

Organização Internacional do Trabalho



SOLVE:

**Integração da Promoção da Saúde
nas Políticas de Segurança e Saúde
no Trabalho (SST)**

Manual do Formador

Copyright © Organização Internacional do Trabalho 2012

As publicações do *Bureau* Internacional do Trabalho gozam da protecção dos direitos de autor em virtude do Protocolo 2 anexo à Convenção Universal sobre Direito de Autor. No entanto, breves extratos dessas publicações podem ser reproduzidos sem autorização, desde que mencionada a fonte.

Os pedidos para obtenção dos direitos de reprodução ou tradução devem ser dirigidos ao Serviço de Publicações da OIT (Rights and Permissions), International Labour Office, CH-1211 Geneva 22, Switzerland, ou por email: pubdroit@ilo.org. Os pedidos de autorização serão sempre bem-vindos.

As bibliotecas, instituições e outros utilizadores registados poderão reproduzir cópias de acordo com as licenças obtidas para esse efeito. Por favor consulte o sítio www.ifro.org para conhecer a entidade reguladora no seu país.

SOLVE: Integração da Promoção da Saúde nas Políticas de Segurança e Saúde no Trabalho (SST)

Também disponível em inglês: SOLVE : integrating health promotion into workplace OSH policies : trainer's guide / International Labour Office. - Geneva: ILO, 2012; ISBN: 9789221250296; 9789221250302 (web pdf); 9789221242819 (CD-ROM); em francês: SOLVE: Intégrer la promotion de la santé dans les politiques de sécurité et santé au travail: Guide du formateur ISBN: 978-92-2-225029-5 (print); 978-92-2-225030-1 (web pdf); 978-92-2-224281-8 (CD-ROM), Geneva, 2012; em espanhol: SOLVE: Integrando la promoción de la salud en las políticas de SST en el lugar de trabajo: Guía del formador ISBN 978-92-2-325029-4 (print); 978-92-2-325030-0 (web pdf); 978-92-2-324281-7 (CD-ROM), Geneva, 2012.

As designações constantes das publicações da OIT, designadamente em língua portuguesa, que estão em conformidade com as normas das Nações Unidas, bem como a forma sob a qual figuram nas obras, não refletem necessariamente o ponto de vista do Bureau Internacional do Trabalho, relativamente à condição jurídica de qualquer país, área ou território ou respetivas autoridades, ou ainda relativamente à delimitação das respetivas fronteiras.

A referência a nomes de empresas e produtos comerciais e a processos ou a sua omissão não implica da parte do Bureau Internacional do Trabalho qualquer apreciação favorável ou desfavorável.

As publicações da OIT, podem ser obtidas nas principais livrarias, ou nos Escritórios locais em muitos países, ou directamente através de ILO Publications, International Labour Office, CH-1211 Geneva 22, Switzerland.

Visite o sítio da internet: www.ilo.org/publns

Design: Valeria Morra, ITCILO.

Ilustrações: Enzo Fortarezza, ITCILO

Prefácio

Nos últimos anos, tem sido crescente a atenção prestada ao impacto de fatores psicossociais no local de trabalho, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. O stress no trabalho, esgotamento (*burnout*), assédio moral (*mobbing*) e outras formas de violência no trabalho são agora geralmente reconhecidos como questões globais, que afetam todos os países, todas as profissões e todos os trabalhadores. Também se aceita que esses fatores possam ter um impacto significativo sobre a saúde, o absentismo e o desempenho dos trabalhadores. O ritmo acelerado da globalização e do progresso tecnológico tem transformado o mundo do trabalho, resultando em riscos psicossociais emergentes, cuja abordagem requer uma rutura com os esforços tradicionais, que proporcione respostas mais eficazes.

Atualmente estão a ser realizadas em vários países investigações e intervenções para encontrar formas inovadoras para lidar com as consequências dos fatores psicossociais e, em particular, do stress relacionado com o trabalho. Estas iniciativas incluem práticas preventivas e incorporação de medidas de promoção da saúde, tais como uma boa nutrição, exercícios e outros estilos de vida saudáveis que contribuem para o bem-estar dos trabalhadores.

A promoção da saúde no local de trabalho tem um potencial para melhorar a vida no trabalho, e como tal é uma componente vital para melhorar a produtividade e o desempenho no local de trabalho. Integrar a promoção da saúde nas políticas de Segurança e Saúde no Trabalho (SST) beneficia tanto os trabalhadores como os empregadores, ao contribuir para o bem-estar a longo prazo dos trabalhadores e suas famílias, reduzindo a pressão sobre a saúde, bem-estar e sistemas de segurança social. Integrar medidas de promoção da saúde em sistemas de gestão de SST fortalece as práticas de saúde no trabalho, e contribui para a construção de uma cultura de prevenção.

O objetivo deste material de formação é contribuir para a formulação de políticas no local de trabalho e medidas preventivas, com base no conhecimento adquirido a nível mundial. Esta segunda edição do *Kit* de formação SOLVE baseia-se na experiência adquirida através da implementação do programa de formação SOLVE desde 2002. Além disso, também leva em conta as tendências mais recentes em matéria de riscos psicossociais emergentes e integra os elementos de promoção da saúde e bem-estar dos trabalhadores como elementos essenciais das políticas e práticas da SST no local de trabalho.

O *kit* de formação SOLVE defende que um sistema global de gestão da SST de gestão de riscos deve assegurar que, também inclui a avaliação e o controlo dos fatores psicossociais, para gerir adequadamente o impacto da mesma forma como é feito com outros perigos e riscos; e que as medidas de promoção da saúde, tais como a nutrição e a atividade física para a saúde são incorporadas na política da organização.

O material de formação destina-se aos gestores de recursos humanos, aos sindicatos, às organizações de empregadores, aos profissionais de SST bem como às instituições nacionais responsáveis pela saúde e bem-estar dos trabalhadores.

A OIT trabalha em prol do trabalho digno, trabalho seguro e dignidade humana. Fornecer mecanismos para lidar com os riscos psicossociais no trabalho, incorporando medidas preventivas e de promoção da saúde contribui para um mundo do trabalho mais digno e humano. À luz da recente crise financeira, este objetivo é mais do que nunca uma preocupação de todos.

Manuela Tomei

Diretora

Departamento de Proteção do Trabalho
(PROTRAV)

Seiji Machida

Chefe

Programa de SST e Meio Ambiente
(Safework)

Nota prévia

A primeira edição do SOLVE, publicado em 2002, foi concebida como uma resposta direta à necessidade dos constituintes da OIT para proteger os trabalhadores contra os riscos psicossociais emergentes e para promover a sua saúde e bem-estar no local de trabalho.

Esta segunda edição foi revista e ampliada consideravelmente para atender aos novos desafios de um mundo do trabalho em mutação. As exigências dos constituintes, diretores de curso, e dos utilizadores do *Kit* original de formação SOLVE também foram tidas em conta.

Os cinco temas originais foram revistos à luz dos desenvolvimentos científicos e boas práticas. A nova versão incorpora outros aspetos de promoção da saúde, tais como nutrição, sono saudável e atividade física. Como qualquer mudança na organização do trabalho e cultura local de trabalho exige uma avaliação de fatores psicossociais para gerir cuidadosamente e reduzir o stresse, também considera novas situações desafiadoras em tempos de mudança e que pode contribuir para o stresse económico. O novo programa de formação abrange nove temas relacionados com a promoção da saúde no local de trabalho de uma forma altamente interativa, com o objetivo de proporcionar aos participantes o conhecimento e as competências necessárias para integrar o tópico numa política de segurança e um programa de ação de saúde profissional e promoção da saúde no local de trabalho.

A OIT reconhece que, em tempos de crise financeira e social global e de mudança no local de trabalho, lidar com sucesso com os riscos psicossociais no local de trabalho é essencial para proteger a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, reforçando simultaneamente a produtividade. Pretende-se com este *kit* de formação contribuir para apoiar os constituintes da OIT e outros parceiros sociais na proteção da saúde dos trabalhadores e promoção do seu bem-estar.

Valentina Forastieri

Editora da 2ª edição revista do SOLVE

Coordenadora do Cluster Promoção da Saúde e Formação

Bureau Internacional do Trabalho

Genebra, Suíça

Índice

Prefácio	i
Nota prévia	iii
Agradecimentos	vii
Lista de acrónimos	ix
1. Introdução à nova edição	1
2. Gestão da promoção da saúde no trabalho	11
3. Stresse no trabalho	33
4. Álcool e drogas no trabalho	69
5. Violência no trabalho	115
6. VIH e SIDA no trabalho	147
7. Tabaco e fumo passivo	185
8. Alimentação no trabalho	211
9. Atividade física para uma vida saudável	255
10. Sono saudável	283
11. Stresse económico	311
12. Da conceção à ação	343

Agradecimentos

A segunda edição do SOLVE é uma versão revista e ampliada do curso original SOLVE, publicado em 2002. *SafeWork* gostaria de agradecer as contribuições de todos aqueles que estiveram envolvidos na elaboração, edição, revisão e validação do *Kit* de formação SOLVE na primeira e segunda edições. Além disso, gostaríamos de expressar a nossa gratidão e apreço pela generosa assistência dos diretores do curso, coautores dos capítulos técnicos do Manual dos formadores na segunda edição. Um agradecimento especial a Chiara Cirelli pela sua contribuição para esta edição. Ambas as edições receberam contributos das seguintes pessoas (referidas por ordem alfabética):

Primeira edição:

Vittorio **Di Martino**, ILO/Condit,
Editor First Edition, Genebra, Suíça

Abu **Bakar Che Man**, Departamento
de Segurança e Saúde no Trabalho,
Malásia;

Johari **Bin Basri**, Instituto Nacional
de Segurança e Saúde no Trabalho,
Malásia;

Giovanni **di Cola**, ILO/CODEV, Ge-
nebra, Suíça;

Enzo **Fortarezza**, ILO/MDP Interna-
tional Training Centre, Turin, Italy;

Amanda **Griffiths**, University of Not-
tingham, UK;

David **Gold**, ILO/SafeWork (Editor)
Genebra, Suíça;

Carin **Håkansta**, ILO/SafeWork Ge-
nebra, Suíça;

Asiah **Jaffar**, National Institute of Oc-
cupational Safety and Health, Malay-
sia;

Christian **Kroll**, Consultant, Germany;
Susan **Leather**, ILO/AIDS Genebra,
Suíça;

Mai-Li **Lim**, National Safety Council,
USA;

Michele **McClure**, ILO/MDP Interna-
tional Training Centre, Turin, Italy;

Valeria **Morra**, ILO/MDP Internatio-
nal Training Centre, Turin, Italy;

Mokar **Musri**, Department of Occu-
pational Safety and Health, Malaysia;

Irene **Nori**, ILO/SOCPRO Internatio-
nal Training Centre, Turin, Italy;

Salvator **Niyonzima**, UN/AIDS, Ge-
nebra, Suíça;

Judith **Peterson**, ILO/SafeWork, Ge-
nebra, Suíça;

Jaime **Pujol**, ILO International Train-
ing Centre, Turin, Italy;

Annette **Schaap**, ILO/SafeWork, Ge-
nebra, Suíça;

Behrouz **Shahandeh**, ILO/SafeWork;
Genebra, Suíça;

Jukka **Takala**, ILO/SafeWork Gene-
bra, Suíça;

Lynn **Villacorta**, ILO International
Training Centre, Turin, Italy;

Rudolph **Wabitsch**, UN Joint Medical
Service;

Nils-Petter **Wedegge**, Labour Inspecto-
rate, Norway.

Second edition:

Valentina **Forastieri**, ILO/SafeWork
Editora da Segunda Edição, Genebra, Suíça;

Syed **Mohammed Afsar**, ILO AIDS, Genebra, Suíça;

Janis **Anderson**, Harvard Medical School, USA;

Orfeu **Buxton**, Harvard Medical School, USA;

Joannah **Caborn**, ILO/SafeWork, Genebra, Suíça;

Chiara **Cirelli**, ILO/SafeWork, Genebra, Suíça;

Julia **Falldt**, ILO AIDS;

Enzo **Fortarezza**, ILO/MDP International Training Centre, Turin, Italy;

Eva **Gindre**, Office Cantonal de l'Inspection et des Relations du Travail (OCIRT), Genebra, Suíça;

David **Gold**, ILO/SafeWork, Genebra, Suíça;

Carin **Håkansta**, (ILO/SafeWork), Genebra, Suíça;

Stefano M. **Johnson**, ILO/MDP, International Training Centre, Turin, Italy;

Josée **Laporte**, ILO AIDS, Genebra, Suíça;

Sue **Leather**, ILO AIDS, Genebra, Suíça;

Stavroula **Leka**, University of Nottingham, UK;

Felix **Martin Daza**, ILO/SPP International Training Centre, Turin, Italy;

Michele **McClure**, ILO/MDP International Training Centre, Turin, Italy;

Valeria **Morra**, ILO/MDP International Training Centre, Turin, Italy;

Pratima **Murthy**, National Institute of Mental Health and Neuro-Sciences, India;

Lakshmi **Sankaran**, Christ University, Bangalore, India;

Joe **Shiels**, ILO/SafeWork, Genebra, Suíça;

Irene **Nori**, ILO/MDP International Training Centre, Turin, Italy;

Jane **Paul** Consultant, UK;

Cristina **Pierini**, ILO/MDP International Training Centre, Turin, Italy;

Tahira **Probst**, Washington State University, USA;

Alice **Rena**, ILO/SafeWork, Genebra, Suíça;

Luminita **Sanda**, NAC/TFI/NMH, WHO Genebra, Suíça;

Luvia **Soto**, psychologist and training specialist, Turin, Italy;

Bistra **Tzenova**, National Centre of Public Health Protection, Bulgaria;

Ilkka **Vuori**, Institute for Health Promotion Research, Finland.

Lista de Acrónimos

ART	Terapia Antirretroviral
ATV	Aconselhamento e Testes Voluntários
BCC	<i>Kit</i> de Ferramentas de Comunicação para a Mudança de Comportamento
CAS	Concentrações de álcool no sangue
CD	Disco Compacto
CDC	Centros de Controlo de Doenças
CEA	Agência Ambiental da Califórnia
COP	Conferência das Partes
CQCT	Convenção-Quadro para Controlo do Tabaco
CVF	Capacidade Vital Forçada
DCV	Doenças Cardiovasculares
DPOC	Doença Crónica Pulmonar Obstrutiva
EEE	Espaço Económico Europeu
EHN	Rede Europeia do Coração
ENWHP	Rede Europeia de Promoção da Saúde no Local de Trabalho
ETS	Fumo de tabaco ambiental
EU-OSHA	Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho
FHI	Saúde Familiar Internacional
GDD	Gestão de Dependência de Drogas
HDL	Lipoproteína de alta densidade (níveis elevados de colesterol bom)
HSE	Órgão Executivo de Saúde e Segurança
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
LDL	Lipoproteínas de baixa densidade (níveis elevados de mau colesterol)
LSD	Dietilamida do ácido lisérgico
NIDA	Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (National Institute on Drug Abuse)
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OMS SUPRE	Programa de Prevenção do Suicídio da Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental

ONU	Organização das Nações Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH / Sida
PAE	Programas de Assistência ao Empregador /no emprego (v espanhola)
PCP	Fenciclidina
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PLM	Síndrome de movimentos periódicos das extremidades (<i>Period Limb Movement Disorder</i>)
PPT	Apresentação de PowerPoint
PROTRAV	Departamento de Proteção do Trabalho
PTSD	Perturbação Stresse Pós-Traumático
PVVIH	Pessoas que Vivem com o VIH
RLS	Síndrome das Pernas Inquietas
RSI	Lesões por Esforços Repetitivos
SHS	Fumo de Tabaco Passivo (<i>Secondhand smoke</i>)
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SMSL	Síndrome de Morte Súbita Infantil
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SST	Segurança e Saúde no Trabalho
TB	Tuberculose
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UE	União Europeia
UNODC	Gabinete das Nações Unidas para o Controlo das Drogas e a Prevenção do Crime
VCT	<i>Voluntary Confidential Counselling</i>
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
WAPPA	Programa de Prevenção de álcool no local de trabalho de Bangalore
WHP	Promoção da Saúde no Local de Trabalho



Introdução à nova edição



Introdução à nova edição

O problema

A evidência científica mostra que, a longo prazo, o stresse relacionado com o trabalho pode contribuir para o aparecimento de lesões músculo-esqueléticas e outras doenças, incluindo a hipertensão e doenças cardiovasculares; pode também alterar funções do sistema imunológico, que por sua vez podem facilitar o desenvolvimento do cancro. Além disso o stresse relacionado com o trabalho também pode contribuir para a incapacidade de lidar com o trabalho bem como o empobrecimento de oportunidades de carreira e perspectivas de emprego. Também pode levar indiretamente a problemas dentro e fora do local de trabalho, como a violência; o abuso de drogas, do tabaco e do álcool; relações familiares tensas; depressão e até suicídio. Isto representa custos potencialmente elevados, tanto em termos de sofrimento humano como de carga económica.

