hilton_Paper\(2005\).pdf](http://www.qcmhr.uq.edu.au/worc/Documents/Hilton_Paper(2005).pdf)

International Labour Organization (2005). The SOLVE approach to addressing psychosocial problems at work. Retrieved 22 September 2009, from: http://www.ilo.org/wow/Newsbriefs/lang-en/WCMS_081593/index.htm

International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization & Public Services International, *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*, International Labour Office, Geneva, 2002. Available at: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/guidelines.pdf>

Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C. & Patel, V., 'Mental health promotion works: a review', *Promotion & Education*, Vol 2, 2005, pp. 9-25.

Jettinghoff, K. & Houtman, I., *A sector perspective on working conditions*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2009, pp. 1- 30. Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0814.htm>

Johnson, J.V. & Hall, B.M., 'Job strain, work place social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population', *American Journal of Public Health*, Vol 78, No 10, 1988, pp. 1338-1342.

Karasek, R.A., 'Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign', *Administrative Science Quarterly*, Vol 24, 1979, pp. 285-308.

Karasek, R.A. & Theorell, T., *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, Basic Books, New York, 1990.

Keleher, H. & Armstrong, R., 'Evidence-based mental health promotion resource' Report for the Department of Human Services and VicHealth, Public Health Group, Melbourne, 2005, pp. 1-130.

Kompier, M., Geurts, S., Grundemann, R., Vink, P. & Mulders, P., 'Cases in stress prevention: The success of a participative and stepwise approach' *Stress Medicine*, Vol 14, 1998, pp. 155-168.

Luceño, L. & Martín, J., *Decore. Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales*, Tea Ediciones, Madrid, 2008. p. 17.

Marine, A., Ruotsalainen, J.H., Serra, C. & Verbeek, J.H., 'Preventing occupational stress in healthcare workers (Review)', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, Vol 1.

McNeely, E., 'The consequences of job stress for nurses' health: time for a check-up' *Nursing Outlook*, Vol 53, 2005, pp. 291-9.

Munn-Giddings, C., Hart, C. & Ramon, S., 'A participatory approach to the promotion of well-being in the workplace: lessons from empirical research' *International review of psychiatry*, Vol 17, No 5, 2005, pp 409-417.

National Audit Office. 'A Safer Place to Work. Protecting NHS Hospital and Ambulance Staff from Violence and Aggression', 2003. Available at: http://www.nao.org.uk/publications/0203/protecting_nhs_staff.aspx



Promoção da saúde mental no sector da saúde

Northwestern National Life, *Employee Burnout: America's Newest Epidemic*, Northwestern National Life Insurance Co., USA, 1991.

Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J. & Vermeylen, G. *Fourth European working conditions survey*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2007. Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0698.htm>

Pedersen, K., 'Violence at the workplace. Danish Experiences with the Prevention of Violence in the Social and Health Care Sector', Social Development Centre SUS, Copenhagen, 2007.

Pollett, H., 'Mental health promotion: a literature review.' Prepared for the Mental Health Promotion Working Group of the Provincial Wellness Advisory Council. June 18th 2007.

SCMH, 'Policy Paper 8: Mental Health at Work: Developing the business case', London: The Sainsbury Centre for Mental Health, 2007.

Trinkoff, A.M. & Storr, C.L., 'Substance use among nurses: differences between specialties' *American Journal of Public Health*, Vol 88, 1998, pp. 581-588.

United States Department of Labor (2004). Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers. Retrieved 22 September 2009, from: <http://www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html>

Wang, P., Simon, G., Avorn, J., Azocar, F., Ludman, E., McCulloch, J., Petukhova, M. & Kessler, R., 'Telephone screening, outreach and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes', *Journal of the American Medical Association*, Vol 298, No 12, 2007, pp. 1401-1411.

World Health Organization, 'Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options', 2004, pp. 1-67. Available at: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

World Health Organization (2009). Mental health. Retrieved 22 September 2009, from: http://www.who.int/topics/mental_health/en/