O stresse relacionado com o trabalho, o uso de tabaco e a exposição ao fumo de tabaco alheio, o abuso de drogas e álcool, a violência e o VIH e SIDA são as maiores ameaças à sobrevivência de uma empresa. Em conjunto, podem ser responsáveis por um grande número de acidentes de trabalho, doenças profissionais, provocar lesões, mal-estares, invalidez e morte. Estes problemas têm um impacto considerável na produtividade, nos custos diretos e indiretos, e sobre a própria existência da empresa. Independentemente do grau de desenvolvimento de um país, esses problemas afetam quase todos os países, todos os setores e todas as categorias de trabalhadores.

Em contrapartida, muitos efeitos nocivos de comportamentos de estilo de vida, como o tabagismo, abuso de álcool e de drogas, deficiências nutricionais e a inatividade também podem potenciar ao interagir com os perigos no local de trabalho. A combinação dos seus efeitos pode aumentar os riscos para a saúde dos trabalhadores. No entanto, a detecção precoce e tratamento adequado de doenças incipientes reduzem a mortalidade e diminuem a frequência e grau de deficiência residual de muitas doenças profissionais relacionadas com o trabalho. Existem evidências crescentes de que a eliminação ou limitação desses riscos para a saúde podem também prevenir ou atrasar o aparecimento de risco de vida, como derrames cerebrais, doenças coronárias e o cancro.

Os custos económicos e sociais

Há custos consideráveis para o trabalhador individual em termos de estigmatização, distúrbios de saúde física e mental, incapacidade para o trabalho, de risco de perda de emprego, de relacionamentos tensos ou de fratura em casa, e até mesmo a morte. Na empresa, estes problemas resultam em perturbações no trabalho, aumento do absentismo, rotatividade de pessoal, transferências e reconversão profissional do pessoal, e por outro lado redução da motivação dos trabalhadores, diminuição da satisfação e da criatividade, bem como do empobrecimento da imagem pública. O efeito global é uma perda significativa de produtividade e diminuição da competitividade da empresa. O

que se sabe, provavelmente representa apenas a ponta do iceberg. Os custos diretos e indiretos relacionados com estes problemas estão apenas a começar a ser quantificados.

Stresse: Um estudo recente realizado pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho revelou que, em média, 22 por cento da mão-de-obra europeia está sob stresse, com níveis acentuadamente mais elevados nos Estados Membros mais recentes da UE (30 por cento) do que nos Estados Membros mais antigos (20 por cento) (EU-OSHA, 2009).

Drogas e álcool: Estima-se que até 54 por cento dos incidentes relacionados com o álcool (tais como acidentes, conflitos, absentismo, delitos, etc) são atribuídos a consumidores leves de bebidas, com 87 por cento do total atribuído entre consumidores ligeiros e moderados (Becker, 2001).

Violência: Muitas pesquisas nacionais revelaram que entre 40 por cento e 90 por cento das mulheres inquiridas sofreram algum tipo de assédio sexual no decurso da sua vida profissional (Hunt *et al.*, 2007).

VIH e SIDA: Em 2009, um número estimado de 1,8 milhões de pessoas morreram de Sida e nesse mesmo ano, 2,6 milhões de pessoas foram infetadas. A região mais afetada é a África Subsaariana, que abriga 22,5 milhões de pessoas que vivem com o VIH, 68 por cento do total mundial (UNAIDS, 2010).

Tabaco: A menos que sejam tomadas medidas urgentes, o tabaco pode matar mil milhões de pessoas durante o século XXI. Em 2030, mais de 80 por cento das mortes relacionadas com o tabaco será em países em desenvolvimento (OMS, 2008).

Nutrição: Estima-se que existam mais de 300 milhões de pessoas obesas em todo o mundo (OMS, 2006).

Atividade física: associada no Reino Unido a um risco 25 por cento menor de cancro do intestino e da mama (Cancer Research UK). De acordo com a OMS, noventa por cento das pessoas com diabetes, têm diabetes tipo 2, que está intimamente relacionado com a falta de atividade física e excesso de peso (OMS, 2009).

Sono Saudável: As investigações mostram que os indivíduos que sofrem de privação de sono e distúrbios do sono são menos produtivos, têm uma maior utilização dos cuidados de saúde, e uma maior probabilidade de sofrer lesões (Colten; Altevogt, 2006).

Stresse económico: em 2008 a taxa de desemprego mundial estava estimada em 6,6 por cento (OIT, 2010a). A crise económica resultou em mais 7,8 milhões de trabalhadores jovens a enfrentar o desemprego, elevando o total para cerca de 81 milhões, ou 13 por cento a nível global (OIT, 2010b).

A resposta

Estão a ser desenhados programas de promoção da saúde no local de trabalho para permitir que os trabalhadores enfrentem mais eficazmente os fatores psicossociais que contribuem para os problemas relacionados com o trabalho, pessoais ou problemas familiares que possam ter impacto no seu desempenho e bem-estar no trabalho, tais como stresse, a violência ou o abuso de álcool e drogas. Infelizmente, a maioria destas iniciativas enfrentam os problemas apenas a partir de uma perspetiva individual, sem

levar em conta os fatores organizacionais ou de relações de trabalho. Para a OIT, a promoção da saúde no local de trabalho é eficaz quando complementa a promoção da segurança e saúde no trabalho, integrando-as nas práticas de gestão da SST, a fim de prevenir acidentes e doenças, e quando contribuem para proteger e melhorar a saúde e o bem-estar de homens e mulheres no trabalho.

Os princípios fundamentais dessa abordagem encontram-se na Convenção (N.º 155) sobre Saúde e Segurança Profissional e a Recomendação (N.º 164) de 1981, bem como na Convenção (N.º 161) sobre os Serviços de Saúde no Trabalho e a sua Recomendação (N.º 171). Os Serviços de saúde ocupacional têm funções de prevenção e de aconselhamento, e são responsáveis por apoiar os empregadores, trabalhadores e os seus representantes no cumprimento dos requisitos de estabelecimento e manutenção de um ambiente de trabalho seguro e saudável, que propicia uma saúde física e mental ideal em relação ao trabalho. Estes incluem a adaptação do trabalho para se adequar às capacidades dos trabalhadores, tendo em conta o seu estado de saúde física e mental.

O local de trabalho tornou-se um local ideal para abordar os riscos psicossociais emergentes através da ação conjunta de empregadores, trabalhadores e autoridades nacionais. Isto implica uma prática profissional de segurança e saúde que envolve:

- a prevenção de doenças relacionadas com o trabalho, bem como dos acidentes de trabalho;
- a melhoria das condições de trabalho e organização do trabalho;
- a incorporação de riscos psicossociais nas medidas de avaliação de risco; e
- a avaliação das necessidades da própria organização, tendo em consideração os diferentes níveis de interação organizacional, individuais e individual organizacional quando avaliar os requisitos de saúde dos trabalhadores.

Neste contexto o SOLVE é uma ferramenta que pode contribuir para a abordagem dos perigos e riscos psicossociais no local de trabalho. A vantagem comparativa da OIT reside na sua experiência na abordagem do diálogo social, o que resultou na implementação de iniciativas no ambiente de trabalho e na comunidade bem-sucedidas, destinadas a resolver estes problemas com a participação dos empregadores, trabalhadores, profissionais de SST, dos governos, decisores políticos, serviços públicos e ONG.

O material de formação

Este material de formação foi desenvolvido pelo Programa Internacional da OIT para a Segurança, Saúde no Trabalho e Meio Ambiente (*SafeWork*), da OIT em colaboração com o Centro Internacional de Formação da OIT em 2002. Conhecido como SOLVE, prevê um curso de formação interativo de seis dias com o objetivo de proporcionar aos participantes de empresas, organizações e instituições, os conhecimentos e competências para incorporar uma estratégia de promoção da saúde numa política abrangente de trabalho em matéria de SST para o local de trabalho.

Este material de formação foi concebido para complementar:

- A definição de saúde no trabalho do Comité Conjunto da OIT / OMS sobre Saúde no trabalho: “A saúde no trabalho deve ter como objetivo a promoção e manutenção ao mais alto nível de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as profissões [...]”.

- Convenção (N.º 161) da OIT sobre os Serviços de Saúde no Trabalho, 1985 e a Recomendação (N.º 171).
- O código de práticas da OIT sobre a gestão das questões relacionadas com o álcool e drogas nos locais de trabalho (1996).
- A Recomendação (N.º 200) da OIT sobre a Infecção VIH e Sida e o Mundo do Trabalho, 2010 (Recomendação 200).
- As Diretivas da OIT relativas à Segurança do Trabalho e Sistemas de Gestão de Saúde (2001).
- O código de práticas da OIT, Colectânea das Diretivas Práticas da OIT sobre o VIH/sida e o mundo do trabalho, 2001.

O SOLVE foi concebido para oferecer uma resposta integrada no local de trabalho para abordar o stresse, a violência, o consumo de tabaco e a exposição passiva ao fumo, o abuso de drogas e de álcool, e o VIH e Sida. O SOLVE também introduziu um enfoque inovador, em que a saúde, segurança e o bem-estar dos trabalhadores se tornou parte integrante do desenvolvimento da organização da sustentabilidade económica, contribuindo para a produtividade e competitividade na economia mundial globalizada. O SOLVE oferece as ferramentas para o desenho de políticas e para a adoção de medidas imediatas para reduzir ou eliminar os riscos emergentes associados a esses problemas no local de trabalho.

Para atingir estes objetivos o SOLVE:

Centra-se nas pessoas: Os trabalhadores são cada vez mais reconhecidos como o ativo crucial para o sucesso de qualquer empresa. O seu bem-estar é fundamental para o desenvolvimento da “nova” empresa flexível, orientada para a qualidade, baseada no conhecimento, saudável e competitivo.

É Preventivo: Em termos de custos e a prevenção é uma forma muito mais bem-sucedida para tomar medidas do que esperar que surja um problema significativo. Uma organização do trabalho e ambiente de trabalho saudável são pré-requisitos para o sucesso de uma empresa produtiva.

Incorpora a perspectiva de género: É dada atenção à forma como os riscos psicossociais afetam homens e mulheres. Nas atividades de formação e de promoção, o SOLVE procura o equilíbrio de género e evita papéis específicos de género.

Está orientado para resultados: O sucesso só pode ser medido pelos resultados no trabalho. Tomar medidas para promover mudanças no local de trabalho deve ser o seguimento natural do SOLVE.

Adaptável: As situações são complexas e as soluções são múltiplas. Uma abordagem única para qualquer problema não funciona em todos os ambientes e culturas. São apresentadas e discutidas várias abordagens e opções, de modo que os utilizadores possam desenvolver programas e ações que respondam às suas necessidades específicas e circunstâncias.

Auto-sustentável: Os programas e meios de ação desenvolvidos para atender às necessidades de empregadores e de trabalhadores devem mostrar resultados positivos, poderem ser modificados a fim de responder a circunstâncias mutáveis, e ser rentáveis.

O programa de formação apela para a ação sustentável, que pode ser facilmente seguido e com uma boa relação custo-eficácia numa empresa.

O material de formação SOLVE está projetado para uma abordagem participativa, uma vez que todos os participantes devem ter um papel ativo na concepção da política de SST e para o programa de promoção da saúde. Com base no modelo de formação de formadores a partir de métodos de ensino e teorias de aprendizagem de adultos, está concebido para se desenvolver a partir do conhecimento dos participantes durante o curso, e para apoiar a concepção do posto de trabalho em programas conjuntos de gestão do trabalho. Além disso, não está escrito num estilo académico ou erudito, mas está mais orientado para a prática e utiliza uma linguagem mais concreta, do dia-a-dia.

A nova versão revista inclui dois manuais que tratam dos 12 temas seguintes: Introdução ao método; gestão da promoção da saúde no local de trabalho; stresse relacionado com o trabalho; álcool e drogas no local de trabalho; violência no trabalho; VIH e sida no trabalho; tabaco e o fumo passivo; nutrição no trabalho; atividade física para a saúde; sono saudável; stresse económico e do conceito à ação.

1. Manual do Participante: Cada módulo, um por tema, inclui informações notas e um conjunto de exercícios, cópias de apresentações do PowerPoint e uma lista de verificação com sugestões práticas para orientação dos participantes na concepção e programa da política de promoção da saúde.
2. Manual do Formador: Inclui 12 módulos desenhados para fornecer aos formadores um guia estruturado para desenvolver as competências essenciais na formação da promoção em saúde no trabalho, com informação técnica sólida sobre todos os temas abordados no SOLVE. Isto é complementado por um folheto de plano de aula destinado a orientar o formador das sessões de formação na organização e apresentação do curso.
3. Apresentações PPT. Disponível em espanhol, francês e inglês um CD com a versão eletrónica dos manuais, dos PPT de apresentação e dos materiais de referência complementares.

O público-alvo

Este *kit* de formação destina-se a estimular a ação; o seu público principal é composto por gestores, supervisores, trabalhadores e seus representantes, médicos do trabalho e engenheiros de segurança, que têm um interesse concreto na introdução de programas de prevenção relacionados com os riscos psicossociais e promoção da saúde na sua empresa. Numa perspetiva mais ampla, um público potencial secundário (mas não menos importante) será composto por decisores políticos, bem como funcionários de governos, organizações de trabalhadores e empregadores com um interesse direto nessa área. Foi concebido com uma abordagem de formação de formadores, de modo a divulgá-lo amplamente através de instituições, organizações e empresas que lidam com a promoção da saúde no local de trabalho.

A abordagem SOLVE

A OIT concebeu o SOLVE com o objetivo de integrar a promoção da saúde no local de trabalho nas políticas de SST. O curso de formação SOLVE centra-se na promoção da saúde e bem-estar no trabalho através da formulação de políticas e ações que abordam as seguintes áreas e as suas interações:

- Saúde Psicossocial:
 - Stresse;
 - A violência psicológica e física;
 - Fatores de stresse económico.
- Vícios potenciais:
 - Consumo de tabaco;
 - Consumo de álcool e drogas.
- Estilos de vida:
 - Alimentação;
 - Exercício ou atividade física;
 - Sono saudável;
 - VIH e Sida.

Em seis dias, este novo curso de formação SOLVE abrange estes nove temas relacionados com a promoção da saúde no local de trabalho de uma forma altamente interativa, com o objetivo de proporcionar aos participantes conhecimentos e competências para integrar esses tópicos na política de segurança e saúde profissional e ação. Na abordagem destes problemas, os representantes dos empregadores e dos trabalhadores podem contribuir para o bem-estar dos trabalhadores, para uma maior produtividade, uma menor rotatividade, menor absentismo e uma redução de custos para as empresas. O SOLVE usa a abordagem de diálogo social para promover a implementação de iniciativas bem-sucedidas no local de trabalho e na comunidade, com o envolvimento de empregadores, trabalhadores, governos, serviços públicos e organizações não-governamentais.



Figura 1.1 A abordagem SOLVE destaca a interrelação de diferentes áreas da promoção da saúde



Gestão da promoção da **saúde** no trabalho



1. Introdução

A rápida globalização e o progresso tecnológico transformaram a forma de trabalhar em todo o mundo. Nalguns casos foram reduzidos ou eliminados muitos dos perigos e riscos tradicionais, noutros apareceram novos riscos registando-se ainda noutros casos um aumento dos riscos existentes. Como resultado desta situação, as empresas colocaram um grande ênfase na prevenção de acidentes de trabalho e doenças profissionais através de sistemas de gestão de SST. Mais de dez anos de implementação global desses sistemas demonstraram que garantir bons padrões de saúde e segurança é positivo para a produtividade empresarial e para a qualidade do emprego.

Entre os riscos emergentes mais importantes no local de trabalho encontram-se os riscos psicossociais e os seus resultados. O stress relacionado com o trabalho, o esgotamento (*burnout*), o assédio moral e outras formas de violência e o consumo abusivo de álcool e drogas, têm vindo a ser geralmente reconhecidos como questões globais que afectam todos os países, profissões e trabalhadores e que tem um impacto importante na saúde, absentismo e desempenho dos trabalhadores.

Assim, o local de trabalho tornou-se o local ideal para abordar os riscos psicossociais emergentes para proteger a saúde e o bem-estar de todos os trabalhadores. Isto contribuirá igualmente para melhorar o desempenho e a produtividade no local de trabalho ao aumentar o bem-estar a longo prazo dos trabalhadores e das suas famílias e reduzir a pressão sobre as empresas e sobre os sistemas de saúde, bem-estar e segurança social.

Neste contexto, um sistema abrangente de gestão de SST deve garantir que a gestão do risco inclui, igualmente, os riscos psicossociais para gerir eficazmente o seu impacto, da mesma forma que se faz com os outros riscos no local de trabalho, bem como para melhorar as práticas preventivas através da incorporação de medidas de promoção da saúde.

Não obstante, é necessária e essencial uma abordagem que rompa com os esforços individuais tradicionais para encontrar formas inovadoras de lidar com as consequências dos riscos psicossociais e do stress relacionado com o trabalho. Devem ser tomados em consideração todos os fatores individuais e organizacionais que possam contribuir para os riscos psicossociais no sentido de adaptar o trabalho às capacidades dos trabalhadores e aos seus requisitos de saúde física e mental. Além disso é importante considerar as relações laborais e sociais como fatores que têm igualmente impacto na produtividade da empresa.

2. O que é a promoção da saúde no local de trabalho (PSLT)?

A expressão “promoção da saúde no local de trabalho” (PSLT) é interpretada de maneiras distintas pelos diferentes intervenientes. Muitas empresas/organizações podem estar a empreender atividades de promoção da saúde sem se aperceberem de que o estão a fazer. Outras podem estar a dar prioridade a medidas de promoção da saúde tais como a promoção de hábitos saudáveis em vez de à prática de SST.

Nos últimos anos, os programas de promoção da saúde no local de trabalho têm sido principalmente concebidos para apoiar os trabalhadores a desenvolverem competências para gerirem as suas doenças crónicas e se tornarem proativos com os seus cuidados de saúde. Estes programas vão continuar a desenvolver-se e a expandir-se à medida que a população ativa vai envelhecendo e os problemas crónicos de saúde vão impondo crescentes encargos nos sistemas de saúde e nas economias nacionais.

Para a OIT, um programa eficaz de promoção da saúde no local de trabalho (PSLT):

- 1) Complementa as medidas de saúde e segurança no trabalho e integra-se no sistema de gestão da SST da organização. Desta forma, contribui para o estabelecimento e manutenção de um ambiente de trabalho seguro e saudável reforçando a qualidade de vida laboral e acrescentando uma saúde física e mental ótima no trabalho.
- 2) Contribui igualmente para capacitar os trabalhadores a lidar de forma mais eficaz com os riscos psicossociais e os problemas relacionados com o trabalho, pessoais ou familiares, que podem ter impacto sobre o seu bem-estar e desempenho profissional, como o stresse, a violência ou o consumo abusivo de álcool e drogas.
- 3) Apoia os trabalhadores no desenvolvimento de competências para a gestão das suas doenças crónicas e a tornar-se proativos na melhoria dos seus cuidados de saúde e hábitos de vida, na qualidade da sua dieta alimentar, hábitos de sono e forma física.
- 4) Isto implica que as medidas empreendidas não devem apenas abordar estes temas dum ponto de vista individual mas também coletivo o que está intimamente ligado com a melhoria das condições de trabalho, o ambiente e a organização do trabalho, bem como com os contextos familiares, comunitários e sociais. A PSLT é o esforço combinado de empregadores, trabalhadores, as suas comunidades e a sociedade para melhorar a saúde e o bem-estar de homens e mulheres no trabalho.

O modelo ecológico

O modelo ecológico reconhece que existem muitos fatores com influência nos riscos psicossociais e nos seus efeitos para a saúde, por exemplo, quando e quanto uma pessoa fuma ou bebe; ou os seus hábitos alimentares, ou como situações com um nível de stresse aparentemente igual conduzem a consequências radicalmente diferentes para pessoas distintas. O comportamento humano é determinado por uma causalidade recíproca entre muitas áreas da vida; por exemplo, as ações das pessoas têm impacto sobre

o meio ambiente, mas o meio ambiente tem repercussões sobre as pessoas numa série de interligações complexas.



Figura 2.1: O modelo ecológico (Adaptação de McLeroy *et al.* 1988)

Estas interações complexas são compostas pelos seguintes fatores:

Fatores intrapessoais: características individuais da pessoa que são modificáveis, como o conhecimento, atitudes, competências, ou ações que podem ou não corresponder a expectativas sociais.

Relações interpessoais: Relações com a família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho e conhecidos, que podem influenciar fortemente o comportamento que as pessoas adotam perante a sua saúde. Estas relações ligam a pessoa à sua família, ao seu ambiente social, ao seu trabalho e à comunidade em que estão inseridos.

Fatores organizacionais: grupos no local de trabalho, profissionais ou agrupamentos comunitários, escolares ou religiosos podem ter efeitos positivos ou negativos sobre a saúde. Podem atuar como uma fonte de modelos inúteis de comportamento e de informações falsas sobre a saúde, mas podem igualmente funcionar como recursos para suportar a promoção da saúde e ajudar as pessoas a fazerem escolhas saudáveis. Para alterações comportamentais a longo prazo o apoio do local de trabalho é essencial.

Fatores comunitários: Desempenham um papel chave na definição e priorização dos problemas de saúde que precisam de ser abordados e na identificação dos recursos disponíveis para o fazer. Para além das organizações formais que trabalham na área, é ainda de destacar o papel dos atores mais informais, tais como redes sociais informais e familiares, bem como entre organizações formais que trabalham na área. É vital que estes atores comunitários coordenem as suas ações e aproveitem mutuamente os seus pontos fortes em vez de trabalharem em conflito entre eles para conseguirem as intervenções mais eficazes em matéria de saúde.

Políticas públicas: Políticas normativas, procedimentos e legislação (a nível nacional, regional ou local) que visam a proteção da saúde das comunidades. Estas políticas cada vez mais abordam as áreas da promoção da saúde e das doenças crónicas de longa duração. A sensibilização pública generalizada para os riscos para a saúde e de que forma os evitar tem de integrar a política pública.

A importância da dimensão de género

A proporção crescente de mulheres no mercado de trabalho levanta uma série de questões relacionadas com o género sobre os diferentes efeitos dos riscos associados ao trabalho nos homens e nas mulheres. As mulheres trabalhadoras estão numa situação particularmente desvantajosa devido a estruturas e conceções do mercado de trabalho ultrapassadas e a atitudes discriminatórias. Assim, as medidas gerais dirigidas a todos os trabalhadores não atingem necessariamente os mesmos objetivos desejados para as mulheres trabalhadoras.

Por um lado, a concentração de mulheres em determinadas profissões conduz a um padrão específico de lesões e doenças; por outro lado, determinadas condições de trabalho tem efeitos distintos para homens e mulheres: a exposição a substâncias perigosas ou a agentes biológicos sobre a saúde reprodutiva, as exigências físicas do trabalho pesado, a conceção ergonómica dos locais de trabalho, os riscos psicossociais e a duração do horário de trabalho (especialmente quando tem de ser tomadas em consideração tarefas domésticas).

Há ainda outras diferenças relativamente à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras: por exemplo, a atitude das mulheres face ao tabaco é distinta da dos homens; as mulheres têm maior probabilidade de serem vítimas de violência física mas apresentam uma probabilidade idêntica de serem perpetradoras de violência psicológica; as mulheres e os homens têm diferentes hábitos alimentares e de atividade física; as mulheres são mais afetadas pelas doenças profissionais e os homens por acidentes graves; há mais mulheres em empregos de reduzida responsabilidade e de elevada exigência o que contribui para os altos níveis de stresse; há mais mulheres do que homens a sofrer de lesões por esforços repetitivos e assédio sexual no trabalho.

Ao aplicar o modelo ecológico, deve ser reconhecida a relação entre a saúde e os papéis de género e entre a saúde da mulher e os seus papéis socioeconómicos. Quando se implementam medidas de gestão e prevenção dos riscos no local de trabalho devem ser tidos em conta os papéis da mulher (responsabilidades familiares e domésticas).

As políticas de promoção da saúde que incorporem as necessidades das mulheres trabalhadoras tem de tomar em consideração os seus três papéis: de responsabilidades domésticas, de mães e de trabalhadoras. Os efeitos sobre a saúde de cada um destes papéis e os potenciais conflitos e contradições entre eles tem de ser tomados em consideração.

3. Porquê integrar a promoção da saúde nas políticas de saúde e segurança no trabalho?

O conceito de promoção da saúde provém originalmente de uma perspetiva de saúde pública. A definição de saúde pública da OMS foi adotada na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que teve lugar em Otava no Canadá em novembro de 1986. Na Carta que emergiu da Conferência, e que ainda hoje é considerada como uma das bases do consenso internacional sobre promoção da saúde, o local de trabalho é claramente reconhecido como um dos componentes chave para uma promoção da saúde bem-sucedida, quando refere: “a forma como a sociedade organiza o trabalho deve ajudar a criar uma sociedade saudável. A promoção da saúde gera condições de vida e de trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis.” A Carta de Otava identifica igualmente os pré-requisitos fundamentais para a saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS)

Carta de Otava para a Promoção da Saúde (1986):

“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 setor da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar.”

Pré-requisitos para a saúde

As condições básicas e os recursos fundamentais para a saúde são:

- paz;
- alojamento;
- educação;
- alimentação;
- recursos económicos;
- um ecossistema estável;
- recursos sustentáveis;
- justiça social, e equidade.

A melhoria da saúde exige uma base sólida fundamentada neste pré-requisitos básicos.

Fonte: Carta de Promoção da Saúde de Otava; reimpressa na OMS em 2009.

Estes requisitos prévios para a promoção da saúde são consistentes com a definição da saúde no trabalho adotada pelo Comitê Misto OIT/OMS de Saúde no Trabalho e a abordagem conjunta da OIT e da OMS;

“A promoção e a manutenção do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social em todas as profissões”

A Convenção (N.º 161) sobre Serviços de Saúde no Trabalho da OIT, de 1985 define o papel dos serviços de medicina no trabalho como tendo funções preventivas e de assessoria e assumindo a responsabilidade por apoiar os empregadores, trabalhadores e os seus representantes no estabelecimento de um ambiente de trabalho seguro e saudável que propicie saúde física e mental no trabalho. Estas funções incluem a adaptação ao trabalho para se ajustar às capacidades dos trabalhadores tendo em conta o seu estado de saúde física e mental. Assim, eles também podem desempenhar um importante papel de aconselhamento na promoção da saúde no local de trabalho.

Outros textos chave da OIT relacionando a SST e a Saúde Pública

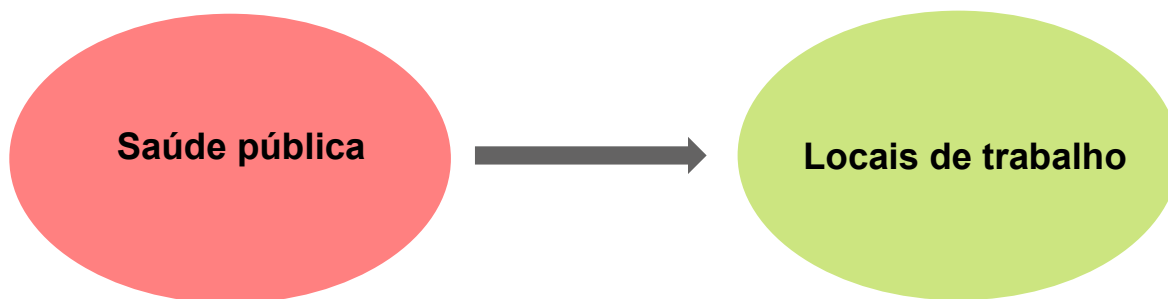
- Recomendação (N.º 197) sobre o Quadro Promocional para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2006

“O programa nacional para a segurança e saúde no trabalho deverá ser coordenado, sempre que necessário, com outros programas e planos nacionais, como os relativos à saúde pública”

- Saúde e vida no trabalho: Um direito humano básico. O Relatório da OIT para o dia da Saúde e Segurança no Trabalho 2009:

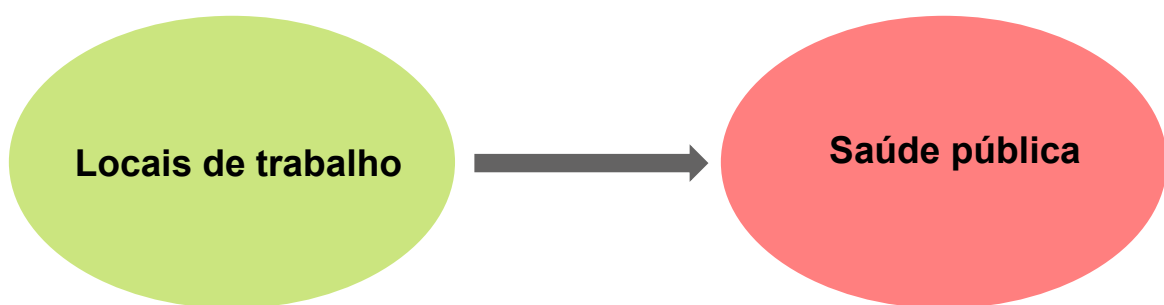
“Princípios fundamentais nas normas fundamentais do trabalho em SST: a promoção da saúde no local de trabalho é parte integrante das práticas de SST.”

De que forma a saúde pública influencia os locais de trabalho?



Quando tomamos em consideração o estado de saúde geral e o bem-estar dos trabalhadores, e os custos para as empresas resultantes do elevado absentismo por doenças dos trabalhadores ou das incapacidades a longo prazo, não é difícil compreender de que forma a precariedade da saúde afeta os locais de trabalho. No caso das doenças crónicas de longo prazo como é o caso das doenças cardíacas ou do cancro, podem perder-se trabalhadores especializados que serão muito difíceis de substituir. Por outro lado, os trabalhadores que se ausentam com frequência por razões de saúde podem não estar em condições de manter e atualizar as suas competências necessárias para continuarem a ser trabalhadores eficazes na organização.

De que forma os locais de trabalho influenciam a saúde pública?



As condições de trabalho constituem um dos muitos fatores que determinam a saúde pública. Muitos trabalhadores passam uma grande parte das suas horas de vigília no trabalho, de forma que as condições em que o executam podem influenciar a sua saúde tanto quanto as outras condições de vida.

A saúde pública e as preocupações relacionadas com o trabalho não são relevantes em si mesmas nem sequer ocorrem apenas nos grupos “lógicos” acima referidos. Na realidade, cada um desses fatores pode provocar desequilíbrios em qualquer das outras áreas. Por exemplo, o stresse relacionado com o trabalho pode conduzir à falta de sono, que por sua vez ocasiona fadiga, esgotamento ou violência, abuso de álcool ou drogas para lidar com o stresse prolongado. Assim, um programa de promoção da saúde no local de trabalho que aborde, por exemplo, o consumo de álcool, mas não o stresse que o estimula não tem probabilidades de ser bem-sucedido, e a violência psicológica que pode resultar dos dois problemas continuará a aumentar no local de trabalho e a reduzir a moral e a produtividade. Da mesma forma, incentivar os trabalhadores a fazer exercício como ir de bicicleta para o trabalho, mas não melhorar a qualidade dos alimentos disponíveis no local de trabalho não terá o esperado impacto ótimo sobre a saúde. Qualquer programa de promoção da saúde no trabalho deve analisar as inter-relações das necessidades dos trabalhadores envolvidos e abordar todas as questões que eles enfrentam de forma integrada para obter o impacto desejado e justificar o investimento realizado. Tal como é evidente nos exemplos referidos que estes fatores podem gerar um ciclo vicioso no qual se influenciam negativamente uns aos outros, podem igualmente exercer uma influência positiva; por exemplo, uma dieta alimentar melhorada pode abrandar a progressão do VIH/SIDA, a prática regular de atividade física pode melhorar a forma física e o sono e a perda de peso pode melhorar as perturbações do sono como a apneia.

Um exemplo recente que ilustra esta relação positiva é a proibição de fumar no trabalho. Até há relativamente pouco tempo, o tabaco tinha sido amplamente considerado como uma questão de saúde pública. Os esforços para prevenir o uso do tabaco em muitos países consistiam tradicionalmente em campanhas de sensibilização, acompanhadas por impostos elevados sobre os produtos do tabaco e tentativas de restringir o seu acesso aos jovens. Estas medidas não foram mal sucedidas, mas mais recentemente as proibições de fumar no local de trabalho têm tido um efeito drástico sobre as taxas globais de tabagismo. Dado que se tornou evidente que muitos locais públicos são na realidade locais de trabalho, estas proibições sobrepuaram-se às já existentes.

Neste caso, uma modificação nas condições de trabalho acabou por ser a chave para alcançar um progresso significativo numa questão de saúde pública da maior relevância. Em vez de permitir que os locais de trabalho fossem impregnados pelo fumo do tabaco, o qual reconhecidamente prejudica a saúde dos não fumadores e dos fumadores, foram impostas restrições sobre onde se podia fumar. A qualidade do ar nos locais de trabalho melhorou para os não fumadores, e complementarmente a organização do trabalho foi ajustada. Nalguns casos, foram implementadas pausas para fumar e noutros alguns empregadores criaram áreas para uso exclusivo dos fumadores.

Como demonstram os números do quadro anterior, as alterações nas condições de trabalho que resultaram na imposição de fortes restrições ao consumo de tabaco tiveram como consequência que os fumadores ou deixaram o vício ou passaram a fumar menos o que se traduziu em benefícios consideráveis para a saúde pública que vão aumentando ao longo do tempo.

As proibições de fumar reduzem rapidamente os ataques cardíacos:

- No primeiro ano após a proibição: em 15 por cento
- Após três anos: em 36 por cento

Lightwood; Glantz, 2009.

As proibições de fumar podem melhorar rapidamente a saúde pulmonar dos trabalhadores de bares

- Dois meses após a proibição: redução de 26 por cento no número de trabalhadores dos bares com sintomas respiratórios
- Os trabalhadores de bares que sofriam de asma apresentaram uma redução nas inflamações das vias respiratórias e melhoraram significativamente a sua qualidade de vida, especialmente no trabalho.

Menzies *et. al.*, 2006.

Porque razão se deve investir na promoção da saúde no local de trabalho (PSLT)?

Na base de uma empresa bem-sucedida estão as pessoas que trabalham nela e a sua cultura organizacional. Num ambiente sustentável, trabalhadores saudáveis sentem-se melhor e com mais saúde, o que por sua vez gera menor absentismo, aumenta a motivação e melhora a produtividade; uma imagem positiva e uma responsabilidade social corporativa consistente contribui para a capacidade de recrutar as melhores pessoas e

reduzir a rotatividade.

Alguns estudos na Europa sobre a promoção da saúde no local de trabalho mostram que cada euro investido tem um retorno sobre o investimento de 2,5 euros a 4,8 euros na redução dos custos com o absentismo (BKK BV e HVVG, 1996).

Os programas de PSLT são um investimento empresarial eficaz uma vez que podem fortalecer e ampliar os programas de saúde e segurança no trabalho existentes ao contribuírem para a manutenção da condição física e da saúde dos trabalhadores, protegerem a sua capacidade de trabalho e permitindo-lhes manter-se membros ativos e produtivos da sociedade e simultaneamente contribuir para o bem-estar dos trabalhadores e das suas empresas com práticas laborais mais eficientes e lucrativas.

Exemplos de interações

Universo de comportamentos relacionados com a saúde precária:

Dados dos EUA mostram que as pessoas que dormem normalmente menos do que as 7-8 horas recomendadas por noite, tendem a fumar mais, têm maior probabilidade de ser obesas, são menos ativas fisicamente e tendem a beber mais.

- 38 por cento dos adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 44 anos que dormem menos de 6 horas são fumadores, em comparação com 21 por cento dos que dormem 7 a 8 horas;
- 33 por cento dos adultos que dormem menos de 6 horas são obesos comparados com 22 por cento dos que dormem 7 a 8 horas;
- 44 por cento dos adultos que dormem menos de 6 horas são fisicamente inativos em comparação com
- 38 por cento dos que dormem 7 a 8 horas;
- 31 por cento dos homens que dormem menos de 6 horas declararam serem fortes consumidores de bebidas alcoólicas em comparação com 27 por cento dos que dormem 7 a 8 horas.

Comportamentos saudáveis e saúde no trabalho:

Um estudo a enfermeiras e soldados demonstrou que os trabalhadores que fumavam e não faziam exercício tinham maior probabilidade de sofrer de lombalgias profissionais.

Schoenborn; Adams, 2008.

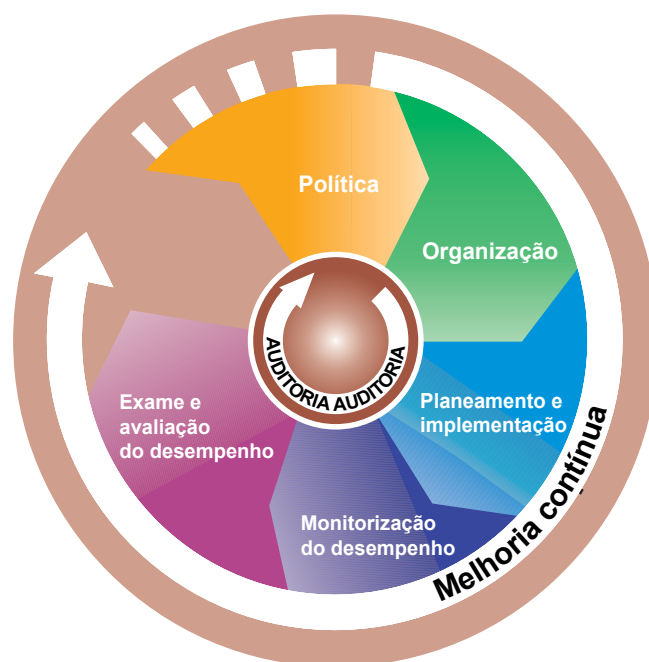
4. Gestão da promoção da saúde no local de trabalho

O modelo de gestão de SST

Um sistema de gestão de riscos proporciona às empresas uma ferramenta de diagnóstico muito útil que lhes permite identificar perigos no local de trabalho, avaliar os riscos associados a cada um deles, e desenvolver soluções apropriadas específicas que se ajustem à política geral sobre saúde e segurança da empresa.

Foram identificadas cinco etapas do processo de gestão de riscos:

- identificação dos perigos;
- avaliação dos riscos;
- estabelecimento de medidas para a redução e o controlo dos riscos;
- monitorização da eficácia das medidas adotadas;
- ajuste adequado dessas medidas através da melhoria contínua.



Após a conceção de uma política de SST é necessário implementar determinadas medidas organizacionais que incluem a definição de responsabilidades e mecanismos de responsabilização e o estabelecimento de infraestruturas de documentação e comunicação para tornar a política eficaz. As empresas/organizações podem de seguida passar à fase de planeamento e implementação das políticas e estratégias relacionadas, avaliando-as e atuando no sentido de introduzir melhorias baseadas na avaliação de resultados.

Uma boa orientação para implementar um sistema de gestão de SST é seguir um ciclo de melhorias contínuas tal como previsto nas “*Diretrizes sobre sistemas de gestão da segurança e saúde no trabalho*” (ILO-OSH, 2001).

Na aplicação do ciclo de melhorias contínuas à promoção da saúde no local de trabalho são aconselháveis algumas medidas adicionais. É essencial definir adequadamente as necessidades de promoção da saúde para encontrar as soluções apropriadas, por exemplo no que respeita a atividade física e ao exercício, a uma melhor dieta alimentar e a um descanso adequado para manter os trabalhadores saudáveis e produtivos.

A administração e os trabalhadores estarão mais receptivos a aceitar um programa de promoção da saúde quando ele vai de encontro às suas necessidades e expectativas. A administração também necessita de bons argumentos para afetar recursos.

Considerando as importantes sobreposições existentes entre a SST e a promoção da saúde faz sentido utilizar e expandir as estruturas já existentes para a saúde e segurança no sentido de lhes incorporar a promoção da saúde. Por exemplo, os comités mistos de saúde e segurança nas empresas que envolvem os representantes dos trabalhadores e a administração são uma prática generalizada e constituem mesmo um requisito legal em muitos países. Estes comités dispõem já de procedimentos, pessoal e práticas para lidar com as questões de saúde e segurança. É mais eficiente integrar a promoção da saúde nestas estruturas já existentes do que criar algo inteiramente novo.

Uma vez que pode ser necessário alocar novos recursos para novas tarefas de promoção da saúde, deve ter-se cuidado em não sobrelotar o sistema e evitar obstáculos: a promoção da saúde não deve ser encarada apenas como uma moda que não é levada a sério; embora utilizando de forma eficaz as estruturas existentes deve ter peso por si própria e ser reconhecida como um valioso contributo para a saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores bem como para a produtividade da companhia. Isto pode ser alcançado enfatizando as complementaridades existentes entre a saúde e segurança no trabalho e a promoção da saúde no local de trabalho tal com atrás descrito.

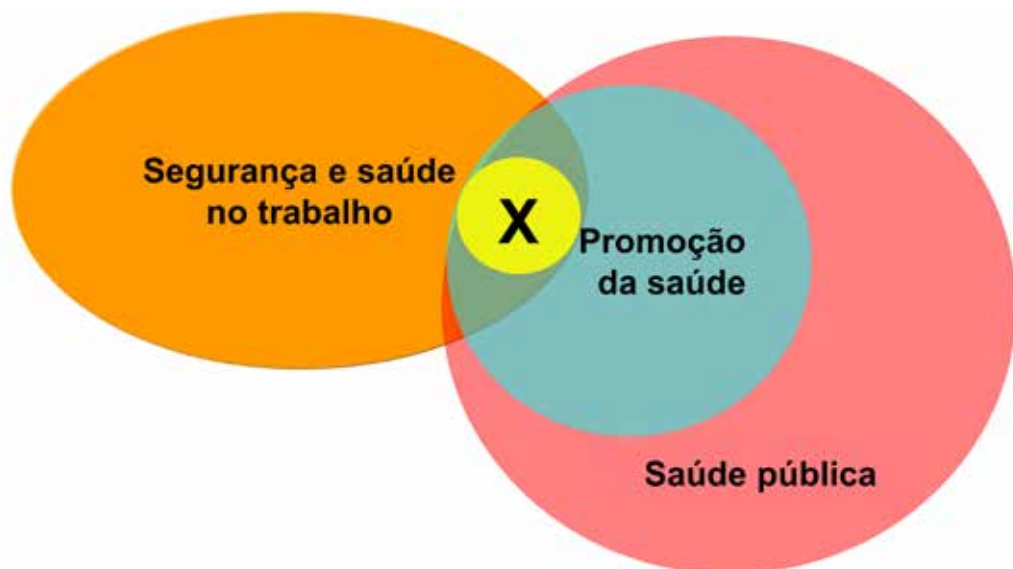


Figura 2.2: A Promoção da saúde no local de trabalho e SST

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

A Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho (ENWHP) é uma associação de instituições governamentais de saúde e segurança no trabalho e de organismos de saúde pública de todos os Estados Membros da União Europeia e do Espaço Económico Europeu (EEE). Esta Rede é responsável pela implementação da Declaração do Luxemburgo sobre Promoção da Saúde no local de trabalho na União Europeia. Desde a sua criação em 1996, o objetivo da ENWHP tem sido o de facilitar e coordenar o intercâmbio de boas práticas e informação sobre trabalho e saúde tanto internamente como entre os quinze Estados-membros da UE, para incentivar o desenvolvimento de

estratégias comuns, políticas e procedimentos que conduzam a melhorias na saúde e segurança das pessoas no trabalho, a estilos de vida mais saudáveis e a melhores níveis de empregabilidade por toda a Europa (ENWHP, 2001).

Declaração do Luxemburgo sobre a promoção da saúde no local de trabalho na UE

A promoção da saúde no local de trabalho é o esforço combinado de empregadores, trabalhadores e sociedade para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas no trabalho.

Isto pode conseguir-se através da combinação de:

- Melhoria das condições e organização do trabalho.
- Promoção da participação ativa
- Fomento do desenvolvimento pessoal

As 5 fases da gestão da promoção da saúde no local de trabalho (PSLT)

Um dos elementos mais importantes para uma implementação bem-sucedida das medidas de promoção da saúde é o empenhamento constante de todos os envolvidos no processo: assim, tal como na adoção de um programa de gestão, o compromisso da administração é indispensável para evitar um conflito entre o programa de PSLT e as práticas de gestão da SST. É igualmente importante integrar o pessoal a todos os níveis e incentivar a máxima participação durante todas as etapas da implementação do PSLT, e é fundamental combinar as necessidades da organização com as dos trabalhadores. Tal como em qualquer processo de gestão, cada empresa deve adaptar os princípios fundamentais da PSLT às suas próprias necessidades.

As cinco fases da gestão da PSLT incluem:

1. Preparação

Crie um grupo de trabalho responsável pelo planeamento e execução do Programa de PSLT, que deve incluir representantes da administração, do Comité de Pessoal, do Departamento de Recursos Humanos e do Serviço e Comité Consultivo de SST.

Informe toda a gente sobre o programa de PSLT utilizando distintos canais de comunicação tais como *posters*, quadros de avisos, intranet e reuniões.

Assegure-se de que todos os requisitos legais sobre SST estão a ser cumpridos. O PSLT só é eficaz quando os perigos e riscos profissionais são geridos com êxito.

2. Planeamento

Avalie as necessidades: maximize a eficácia do programa de PSLT através da avaliação das necessidades e expectativas dos trabalhadores. Algumas opções são:

- *focus groups*;
- inquéritos através de questionários *online*;
- relacionando a avaliação com ações similares existentes (p. ex. incluindo questões sobre a promoção da saúde e bem estar num inquérito sobre a avaliação de risco);
- rever os dados existentes e as estatísticas da empresa, tais como dados de caracterização demográfica dos trabalhadores, taxas de absentismo e de rotatividade, e outros dados do sistema de vigilância da saúde no trabalho; ou
- os exames médicos voluntários podem indicar as áreas nas quais são necessárias ações.

Estabeleça as prioridades: identifique os objetivos específicos do Programa de PSLT e defina as prioridades em conformidade. Estes objetivos podem incluir:

- Melhorar o equilíbrio entre a vida profissional e a familiar;
- Reduzir as perturbações músculo-esqueléticas;
- Promover um estilo de vida saudável.

Relacione-o com as atividades de prevenção de riscos: se possível, o planeamento e as intervenções do PSLT devem ser integrados nas atividades de prevenção de riscos.

Integre as atividades de saúde bem-sucedidas, tais como os grupos desportivos, no programa de PSLT.

Implemente um programa coordenado em vez de realizar várias intervenções desarticuladas.

Envolve organizações intermediárias para aproveitar as várias ofertas em termos de materiais ou de iniciativas, as quais podem incluir:

- companhias de seguros de acidentes de trabalho que oferecem, por exemplo, prémios reduzidos às empresas que implementem programas de PSLT;

- planos de seguros de saúde que oferecem aos membros um reembolso se eles se inscreverem num clube ou curso desportivo;
- aproveitar a cobertura do seguro para tratar a dependência do tabaco dos trabalhadores.

Dê oportunidade a todos os trabalhadores. Evite desigualdades, por exemplo, ao não tomar em consideração os horários de todos os trabalhadores. Deve ainda analisar a melhor forma de comunicar com os trabalhadores que não disponham de conta de correio eletrónico.

Preveja a avaliação do resultado antes de iniciar o processo. Monitorizar os sinais de sucesso ou fracasso ajudará a avaliar e melhorar o programa se for necessário.

3. Implementação

Obtenha apoio ativo e visível da administração, das chefias intermédias e de 1.º nível. Este é um dos fatores mais importantes na criação de uma cultura de saúde no local de trabalho.

Envolva os trabalhadores tanto quanto possível. Quanto melhor ajustar o programa de PSLT às necessidades dos trabalhadores menos necessitará de o promover. Incentivos concebidos especialmente para a sua organização podem ser úteis para a mudança para uma cultura saudável no local de trabalho, podendo incluir:

- incentivos financeiros e doações para financiar atividades sociais ou desportivas externas;
- tempo livre para participar;
- competições e prémios para reconhecer e premiar a participação em programas de PSLT.

Adapte a informação e os materiais de formação ao público alvo. O grau de complexidade, detalhe e nível de leitura deve ser apropriado à sua audiência. Peça comentários.

4. Avaliação

Análise o impacto do Programa de PSLT:

- na satisfação dos trabalhadores, por exemplo, realizando uma sondagem;
- sobre os fatores económicos relevantes tais como a rotatividade do pessoal, a produtividade e as taxas de absentismo.

Avalie os benefícios financeiros do programa de PSLT.

Comunique os resultados da sua avaliação: informe as pessoas sobre os seus sucessos e as alterações que prevê efetuar no futuro.

5. Reveja e atualize a implementação em curso (princípio da melhoria contínua)

Não pare o planeamento e as melhorias: uma boa PSLT é um processo contínuo

Perceba os resultados detalhados da avaliação quando estiver a planear o futuro.

Lembre-se:

- Não serve de nada implementar um Programa de PSLT sem proporcionar igualmente um ambiente de trabalho seguro e saudável. O PSLT é baseado numa cultura de segurança que exige desde logo uma adequada gestão de riscos.
- A promoção da saúde no local de trabalho vai para além dos requisitos legais. É baseada na ação voluntária bilateral.
- A PSLT apenas pode ser bem sucedida se integrada como um componente permanente em todos os processos organizacionais.

Alguns exemplos de medidas de Promoção da Saúde no Local de Trabalho¹:

Medidas organizacionais:

- Proporcionar flexibilidade de horários e de locais de trabalho
- Permitir que os trabalhadores participem na melhoria da organização e do ambiente de trabalho
- Dar aos trabalhadores oportunidades de formação contínua

Medidas ambientais:

- Disponibilizar salas de convívio
- Interdição total de fumar no local de trabalho
- Ambiente de trabalho que garanta o apoio psicossocial

Medidas individuais:

- oferecer e financiar atividades desportivas
- incentivar uma dieta saudável
- disponibilizar programas para deixar de fumar e
- promover o bem estar mental, por exemplo através da disponibilização de apoio externo psicossocial anónimo, orientação e formação anti-stresse.

¹ Adaptado de: Workplace Health Promotion for Employers, Facts 93, © European Agency for Safety and Health at Work. Acessível em: <http://osha.europa.eu/en/publications/factsheets/93>

Um exemplo de boa prática: a estratégia nacional de promoção da saúde da Irlanda

Em julho de 2000, o Ministério da Saúde e Infância da Irlanda lançou a Estratégia para a Promoção da Saúde 2000-2005. Esta estratégia define os objetivos que contribuem para a melhoria generalizada da saúde da população irlandesa.

Após uma análise dos desenvolvimentos e políticas mais recentes estabelecidos nacional e internacionalmente, oferece um panorama generalizado do estado da saúde na Irlanda fornecendo dados sobre o impacto na saúde de fatores externos e estruturais – como o desemprego e a insuficiência de rendimentos ou o acesso aos serviços de saúde – e os comportamentos e estilos de vida – fumar, alimentação, consumo de álcool, exercício ou comportamento sexual.

Com base nesta análise, a estratégia destaca as ações futuras para abordar: doenças mentais, cardiovasculares, cancro, dietas alimentares pouco saudáveis, tabaco, álcool e drogas, VIH e SIDA e outras doenças sexualmente transmitidas, bem como acidentes de viação.

Estas ações são dirigidas a homens, mulheres, idosos, crianças e jovens em diferentes ambientes, tais como locais de trabalho, escolas, serviços de saúde e no seio da comunidade.

A estratégia requer ainda maiores abordagens inter-setoriais e multi-disciplinares para abordar o impacto que os fatores sociais, económicos e ambientais têm no bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e das comunidades.

Um processo de monitorização e avaliação foi estabelecido para assegurar a revisão periódica da estratégia para garantir a sua melhoria contínua.

A Estratégia Nacional de Promoção da Saúde está disponível em :

http://www.injuryobservatory.net/documents/National_Health_Promotion_Strategy_2000_2005.pdf

Fonte: The National Health Promotion Strategy, 2000-2005,
Ministério da Saúde – Departamento da Saúde e Infância.

Bibliografia

- 📖 Convenção (N.º 187) sobre o quadro promocional para a segurança e a saúde no trabalho, 2006.
- 📖 Recomendação (N.º 197) sobre o quadro promocional para a segurança e a saúde no trabalho, 2006.
- 📖 American Diabetes Association. 2008. “Economic costs of diabetes in the U.S. in 2007” in *Diabetes Care* Vol. 31, No. 3, pp. 596-615..
- 📖 Deal, T. E.; Kennedy, A. A. 1982. *Corporate Cultures: The Rites and Rituals of Corporate Life* (Harmondsworth, Penguin Books).
- 📖 Edington, D. W. “Emerging Research: A View from One Research Center” in *American Journal of Health Promotion*, May/June 2001, Vol. 15, No. 5, pp. 341-349.
- 📖 European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP). WHP in Europe. “Healthy Employees in Healthy Organisations: Recommendations for Promoting Workplace Health Action”. Federal Association of Company Health Insurance Funds (BKK), Essen/Germany. Essen, June 2001.
- 📖 Henning, R.A., Jacques, P., Kissel, G.V., Sullivan, A.B. and Alteras-Webb, S.M. 1997. “Frequent short rest breaks from computer work: effects on productivity and well-being at two field sites” in *Ergonomics* Vol. 40, No. 1, pp. 78-91.
- 📖 Hill, C. W. L. and Jones, G. R. 2001. *Strategic Management* (Boston, Houghton Mifflin). International Labour Office. 2001. *ILO Guidelines on occupational safety and health management systems*, ILO-OSHMS (Geneva).
- 📖 —. 2009. *Health and life at work: A basic human right*. World Day for Safety and Health at Work 2009 (Geneva).
- 📖 Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health. 1995. Report of the Committee. 12th Session, Geneva, 5-7 April 1995 (Geneva).
- 📖 Lightwood, J.M.; Glantz S.A. 2009. “Declines in Acute Myocardial Infarction After Smoke-Free Laws and Individual Risk Attributable to Secondhand Smoke” in *Journal of the American Heart Association* 120:1373-1379.
- 📖 McLeroy, K. R.; Bibeau, D.; Steckler, A.; Glanz, K. 1988. “An ecological perspective on health promotion programs” in *Health Education Quarterly*, Vol. 15, pp. 351-377.
- 📖 Menzies, D.; Nair, A.; Williamson, P.A.; Schembri, S.; Al-Khairalla, M.Z.H.; Barnes, M.; Farden T.C.; McFarlane, L.; Magee, G.J.; Lipworth, B.J. 2006. “Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places” in *Journal of the American Medical Association* Vol. 296, No. 14, pp. 1742-1748.
- 📖 Schoenborn C.A. and Adams P.F. 2008. “Sleep duration as a correlate of smoking, alcohol use, leisure-time physical activity, and obesity among adults: United States

2004-2006” in Health E-Stat May 2008, (internet only) <http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/sleep04-06/sleep04-06.htm>. Accessed 26th May 2010.

-  Vieira, E.R.; Kumar, S.; Narayan, Y. 2008. “Smoking, no-exercise, overweight and low back disorder in welders and nurses” in *International Journal of Industrial Ergonomics* Vol. 38, pp. 143-149.
-  World Health Organization. 2009. *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences* (Geneva).
-  Zarate, A.; Crestto, M.; Maiz, A.; Ravest, G.; Pino, M. I.; Valdivia, G., Moreno, M. Villarroel, L. 2009 “Influence of obesity on health care costs and absenteeism among employees of a mining company” in *Revista Médica de Chile*, Vol. 137, No. 3, pp. 337-344.

Sítios da Internet

-  European Agency for Safety and Health at Work/Workplace Health Promotion
<http://osha.europa.eu/en/topics/whp>
-  European Network for Workplace Health Promotion
<http://www.enwhp.org/>
-  Health-related and economic benefits of workplace health promotion and prevention, © BKK BV and HVBG 1996
http://www.iga-info.de/fileadmin/texte/iga_report_3e.pdf
-  Maltese Occupational Health and Safety Authority
<http://www.ohsa.org.mt/>
-  UK Department for Work and Pensions/Health, Work and Well-being
<http://www.workingforhealth.gov.uk/>
-  Workplace Health Partnership Website
<http://www.workplacehealth.ie/>
-  World Health Organization/Health promotion
http://www.who.int/topics/health_promotion/en/



Stresse no trabalho



1. Introdução

O termo *stresse* é hoje em dia utilizado com diferentes aceções, desde o mal-estar matutino, até à ansiedade que leva à depressão. Em alguns círculos tem tanto conotações negativas como positivas. No contexto do SOLVE, considera-se unicamente como tendo um impacto negativo. A reação que temos quando somos impulsionados a dar o nosso melhor, no trabalho e na vida quotidiana, não é considerada *stresse*, mas sim *motivação* para os resultados.

O *stresse* é provocado por um desequilíbrio entre as exigências sentidas e os recursos e capacidades percebidos por uma pessoa para enfrentar essas exigências. O *stresse* relacionado com o trabalho é a resposta física e emocional nociva que ocorre quando as exigências do trabalho não correspondem ou superam as capacidades, os recursos ou as necessidades do trabalhador.

A Figura 3.1 mostra a relação entre o desempenho e a pressão. Inicialmente o desempenho aumenta à medida que aumenta a pressão. A pressão ou as exigências são positivas até um certo ponto, mas ao passar esse pico a pressão torna-se negativa ou stressante, e o desempenho cai e o resultado a longo prazo é o esgotamento (*burnout*).

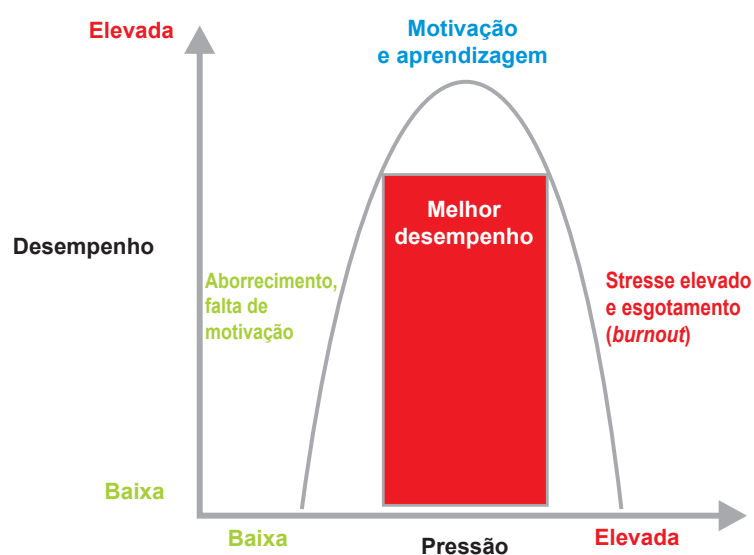


Figura 3.1 Relação entre resultado e stresse

O *stresse* é um fenómeno natural que pode ser desencadeado por qualquer fator emocional, físico, social ou económico que requeira uma resposta ou mudança de uma pessoa. É um mecanismo de defesa que de certa forma assegura a sobrevivência da espécie humana. Sem dúvida que hoje, o *stresse* prolongado é debilitante e destrutivo.

O *stresse* relacionado com o trabalho é determinado pela organização, pelo tipo de trabalho e pelas relações de trabalho. Emerge quando o conhecimento e a capacidade para resistir, afrontar e superar as dificuldades de um trabalhador individualmente ou em grupo, não correspondem às expectativas da cultura organizacional de uma empresa.

O ritmo da vida moderna cresceu consideravelmente em comparação com o de há 20 anos. As pessoas estão ligadas pelo telefone, correio eletrônico, internet e outros meios de comunicação eletrônica. Com tantas formas para comunicarmos estamos potencialmente disponíveis 24 horas por dia. Muitas pessoas lêem o seu correio eletrônico não só no trabalho, mas também em casa, quando estão de férias.

Antigamente, um trabalhador podia fechar a porta ao sair do seu posto de trabalho e esquecer as suas tarefas, atualmente muitos trabalhadores receiam que o trabalho continue sem eles e os deixe para trás. O trabalho está a inserir-se na vida privada, durante os eventos sociais ou familiares. Os limites que separam o trabalho e a vida em casa são cada vez mais difíceis de identificar.

Com o ritmo de trabalho ditado pelas múltiplas formas de comunicação instantâneas e o nível elevado de competição global, muitos trabalhadores sentem que o seu trabalho e a sua vida estão moldados por urgências e percebem que não podem controlar as exigências que lhes são impostas.

Para os que trabalham na economia informal pode ser ainda mais difícil separar as exigências do trabalho e as da vida quotidiana, já que a sua capacidade de sobrevivência financeira depende de uma enorme carga de trabalho e de condições de trabalho imprevisíveis.

Nos trabalhos precários ou incertos, ou quando as empresas fecham, sofrem ajustamentos ou reestruturações, os trabalhadores podem senti-lo como uma ameaça ao seu bem-estar financeiro. Questionam-se se terão a estabilidade económica suficiente para comprar alimentos, pagar a casa, comprar roupa para a sua família e suportar as despesas diárias para a sobrevivência quotidiana.

A necessidade de manter-se a trabalhar para assegurar um rendimento estável pode levar a muitos compromissos pessoais.

O stresse pode resultar em reações físicas, psicológicas ou comportamentais. À medida que o stresse aumenta, mais difícil será lidar com ele. Algumas pessoas podem sofrer transtornos de ansiedade, outras podem sofrer um esgotamento emocional no qual a pessoa perde todo o interesse pelo trabalho e pela vida, sente-se completamente desmotivada. O stresse também pode provocar uma maior pressão arterial e mudanças no regime alimentar, que aumenta o risco de problemas de saúde como problemas cardíacos e AVC.

Nalgumas profissões, como nos serviços de emergência, os trabalhadores podem estar expostos ao stresse emocional extremo, por exemplo ao enfrentar um acidente com perda de vidas. Como resultado podem sofrer um transtorno de stresse pós-traumático. É necessário estabelecer medidas especiais para ajudar esses trabalhadores a resistir a este tipo de stresse.

Tal como acontece com outros temas abordados no SOLVE, o stresse não está só relacionado com o trabalho. Muitos acontecimentos da vida podem provocar stresse a uma pessoa. Este stresse e o comportamento resultante podem acabar por se evidenciar no trabalho. Os acontecimentos como a perda do cônjuge, o divórcio, a separação, a perda do emprego, a gravidez, ficar doente ou lesionar-se, assumir uma dívida elevada, como comprar uma casa dão lugar a um aumento de exigências cujo controlo pode sair fora do seu controlo.

2. Compreender o stresse

O stresse como reacção humana

O stresse é um mecanismo natural de protecção e de defesa que tem garantido a nossa protecção e defesa ao longo de milénios. Num ambiente natural, por exemplo, quando os seres humanos eram caçadores, pescadores ou coletores de alimentos, o stresse provocava uma série de reacções nos nossos corpos que permitiam as pessoas humanas reagir rapidamente perante situações perigosas e assim poder sobreviver.

O Síndrome Geral de Adaptação foi inicialmente descrito por Hans Hugo Bruno Selye em 1936, que sugeriu que existem três etapas no stresse: alarme, adaptação e esgotamento. Quando uma pessoa sente perigo, o cérebro envia sinais a outras partes do corpo que se preparam para experimentar o medo, luta ou fuga. Estes são alguns dos sinais:

- O coração bate mais rápido, a pressão sanguínea e o pulso aumentam, a respiração acelera, vai mais oxigénio para os músculos para a ação e ao cérebro para pensar mais rapidamente;
- Libertam-se combustíveis ou nutrientes (sob a forma de glicose ou ácidos gordos) das gorduras armazenadas no corpo, prontos para lutar ou fugir;
- O corpo incrementa a produção de plaquetas (que ajudam a coagulação) e de glóbulos brancos (que combatem as infeções) na corrente sanguínea;
- Para priorizar este mecanismo de luta ou fuga, o corpo desvia até aos músculos sangue do sistema digestivo, dos órgãos reprodutivos, da pele e de outras funções não essenciais para a supervisão imediata;
- Dado que o sangue também é naturalmente desviado da pele e da boca, começa-se a transpirar enquanto a produção de saliva diminui, a boca seca e torna-se difícil falar.

Estas respostas fisiológicas garantem a sobrevivência humana face ao perigo, a pessoa sente-se esgotada e procura um local para descansar, enquanto os sistemas voltam ao normal.

Hoje em dia ativa-se a mesma resposta, devido aos altos níveis e exigências, que contrastam com a perceção de pouco controlo sobre o que se faz, mas que os indivíduos não têm a oportunidade de descansar o suficiente para que os seus sistemas voltem à normalidade. Existem sintomas físicos, psicológicos e comportamentais do stresse. Inclusivamente o sono, que ajuda o corpo a recuperar o funcionamento normal, pode ser interrompido ou perturbado pela ansiedade ou pela organização do trabalho.

O quadro 1 a seguir mostra os efeitos do stresse nas pessoas e que podem provocar danos na saúde (o quadro não deve ser considerado exaustivo).

Quadro 1: Sintomas do stresse

Sintomas físicos	Sintomas psicológicos	Sintomas comportamentais
● Insónia ● Fadiga ● Imunidade reduzida à infeção ● Tensão arterial elevada ● Dor no peito ● Sede ● Problemas relacionados com o peso ● Aumento do colesterol ● Doenças de pele ● Dor nas costas ● Perda da libido ● Dores de cabeça	● Ansiedade ● Perda de memória ● Confusão ● Desmotivação ● Frustração ● Isolamento ● Insegurança ● Pessimismo ● Depressão	● Hipersensibilidade ● Ira ● Desistência ● Propensão para o risco ● Absentismo ● Abuso de drogas e álcool ● Impaciência ● Problemas com relações interpessoais ● Mudanças de humor ● Jogo ● Promiscuidade

Fonte: Brun, 2005.

Definições de stresse relacionado com o trabalho

“As pessoas sentem stresse quando sentem que existe um desequilíbrio entre o que lhes é exigido e os recursos que possuem para satisfazer essas exigências. Embora o stresse seja psicológico, o stresse também afeta a saúde física das pessoas”.

Observatório OSHA da UE, 2009.

“O stresse relacionado com o trabalho pode ser definido como a resposta física e emocional nociva que ocorre quando as exigências do trabalho não correspondem às capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador. O stresse no trabalho pode levar a problemas de saúde e até a causar lesões.”

Stress at work, Instituto Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho dos Estados Unidos, 1999.

“Com o termo stresse relacionado com o trabalho referimo-nos ao processo que surge quando as exigências profissionais de vários tipos e combinações, superam as capacidades de resistência da pessoa. Imaginemos “um trabalho mau”. É uma causa importante de doenças e afeções e sabe-se que está ligado a níveis elevados de ausências ao trabalho por doença, rotatividade do pessoal e outros indicadores de mau desempenho organizacional, incluindo erros humanos.”

HSE (Health and Safety Executive), 2010.

“O stresse ocorre quando a pressão sentida supera a capacidade da pessoa para lidar com ele”

Fonte: Palmer *et al*, 2003.

Modelos

Existem vários modelos que descrevem o stress e os fatores de risco do stress relacionados com o trabalho, alguns dos quais são aqui descritos. Entre eles estão o “Modelo de exigência e controlo” de Robert Karasek, o “Modelo ecológico” (por exemplo no trabalho de Daniel Stokols), a “Hierarquia de necessidades” de Abraham Maslow e o “Modelo de stress relacionado com o trabalho” de Palmer, Cooper e Thomas.

O Modelo de exigências no trabalho e controlo

O modelo de Robert Karasek descreve as características das tarefas dos trabalhadores que estão associadas com o stress psicológico. Este modelo baseia-se em três variáveis:

1. A margem de decisão ou controlo sobre o trabalho.
2. As exigências psicológicas.
3. O apoio social.

De acordo com este modelo, não são só as exigências psicológicas do trabalho que causam o stress e as doenças relacionadas, mas são também as situações de exigências elevadas juntamente com uma perceção de pouco controlo sobre o processo de trabalho. O stress desencadeia-se quando os trabalhadores são impedidos de responder a um fator stressante de acordo com o seu próprio padrão ideal psicológico e fisiológico devido a fatores externos sobre os quais não tem controlo.

Usando o modelo podem identificar-se quatro situações:

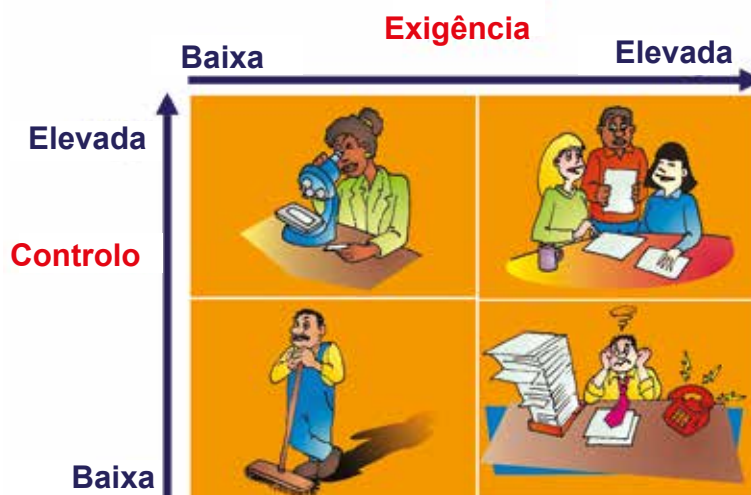


Figura 3.2 Modelo Karasek

1. **Baixo controlo - exigência baixa** ou situação passiva em que os trabalhadores têm o controlo suficiente e a exigência não é demasiado elevada. Isto conduz a pouco stress. Contudo pode resultar em desmotivação e perda de competências profissionais.
2. **Baixo controlo-exigência elevada** ou situações de muita tensão, em que os trabalhadores têm pouco controlo. Isto conduz ao stress.

3. **Elevado controlo-exigência baixa** ou situações relaxadas ou de pouca tensão, em que os trabalhadores têm muito controlo e a exigência é baixa. Isto ocasiona pouco stresse mas também pode ser desmotivador.
4. **Elevado controlo-exigência elevada** ou situação ativa em que os trabalhadores têm uma grande exigência pelos seus serviços e um controlo elevado. Isto conduz a situações em que a maioria das pessoas sente que consegue gerir.

Apoio social

O apoio social é a terceira variável do modelo de exigências e controlo. Consiste no reconhecimento, apoio e apreciação dispensado por uma pessoa ou um grupo a alguém para encontrar o seu caminho perante as dificuldades do dia-a-dia. As pessoas que dispensam o apoio social incentivam os indivíduos escutando-os, reconfortando-os e dando-lhes a mão. Podem ser do mesmo local de trabalho, mas também podem ser familiares ou amigos. Ao ter alguém que lhe oferece apoio social o trabalhador sentir-se-á melhor, tornar-se-á mais resiliente e terá maior capacidade para seguir em frente. Sentirá que pode exercer mais controlo e os níveis de stresse diminuirão.

O apoio social funciona em ambas as direções: a pessoa que dá o apoio social também tem uma sensação positiva sobre o que faz a favor de um amigo ou de um colega. Este tipo de apoio é um fator importante para se manter saudável. Receber e dirigir palavras de apreço e elogios pode aumentar a autoestima da pessoa que dá e da que recebe. Através do apoio social pode desenvolver-se a solidariedade mútua.

Utilização deste modelo

Cada trabalhador pode identificar em que parte do modelo está, e considerar os seus próprios níveis de controlo e de exigência. Esta pode ser uma boa ajuda para identificar a fonte de stresse, que pode ser uma exigência excessiva ou talvez insuficiente. Com esta informação os trabalhadores e os gestores podem procurar soluções para o problema, em vez de se limitarem a sentir-se impotentes perante uma situação de stresse.

Uma abordagem dinâmica para a utilização do modelo de Karasek

O stresse não é uma situação estática: os níveis de stresse alteram-se à medida que se altera o controlo, as exigências e o apoio social. Por essa razão o stresse não é um aspeto inevitável do trabalho, já que alguns dos fatores que o produzem estão sujeitos a mudanças, o que muitas vezes faz com que o stresse seja previsível.

- O stresse *aumenta* se diminui o controlo exercido e aumenta a exigência
- O stresse *diminui* se aumenta o controlo exercido e diminui a exigência.
- O stresse *diminui* se aumenta o apoio social.

O apoio e a interação social no trabalho contribuem para a redução do stresse. Os aspetos do apoio social seguintes são importantes:

- A qualidade das relações: o grau com que uma pessoa se entende com os seus co-

legas ou a existência de um bom clima social no local de trabalho, p. ex. que possa comunicar com os seus colegas sobre assuntos do dia-a-dia ou dizer piadas;

- O apoio social percebido: em que medida uma pessoa pensa que pode recorrer ao apoio social de outros;
- O apoio social real: em que medida o apoio se concretiza na realidade.

O modelo ecológico e stresse



Figura 2.1: O modelo ecológico (Adaptação de McLeroy et al.1988)

Os fatores psicossociais que causam stresse devem ser analisados sob diferentes perspetivas. As causas do stresse podem ser encontradas no trabalho, em casa, no ambiente familiar ou na comunidade (o termo comunidade neste contexto pode ser local, a nível de província ou até nacional). Em cada um destes ambientes pode existir uma ou mais fontes de stresse, como também podem existir mais ou menos recursos que contribuem para prevenir ou reduzir o impacto do stresse. As consequências do stresse também podem ter impacto em qualquer destes ambientes; além disso o stresse relacionado com o trabalho não pode ser considerado isoladamente. Os psicólogos utilizam este modelo ecológico para explicar esta inter-relação.

A pessoa

Em termos individuais, todas as pessoas em algum momento são afetadas pelo stresse. Embora o stresse não seja de modo algum um fenómeno novo, está cada vez mais a globalizar-se e afeta todas as categorias de trabalhadores.

Vários fatores podem aumentar a vulnerabilidade perante o stresse. Entre eles estão:

- a idade;
- o sexo;

- a deficiência;
- o estatuto socioeconómico.

O mais frequente é que seja uma combinação de fatores, seja no trabalho ou fora dele, a responsável por levar as pessoas a esgotar a sua capacidade de resistência ao stresse relacionado com o trabalho.

A relação entre género, trabalho e o stresse é complexa. Muitos fatores ampliam o impacto do stresse sobre as mulheres, incluindo o seu importante papel nos cuidados à família. A carga de trabalho diário das mulheres que trabalham a tempo completo fora de casa, é muitas vezes superior à dos homens a trabalhar a tempo completo, especialmente se têm responsabilidades familiares, porque o seu trabalho continua em casa, sem remuneração.

Para além das suas responsabilidades familiares existem outros fatores que fazem com que as mulheres sejam mais vulneráveis ao stresse relacionado com o trabalho:

- Níveis mais baixos de controlo nos seus trabalhos, dado que a tendência continua a ser que as mulheres ocupem menos lugares de topo do que os homens;
- Há mais mulheres do que homens a trabalhar em empregos precários;
- Há mais mulheres do que homens a trabalhar em profissões de stresse elevado, como a enfermagem, a docência e a banca e os serviços de apoio ao cliente.

A família

Uma combinação de fatores que pode elevar o nível de stresse advém da interação entre o trabalho e a vida familiar. Isto é particularmente verdade nas famílias em que ambos trabalham, assim como nas famílias monoparentais.

Pode ser difícil encontrar um equilíbrio entre o trabalho e a vida familiar, entre as dificuldades estão as mudanças abruptas no horário de trabalho, o trabalho sob pressão e o tratamento pouco compreensivo da parte da gestão e dos colegas, e a falta de controlo sobre o conteúdo e a organização do trabalho. O trabalho por turnos e os horários irregulares são especialmente difíceis de gerir relativamente às rotinas e reuniões familiares. As pessoas que trabalham a partir de casa, e as que utilizam as tecnologias de informação para trabalhar quando não estão na sede do local de trabalho (os trabalhadores à distância), podem enfrentar o desafio de enquadrar nestas formas atípicas a compatibilização do trabalho e a vida familiar. O ritmo acelerado e o trabalho intensivo aumentam o conflito entre os papéis familiar e laboral.

Também se deve realçar que, ao mesmo tempo a família pode converter-se numa fonte de apoio social, oferecendo meios para resistir às dificuldades relacionadas com o equilíbrio entre o trabalho e a família.

A comunidade

A capacidade das pessoas ou dos grupos de socialização com os outros pode ter um impacto direto sobre o stresse. Como sugerem Karasek e outros, uma das chaves para reduzir o stresse é o apoio social, que pode dar-se de diversas formas. Em algumas culturas, a comunidade engloba a família alargada, em que a família mais próxima e

os primos, tias, tios e amigos normalmente vivem e trabalham perto uns dos outros, reúnem-se com frequência e apoiam-se entre si. Noutras culturas, recorre-se aos familiares imediatos, amigos ou conhecidos em clubes sociais e atividades desportivas, além dos colegas de trabalho, para receber ajuda em situações difíceis. Esta rede de relações pode ser muito importante na altura de resolver problemas e desenvolver vínculos de confiança.

O ambiente social

O **ambiente social** pode ajudar a prevenir o stresse e os riscos psicossociais relacionados com as dependências e a violência. A inter-relação dos fatores psicossociais faz com que ao abordar um risco específico como o stresse, as ações que se empreendam no local de trabalho, na comunidade e na sociedade também possam contribuir para reduzir outro risco, como por exemplo o tabagismo.

O **ambiente social** pode desempenhar três papéis principais: proporcionar um quadro legislativo, contribuir para o desenho de políticas, e de infraestruturas de promoção da saúde:

1. O ambiente social mais alargado (a nível nacional ou local) pode desenvolver e promover legislação, regulamentação e políticas que incluam estratégias para enfrentar os fatores psicossociais e assim reduzir ou eliminar potenciais fatores de stresse. Por exemplo, o **ambiente social** pode ter legislação que aborde problemas como o consumo de álcool e tabagismo, que também afetam o trabalho. A aplicação dessas leis pode contribuir para a diminuição dos níveis de stresse relacionado com o trabalho, num ambiente de trabalho mais seguro e mais saudável.
2. As infraestruturas do **ambiente social** podem contribuir para a diminuição do stresse, reduzindo outros problemas psicossociais. Essa contribuição pode incluir serviços como melhores transportes públicos; instalações desportivas e de lazer, apoio comunitário para serviços sociais de apoio a problemas específicos como o abuso de álcool, a violência e o consumo de tabaco; atividades educativas nas escolas e na comunidade, para além de programas de nutrição.
3. O **ambiente social** também pode ter um papel importante na consciencialização para promover ivas para reduzir o stresse na família, na escola e no trabalho. Pode oferecer apoio médico profissional, literatura de autoajuda ou informação sobre onde encontrar apoio.

O local de trabalho

A globalização introduziu mudanças profundas no mundo do trabalho relativamente a:

- Novas tecnologias e mais complexas, em particular de comunicação;
- Novas formas de organização do trabalho, tais como mudanças na intensificação do trabalho, na organização do tempo de trabalho, *outsourcing* e fragmentação dos processos de trabalho; e com a crise a reestruturação das organizações, a insegurança no emprego e exigências mais elevadas;
- Novas formas de emprego, tais como o emprego temporário, a tempo parcial e trabalho a domicílio e emprego precário;

- Mudanças na composição da mão-de-obra devido às mudanças demográficas e políticas relacionadas com a migração, o envelhecimento da mão-de-obra, a falta de acesso ao emprego pelos jovens trabalhadores e o número crescente de trabalhadores na economia informal.

Neste contexto o local de trabalho tornou-se uma fonte importante de riscos psicossociais e de desequilíbrio entre trabalho e vida privada.

O local de trabalho pode ajudar a prevenir o stresse equiparando as capacidades dos trabalhadores com a carga de trabalho e as tarefas que lhes são confiadas.

Reconhece-se que um certo grau de stresse é um precursor da motivação e é essencial para ter um impulso no desempenho e um empenhamento no trabalho.

Contudo, pode chegar-se a um ponto em que este stresse inicial seja demasiado. Infelizmente, muitas vezes estamos conscientes de que se chegou ao limite só quando os efeitos negativos afetaram o nosso trabalho.

Vários fatores, tais como uma maior competição por cargos, maiores expectativas sobre os níveis de desempenho, horários mais alargados e insegurança no emprego contribuíram para que o ambiente de trabalho seja um local cada vez mais stressante. Os empregadores devem estar conscientes dos efeitos negativos que o stresse pode ter sobre os trabalhadores. Devem conhecer os fatores de stresse no ambiente que os podem afetar em consequência da carga de trabalho e a falta de controlo sobre as suas tarefas resultar em stresse relacionado com o trabalho (i.e o esgotamento (*burnout*)).

Daí a importância de ativar uma gestão com uma abordagem multifacetada para o local de trabalho, que inclua:

- A implementação de medidas coletivas de avaliação e gestão do risco, da mesma forma que se fará com outros perigos no local de trabalho – adaptando a organização do trabalho e as condições de trabalho;
- Aumentar as competências dos trabalhadores para enfrentar e superar dificuldades; e
- Desenvolver sistemas de apoio social para trabalhadores no local de trabalho.

O local de trabalho pode oferecer algum alívio e promover a produtividade dos trabalhadores sem perpetuar os efeitos do stresse negativo. Para este fim deve-se incorporar a avaliação dos fatores de risco de stresse relacionados com o trabalho nas medidas de avaliação e gestão de riscos tal como se faz com outros riscos no local de trabalho; e ao mesmo tempo, oferecer opções que facilitem a adaptação aos fatores de stresse externos ao ambiente de trabalho, por exemplo oferecendo horários de trabalho flexíveis tendo em vista conciliar a vida familiar com o trabalho, sistemas de micro finanças que tenham em consideração o ambiente social ou sistemas de formação para o desenvolvimento pessoal.

A hierarquia de necessidades de Maslow

Cada pessoa tem determinadas necessidades e motivações, que foram estudadas pelo psicólogo americano Abraham Maslow, que se interessou pelas qualidades das pessoas que tiram maior partido da vida e o que as motiva. Neste modelo, o stresse surge quando não se satisfazem as necessidades das pessoas.

A teoria de Maslow parte da ideia de que as pessoas se sentem motivadas por necessidades não satisfeitas.

No seu modelo, as necessidades dos níveis inferiores (ver a figura 3.4) têm de ser satisfeitas antes que as pessoas possam considerar as necessidades dos níveis superiores. Quer dizer, para que as pessoas atuem sem egoísmo necessitam ter satisfeito as suas necessidades básicas, como as fisiológicas, de segurança e as sociais. As pessoas que se sentem motivadas, avançam até à autorrealização. Satisfazer as necessidades permite uma vida saudável, enquanto as necessidades não satisfeitas provocam doenças, frustração ou atos negativos.

Social e profissionalmente é importante compreender o que motiva os outros e o que lhes causa frustração. Este modelo pode ajudar a identificar fontes de stresse. Por exemplo, se as necessidades básicas de segurança de um trabalhador não são cumpridas porque trabalha num ambiente inseguro, ele vai sofrer mais stresse, que por sua vez pode contribuir para criar acidentes. Se as necessidades sociais do trabalhador não são cumpridas porque a atmosfera de trabalho é pouco amigável, ou pior ainda, porque é objeto de assédio moral, podem sofrer uma baixa na motivação e autoestima. Como alternativa, um local de trabalho positivo pode fazer com que os trabalhadores se sintam mais estimulados, se orientem para um bom desempenho para se sentirem autorrealizados.



Figura 3.4 Adaptação da hierarquia de necessidade de Maslow

1. **Necessidades fisiológicas básicas:** na base da pirâmide estão as necessidades básicas para a sobrevivência, como o ar, a alimentação, água e abrigo.
2. **Necessidades de segurança básica:** um ambiente seguro, não ameaçador e saudável, que inclua segurança pessoal e estabilidade económica.

3. **Necessidades sociais:** companhia, amizade e aceitação pelos outros. No trabalho fazer parte de um grupo ou de uma equipa de trabalho.
4. **Necessidades de estima:** a necessidade de um sentido de controlo e de ser possível exercer poder, que influenciem a autoestima. A necessidade de apreciação, reconhecimento e respeito pelos demais.
5. **Autorrealização:** sentir-se ligado com o próprio ambiente através de oportunidades de aprendizagem e criatividade

Como se explicou anteriormente, uma pessoa deve geralmente ocupar-se das necessidades dos níveis inferiores antes que possa passar aos outros. Por exemplo, se uma pessoa sente frio, está molhada e está no escuro, muito provavelmente não pensará no reconhecimento das suas realizações.

Modelo de stresse organizacional

O stresse relacionado com o trabalho é o resultado da exposição a fatores de riscos psicossociais e organizacionais. Num modelo proposto por Palmer, Cooper e Thomas em 2001, e aplicado posteriormente em 2003, foram relacionados vários fatores de riscos psicossociais com sintomas, resultados e custos financeiros. Os autores destacaram que os números usados no modelo para os custos estavam subestimados.

Muitas vezes as pessoas sentem-se desapoiadas quando enfrentam o stresse no trabalho. Uma vantagem deste modelo é que se abre uma via reconhecida para a resolução do problema, usando as técnicas já estabelecidas da avaliação e gestão de riscos. Este modelo foi utilizado para criar uma avaliação estruturada do risco de stresse, constituída por cinco etapas que relacionam sete riscos chave, que podem ter resultados relacionados com o stresse.



Figura 3.5 Modelo de stresse de Palmer, Cooper e Thomas

3. Impacto

O stresse relacionado com o trabalho, muitas vezes agravado pelo stresse em casa ou na comunidade, pode ter um efeito significativo na saúde, segurança e bem-estar geral no trabalho. O stresse pode ser causado ou pode levar a uma série de outros distúrbios psicossociais.

O stresse no local de trabalho converteu-se num problema muito difundido devido às novas formas de organização do trabalho, às novas relações de trabalho e aos novos modelos de emprego. Um estudo recente da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA, sigla inglesa) revelou que 22 por cento da mão-de-obra europeia está sob stresse, com níveis significativamente mais elevados nos Estados – membros mais recentes (30 por cento) do que nos Estados- membros mais antigos (20 por cento). O stresse tem uma prevalência mais elevada nos setores da educação e da saúde, assim como na agricultura, caça, silvicultura e pesca (28,5 por cento). O maior grupo de trabalhadores que sofriam de ansiedade no trabalho era o dos trabalhadores dos setores da saúde, administração pública e defesa (11,1 por cento) e a agricultura, caça, silvicultura e pesca (9,4 por cento). (EU-OSHA, 2009).

Stresse e saúde

O comportamento relacionado com o stresse pode ter uma influência determinante sobre a saúde e pode inclusivamente levar à morte. Os níveis elevados de stresse afetam o nosso bem-estar, a nossa saúde e em última instância as nossas vidas.

Estimativas do custo do stresse relacionado com o trabalho

- A União Europeia anunciou, em 2002, que os custos do stresse relacionado com o trabalho na EU-15 eram anualmente de 20.000 milhões de euros.
- No Reino Unido foi sugerido que são perdidos anualmente mais de 70 milhões de dias de trabalho devido a problemas de saúde mental. Em 2005-06, o stresse relacionado com o trabalho e a ansiedade custaram ao Reino Unido mais de 530 milhões de libras.

Fonte: EU-OSHA, 2009

O aumento dos níveis de stresse pode acelerar o ritmo do desgaste físico e provocar problemas de saúde. O tipo de doenças a que pode conduzir dependerá em parte da genética, e, em parte do ambiente, e aos riscos a que a pessoa está exposta, incluindo as doenças que sofreu no passado. Por isso, o impacto do stresse sobre a saúde pode variar consideravelmente de pessoa para pessoa. Para algumas, o stresse pode levar ao suicídio, enquanto para outras o resultado pode ser o aumento da tensão arterial ou um ataque cardíaco. Outras podem ter a sorte de sofrer poucos efeitos negativos.

A importância do papel que os fatores psicossociais têm no aparecimento de doenças também pode variar consideravelmente. Nalguns casos têm um papel determinante na origem da doença e este tipo de distúrbios são conhecidos como psicossomáticos. Noutros o papel dos fatores psicossociais poderá ser menos importante. Contudo, os fatores psicossociais têm sempre o seu papel, podem por exemplo influenciar a forma como as pessoas interpretam a sua vida, ou a forma como sentem a sua doença. Os fatores psicossociais o que as pessoas estão dispostas a fazer para evitar a doença (por exemplo deixar de fumar) ou adotar hábitos saudáveis (seguir os conselhos para uma dieta ou exercício físico). Os fatores psicossociais também podem piorar os sintomas provocados pela doença ou aliviar o mal-estar da pessoa.

O texto seguinte reflete os resultados de algumas investigações que ilustram a interação entre os fatores psicossociais e físicos e diferentes tipos de doença.

Tensão arterial elevada

O stresse no trabalho pode provocar tensão alta. Uma série de estudos demonstraram que a tensão alta é particularmente comum entre os operadores de serviço telefónico e os professores.

Investigadores também demonstraram que viver uma vida stressante pode provocar uma subida da tensão arterial com a idade. Independentemente de se viver num país industrializado ou em desenvolvimento, uma pessoa que viva numa sociedade estável e aprenda durante a infância a gerir as tensões da vida quotidiana, a tensão arterial não aumentará necessariamente com a idade. Mas se o ambiente mudar drasticamente e as pessoas se vêem expostas a novas exigências e tensões e não sabem como lidar com elas, a pressão arterial pode subir. Contudo, se as pessoas receberem apoio e forem encorajadas pelo grupo de pessoas que a rodeiam, muitas vezes pode evitar-se uma subida da tensão arterial.

Se houver uma rutura na sua rede social – por exemplo da família e dos colegas – ou se deixarem de as apoiar, o risco de tensão arterial alta aumentará a longo prazo, que por sua vez aumenta o risco de acidente cerebral ou de ataque cardíaco.

Doenças cardíacas

As circunstâncias psicossociais negativas juntamente com uma tensão arterial elevada, um nível elevado de colesterol no sangue e o tabagismo são os principais fatores que aumentam o risco de sofrer um ataque de coração.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), calcula-se que 17,1 milhões de pessoas morreram em 2004 por doenças cardiovasculares, o que representa 29 por cento do total de mortes. Destas mortes, calcula-se que 7,2 milhões se devem a um derrame cerebral (acidente vascular cerebral AVC). Até 2030 morrerão perto de 23,6 milhões de pessoas de doenças cardiovasculares, principalmente de cardiopatias coronárias e AVC (WHO, *Factsheet* n.317, 2009a).

A relação entre os hábitos saudáveis de vida e o risco de cardiopatia coronária está bem estabelecida. As pessoas que sobem muito depressa na escala social têm mais gorduras no corpo, uma coagulação mais rápida do sangue, taxas mais elevadas de doença e um maior risco de cardiopatia coronária comparativamente com as pessoas que têm

um estilo de vida mais tranquilo, mais suave e mais “descansado”.

O stresse pode causar ataques de coração tanto a curto prazo nas pessoas que têm artérias coronárias parcialmente obstruídas, como a longo prazo, como resultado do desgaste imposto ao coração por uma combinação de uma carga excessiva de trabalho (quer seja de forma recorrente ou por um período demasiado longo) ou um controlo de trabalho demasiado baixo.

A Rede Europeia do Coração (EHN, sigla em inglês) publicou uma resenha das publicações científicas sobre o stresse na vida laboral como um fator de risco para os ataques de coração. Concluíram que um fator de risco importante era a combinação de um nível de exigência, e de falta de controlo e de apoio social.

As doenças cardiovasculares são responsáveis pela maior parte das doenças mortais não transmissíveis (DNT), ou seja 17 milhões de pessoas anualmente, seguidas pelo cancro (7,6 milhões), doenças respiratórias (4,2 milhões), e diabetes (1,3 milhões). Estes quatro grupos de doenças são responsáveis por cerca de 80 por cento de todas as mortes por DNT, e têm em comum quatro fatores de risco:

- Uso do tabaco
- Inatividade física
- Um consumo nocivo de álcool e
- Dieta pobre

Fonte: Relatório Global da OMS sobre doenças não transmissíveis (DNT); WHO, 2011 a.

O risco de enfarte do miocárdio atribuído ao stresse em homens é tão significativo como o atribuído ao tabagismo (*European Heart Network*, 2006).

Cancro

O cancro resulta do crescimento e propagação descontrolado de células que pode afetar qualquer tecido do corpo. O cancro provocou 7,6 milhões de mortes em 2008 o equivalente a 13 por cento de mortes a nível mundial. Mais de 30 por cento destas mortes podiam ter sido evitadas alterando ou evitando fatores chave: tabagismo, consumo de álcool, baixo consumo de fruta e legumes, excesso de peso e obesidade e a prática de sexo desprotegido, que contribui para a transmissão do vírus do papiloma humano. Estes fatores responsáveis por esta situação foram muitas vezes apresentados como aumentando, dependendo do nível de stresse da pessoa. A OMS calcula que se esta situação não melhorar, haverá cerca de 12 milhões de mortes em 2030. (WHO, *Factsheet* N.º.297, 2011b).

Perturbações mentais

Mais de 150 milhões de pessoas em todo o mundo sofre de depressão, cerca de 125 milhões são afetadas por perturbações relacionadas com o consumo de álcool, as perturbações mentais, neurológicas e relacionadas com o consumo de substâncias psicotrópicas representam 14 por cento do peso de doenças em todo o mundo (WHO, 2011c).

As doenças mentais são comuns a todos os países e causam grande sofrimento.

As pessoas que sofrem destas perturbações estão muitas vezes sujeitas ao isolamento social e a baixa qualidade de vida, o que agrava os níveis de stresse. Os problemas de saúde mental provocam custos económicos e sociais avultados.

A Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) é uma forma particularmente extrema de stress que ocorre depois de uma experiência de agressão externa, como acidentes, assassinatos, violações, torturas ou desastres naturais. A pessoa fica atormentada por recordações dolorosas e traumáticas e tenta esquecê-los. Se recordadas podem reagir com taquicárdia, tremores, dificuldade de concentração e perda de sono.

Algumas profissões podem expor os trabalhadores ao risco de PSPT, pelo que devem receber tratamento adequado.

Esgotamento (*Burnout*)

O esgotamento é uma situação de cansaço associado a sensações de desânimo e cinismo. O esgotamento ocorre muitas vezes depois de um período longo de tempo de exigências impostas a uma pessoa que não tem recursos suficientes para cumpri-los. O que a pessoa sente é como “esvaziar o oceano com uma colher”. Esta sensação é comum no pessoal nas escolas e no setor da saúde, entre os que cuidam de pessoas idosas e nos que trabalham no serviço social. Aplica-se a todas as formas de trabalho onde se exige cada vez mais “eficiência” mas com cada vez menos recursos.

O trabalhador com um esgotamento emocional cansa-se, torna-se indiferente e ineficiente. Pode ter dado tudo, ter posto as necessidades dos outros à frente das suas e finalmente chegar a um ponto onde não tem mais nada para dar. Se não tratar o esgotamento emocional, a pessoa pode chegar a ficar incapacitada para o trabalho.

Comportamento suicida

De acordo com a OMS, nos últimos 45 anos, as taxas de suicídio aumentaram 60 por cento a nível mundial e o suicídio está agora entre as três principais causas de morte entre as pessoas dos 15 aos 44 anos de idade. Estes números não incluem as tentativas de suicídio, que são 20 vezes mais frequentes do que as tentativas de suicídio bem-sucedidas (WHO, SUPRE, 2009b).

As perturbações mentais (particularmente as associadas à depressão e ao abuso de substâncias psicotrópicas) são um fator importante de risco associado ao suicídio na Europa e na América do Norte (WHO, SUPRE, 2009b). Sem dúvida o suicídio é o resultado de uma série de fatores socioculturais complexos. Os problemas laborais ou familiares, como a perda de emprego, a falta de apoio social, a violência psicológica ou a perda de um familiar próximo por divórcio ou morte, estão entre as causas. Perder o emprego, ou sofrer assédio sexual e moral no trabalho (*bullying*) ou situações particulares como a reforma, uma carga excessiva de trabalho ou problemas financeiros também podem levar ao suicídio.

4. Gestão do stresse no local de trabalho

Tal como existem várias causas para o stresse, também existem várias formas para o gerir, assim como respostas individuais e ações importantes que se podem levar a cabo coletivamente no local de trabalho para gerir o stresse.

Gestão a nível individual

Se sofre de stresse... pense nos dez pontos seguintes. Alguns podem aplicar-se ao seu caso.

1. Conheça melhor as suas próprias reações ao stresse. Utilize-as como **sinais de alerta**.
 - a. O que é que o seu corpo e a sua mente estão a tentar dizer-lhe?
 - b. Deve definir as suas prioridades de outra forma?
 - c. Desacelerar? Tirar uns dias na próxima semana?
 - d. Pedir uns dias de baixa se não se sente bem?
 - e. Mudar de trabalho?
 - f. Ir ao médico?
2. Tente encontrar a **causa** do stresse no seu caso.
 - O trabalho?
 - As suas próprias exigências?
 - Em que áreas? Alguma coisa que pode mudar e que vai mudar?
3. Muito do que lhe causa o stresse pode ser **trivial**, algo que em breve esquecerá, nada com que deva preocupar-se. Não reaja exageradamente a coisas pequenas que não exijam tanta energia e atenção. Algumas coisas são aborrecidas, não um desastre.
4. Não se atormente com preocupações sobre o que poderá acontecer no futuro ("o que acontecerá se..."). Alguém uma vez disse: "Tive muitas preocupações na minha vida, a maioria das quais nunca aconteceram."
5. Se se defronta com algo que não pode mudar, não bata com a cabeça contra o muro. Tente aceitar o inevitável. Espere pela onda, e agarre-a. Depois quem sabe descubra que não foi tão mal como pensava.
6. Tente compensar de outras formas. Faça coisas divertidas com a sua família se está a ter dificuldades no trabalho. Ou tente disfrutar do seu trabalho se a sua vida familiar é difícil.
7. Obtenha apoio social. "Apoiemo-nos uns nos outros".
8. Ponha os pés na terra. Seja realista quando fixar metas. Fixe metas parciais. E não

lute contra fantasmas.

9. Tente controlar a sua própria vida.

- Desenvolva e use o seu próprio autocontrolo, o seu próprio poder, o poder que tem sobre a sua vida quotidiana.
- Mude o que puder e deva ser mudado.
- Aceite o que não se pode mudar.
- Compense os dissabores.
- E aprenda a apreciar tudo o que está bem.

10. Se os pontos anteriores não o ajudam – não deixe de procurar um médico.

Gestão a nível coletivo

Existem várias estratégias no âmbito de uma política global de segurança e saúde no trabalho, que podem ser úteis para evitar condições de trabalho geradoras de stresse e o stresse no local de trabalho. Muitas destas estratégias estão relacionadas com a carga de trabalho, o desenho e o conteúdo do trabalho.

Controlo

Como se mostrou no modelo de stresse de Karasek, dar aos trabalhadores maior controlo pode ajudar a reduzir o stresse mesmo em situações de maior exigência. Isto pode conseguir-se:

- garantindo níveis adequados de pessoal;
- permitindo que os trabalhadores tenham uma palavra sobre como desenvolver o seu trabalho.

Programar as estratégias pode ser crucial para evitar o stresse:

- avalie regularmente os prazos e fixe prazos razoáveis;
- assegure-se que as horas de trabalho são previsíveis e razoáveis.

Apoio social

A terceira variável do modelo de exigência-controlo é o apoio dos colegas. Existem várias estratégias de gestão que podem criar um clima necessário para que surja o apoio:

- permitir o contacto social entre os trabalhadores;
- manter um local de trabalho sem violência física e psicológica;
- assegurar que existem relações de apoio entre os supervisores e os trabalhadores;
- proporcionar uma infraestrutura organizacional onde o pessoal de supervisão assuma a responsabilidade dos outros trabalhadores e exista um nível adequado de contacto;

- convidar os trabalhadores a discutir qualquer conflito entre as exigências do trabalho e a família;
- reforçar a motivação destacando os aspetos positivos e úteis do trabalho.

Correspondência entre o trabalho e o trabalhador

A pessoa certa no lugar certo com os recursos de que necessita para realizar as tarefas sem stress. Isto requer competências do lado da gestão para avaliar tanto o posto de trabalho como o trabalhador, com o objetivo de:

- que o trabalho corresponda às competências físicas e psicológicas do trabalhador;
- atribuir tarefas de acordo com a experiência e as competências;
- garantir a utilização adequada das competências. Por exemplo ter um trabalhador altamente qualificado num posto de trabalho onde aproveite as suas competências, caso contrário ficará farto; da mesma forma um trabalhador com competências básicas ficará sob elevado stress se lhe for pedido que assuma uma tarefa para a qual não tem competências ou não tenha recebido formação adequada.

Formação e educação

Para garantir que as competências dos trabalhadores e as suas tarefas têm correspondência entre si, à medida que a empresa se desenvolve e as situações se alteram, é necessário oferecer formação adequada aos trabalhadores para não criar situações de stress.

Transparência e equidade

Num ambiente onde os trabalhadores sentem que são tratados com equidade e sabem o que esperar, há menos stress. A gestão pode criar este tipo de ambiente:

- assegurando que as tarefas estão claramente definidas;
- atribuindo papéis claros, evitando conflitos e ambiguidades;
- na medida do possível oferecendo segurança no emprego;
- oferecendo uma retribuição adequada pelo trabalho desempenhado;
- garantindo transparência e equidade nos procedimentos para lidar com as queixas.

Ambiente físico do trabalho

Não deve ser esquecido que a configuração do espaço físico do trabalho pode contribuir para a redução dos níveis de stress. O stress entre os trabalhadores pode ser limitado proporcionando uma iluminação e equipamentos adequados, controlando a qualidade do ar e os níveis de ruído, evitando a exposição a agentes perigosos e tomando em consideração a ergonomia para a conceção do posto de trabalho.

5. Boas práticas

Avaliação do stresse

O objetivo de qualquer programa de controlo do stresse é a gestão das suas causas específicas e dos seus efeitos, tanto com a situação laboral, como com as características pessoais do indivíduo. Para que um programa seja eficaz é necessário identificar adequadamente os fatores de risco que causam situações de muito stresse e avaliar o desempenho no trabalho e os problemas pessoais resultantes do stresse.

É necessário envolver os trabalhadores na identificação dos fatores de risco que consideram que provocam stresse desnecessário nos seus postos de trabalhos, e na classificação dos mesmos para estabelecer prioridades para a intervenção. Esta avaliação deve fazer-se de forma sistemática e é necessário pedir aos trabalhadores que expressem as suas preocupações sobre qualquer situação que possa estar a provocar stresse no trabalho. Neste sentido, a avaliação dos fatores de risco relevantes pode ser particularmente útil para o desenho de medidas de prevenção e de correção.

Prevenção do stresse

Uma vez reconhecida a existência de stresse e identificados os fatores de risco, devem iniciar-se as ações que permitam enfrentar o stresse. Admitindo que o stresse se deve a um desajustamento entre as exigências do ambiente e as capacidades do indivíduo, o desequilíbrio pode ser corrigido de acordo com a situação, quer ajustando as exigências externas para uma adequação ao indivíduo ou reforçando as capacidades da pessoa para superar as dificuldades ou ambas. Neste ponto deve ter-se em conta que dado que o stresse é um fenómeno multifacetado e cada caso é diferente não existe uma solução simples e universal para a gestão do stresse.

A resposta ideal para o stresse é evitar que ocorra. Isto pode ser conseguido atacando o núcleo do problema: a sua causa. Contudo não existe uma única causa para o stresse e nem sempre é possível eliminar todos os fatores de risco. Além disso as ações devem apontar para a eliminação do maior número de causas possível, para que estas ações reduzam o stresse e evitem o stresse futuro. Como isto por vezes não é possível no curto prazo, admite-se geralmente que melhorar a capacidade das pessoas para resistir ao stresse pode ser uma estratégia complementar valiosa como parte de um amplo processo organizacional de combate ao stresse.

A maioria das causas do stresse no local de trabalho está relacionada com a definição do conteúdo das tarefas específicas e a organização do trabalho. Os investigadores do stresse identificaram nove categorias em que se podem agrupar os fatores de risco relacionados com o stresse: conteúdo do trabalho, carga e ritmo do trabalho, horário de trabalho, participação e controlo, desenvolvimento profissional, estatuto e remuneração, papel da organização, relações interpessoais, cultura organizacional e relação entre a vida pessoal e a vida profissional. O quadro da página seguinte descreve alguns dos perigos psicossociais relacionados com estas categorias.

FATORES DE RISCO RELACIONADOS COM O STRESSE

Conteúdo do trabalho

- Tarefas monótonas, pouco estimulantes, sem sentido
- Falta de variedade
- Tarefas desagradáveis
- Tarefas que causam repulsa

Carga e ritmo de trabalho

- Ter demasiado ou muito pouco para fazer
- Trabalhar sobre pressão de tempo

Horário de trabalho

- Horários de trabalho rígidos e inflexíveis
- Horários prolongados e incompatíveis com a vida social
- Horário de trabalho imprevisível
- Sistemas de turnos mal desenhados

Participação e controlo

- Falta de participação na tomada de decisões
- Falta de controlo (por exemplo, sobre os métodos e o ritmo de trabalho, o horário e o ambiente de trabalho)

Desenvolvimento profissional, estatuto e remuneração

- Insegurança no emprego
- Falta de perspectivas de promoção
- Desincentivos ou incentivos
- Trabalho com 'pouco valor social'
- Sistemas de remuneração à peça
- Sistemas de avaliação de desempenho pouco claros ou injustos
- Sobre qualificação ou subqualificação para o trabalho

Papel da organização

- Papel pouco claro
- Papéis em conflito dentro do mesmo posto de trabalho
- Ser responsável por outras pessoas
- Lidar continuamente com outras pessoas e com os seus problemas

Relações Interpessoais

- Supervisão insuficiente, imprudente ou sem apoio
- Relações insatisfatórias com colegas de trabalho
- Intimidação, assédio e violência
- Trabalho isolado ou solitário
- Não há procedimentos formalizados para lidar com problemas ou reclamações

Cultura Organizacional

- Comunicação fraca
- Fraca liderança
- Ausência de clareza quanto aos objetivos e estrutura da organização

Conciliação trabalho e família

- Exigências divergentes do trabalho e domésticas
- Falta de apoio para problemas domésticos no trabalho
- Falta de apoio para problemas de trabalho em casa.

Fonte: *WHO protecting workers' health series No.3: Work organization and stress*, 2004.

Avaliação e gestão de riscos

A gestão de riscos é uma abordagem de gestão de problemas focalizada nos fatores de risco para a saúde e segurança, faz parte integrante do sistema de gestão de SST da empresa e contribui para o ciclo de melhoria contínua do trabalho e das condições de trabalho.

Os perigos relacionados com o stresse no local de trabalho podem ser avaliados e os seus efeitos controlados através de medidas de avaliação e de gestão de riscos da mesma forma que se faz para outros perigos no local de trabalho. Uma vez que as causas do stresse são perigos relacionados com a conceção e a gestão do trabalho e as condições do trabalho, será necessário identificar quais são as práticas ou medidas de organização do trabalho que provocam o desequilíbrio entre as exigências e os recursos, em termos de inadequação entre as exigências e pressões, por um lado, e por outro entre o conhecimento e as capacidades dos trabalhadores. Isto permitirá estabelecer prioridades para as mudanças e gestão da redução de riscos.

Etapas para a gestão de riscos:

1. análise da situação e avaliação do risco;
2. conceção de um plano de ação para redução dos riscos de stresse no local de trabalho;
3. implementação do plano de ação;
4. avaliação do plano de ação; e
5. lições retiradas e ação futura baseada nos resultados dessa avaliação.

Há várias intervenções que podem ser consideradas. A escolha da combinação mais eficaz deve corresponder ao grupo alvo e às características específicas da situação de trabalho particular. Seguindo a sequência de ações para a gestão dos riscos, um exemplo de intervenções para redução do risco de stresse relacionado com o trabalho seria:

1. Prevenção primária, reduzindo o stresse através de:

- medidas ergonómicas,
- conceção da organização e do ambiente de trabalho,
- desenvolvimento organizacional e da gestão.

2. Prevenção secundária, reduzindo o impacto do stresse através de:

- formação e educação dos trabalhadores e supervisores,
- apoio social.

3. Prevenção terciária, reduzindo o impacto do stresse através de:

- desenvolvimento de culturas de gestão mais sensíveis e com maior capacidade de resposta,
- incorporação da gestão de risco de stresse nas políticas e práticas de SST,
- melhoria do acesso aos serviços de saúde no trabalho.

Para combater as causas do stresse, o posto de trabalho bem concebido deve incluir:

Postos de trabalho bem concebidos	
Estrutura e práticas organizacionais claras	Os trabalhadores devem receber informação clara sobre a estrutura, os objetivos e as práticas da organização.
Seleção, formação e desenvolvimento do pessoal	O conhecimento, as competências e as capacidades de cada trabalhador devem corresponder, na medida do possível, às necessidades de cada posto de trabalho. Os candidatos para cada posto de trabalho devem ser avaliados de acordo com os requisitos para o posto de trabalho. Quando necessário deve ser oferecida formação adequada. Uma supervisão e orientação eficaz são importantes e podem ajudar a proteger o pessoal do stresse.
Descrição dos postos de trabalho	Uma descrição adequada do posto de trabalho depende da compreensão da política, dos objetivos e estratégia da organização do trabalho e dos métodos de avaliação do desempenho.

Postos de trabalho bem concebidos

A descrição de funções deve ser clara	É importante que a gestão e outros membros chave estejam consciencializados dos elementos relevantes do posto de trabalho e certificar-se de que os requisitos são os apropriados. Quanto melhor o trabalhador compreender a sua função, melhor saberá canalizar os seus esforços para um bom desempenho.
Comunicação	A gestão deve falar com os trabalhadores, ouvi-los e deixar bem claro que foram ouvidos. A comunicação das expectativas relativamente ao trabalho deve ser perceptível, consistente com a análise de funções e deve ser completa. Os compromissos com os trabalhadores devem ser claros e devem ser mantidos.
Ambiente social	Um nível razoável de socialização e trabalho em equipa é muitas vezes produtivo e pode ajudar a aumentar o empenhamento no trabalho e o trabalho de equipa.

Fonte: *WHO protecting workers' health series No.3: Work organization and stress*, 2004.

A lista que se segue contém possíveis tipos de intervenção, que vão desde ações dirigidas ao ambiente de trabalho até àquelas orientadas para o indivíduo:

- intervenção do ambiente socioeconómico externo;
- conceção de legislação, diretivas internacionais e nacionais;
- integração da prevenção do stresse na política da empresa sobre segurança e saúde no trabalho através de medidas de promoção da saúde;
- apoio social;
- intervenção na tecnologia e na organização do trabalho;
- melhoria do planeamento do trabalho e da fiabilidade dos sistemas;
- redução das horas de trabalho e organização das equipas de trabalho e dos períodos de descanso em relação à carga de trabalho;
- organização dos turnos de acordo com critérios psicológicos, fisiológicos e sociais;
- participação na tomada de decisões e uma comunicação eficaz nos dois sentidos;
- intervenção no local de trabalho e na estrutura de tarefas;
- melhoria do ambiente físico do trabalho;
- redução do ruído;
- melhoria das condições microclimáticas e da qualidade do ar em espaços fechados;

- conceção dos locais de trabalho de acordo com critérios ergonómicos;
- melhoria dos postos de trabalho;
- melhoria das condições de trabalho das pessoas que trabalham com computadores e monitores de visualização;
- correção das posturas na posição sentada;
- intervenções para melhorar as respostas e o comportamento individual;
- orientação e apoio psicológico sobre estratégias individuais para enfrentar o stresse;
- melhor recrutamento, seleção e formação;
- orientação e apoio psicológico, e outras estratégias de apoio a nível da empresa;
- intervenções específicas para a proteção e promoção da saúde;
- vigilância adequada da saúde.

Dado que praticamente todas as medidas anteriormente mencionadas podem em princípio, beneficiar as pessoas de todas as profissões afetadas pelo stresse, é necessário identificar quais as medidas específicas mais relevantes para cada local de trabalho.

As abordagens na prevenção são cada vez mais relevantes na investigação e orientação das políticas públicas e estão a abrir novos caminhos de intervenção para a luta contra o stresse relacionado com o trabalho.

6. Inter-relações

Como referido anteriormente, os problemas psicossociais estão interrelacionados: sofrer de um deles pode provocar ou contribuir para causar outro. O stresse está particularmente relacionado com a violência e a dependência, mas também com hábitos saudáveis de vida como a nutrição, o exercício e o sono reparador.

Violência e stresse

Existe claramente uma relação estreita entre a violência e o stresse. No SOLVE a violência no local de trabalho inclui tanto a violência psicológica como a física. Em situações de stresse muitas pessoas tendem a ficar mal-humoradas e indispostas com as pessoas que as rodeiam.

Entre as muitas fontes de stresse relacionado com o local de trabalho, as investigações de Barling identificaram três que contribuem consideravelmente para a probabilidade de ocorrência de violência (especialmente violência física no local de trabalho):

- a perceção de injustiça (p. ex. não ser tomado em conta numa promoção ou ser injustamente castigado),
- controlo eletrónico, e
- a insegurança no emprego.

Do mesmo modo, se existir violência no local de trabalho, é provável que se verifique mais stresse. Um ponto interessante é que, de acordo com investigações de Bennett y Lehman, este fenómeno pode afetar tanto as testemunhas da violência como as suas vítimas. Esta situação apresenta-se sobretudo em profissões que envolvem um volume significativo de trabalho em equipa e que estão orientadas para o cliente.

Dependências e stresse

Existem provas de que o stresse alimenta os hábitos aditivos, mas também que as adições podem gerar um aumento do stresse. Por exemplo, está demonstrado que os trabalhadores sob stresse que trabalham muitas horas fumam mais e bebem mais do que os que trabalham menos horas.

As investigações mostram que as pessoas que sofrem de adições também têm manifestações de stresse como a ansiedade e a depressão.

Muitas vezes a adição é o resultado da intenção de superar as dificuldades da vida ou do trabalho, mas quase sempre pioram a situação. Os fumadores, por exemplo, costumam dizer que “fumam para ultrapassar as coisas” como justificação para o hábito de fumar, mas existem evidências que sugerem que os níveis de stresse dos fumadores entre um cigarro e outro são mais elevados do que os dos não fumadores.

Os fumadores têm de fumar para alcançar o nível “normal” de stresse que experimentam os não fumadores.

Estilo de vida e stresse

Atualmente muitas das escolhas que as pessoas fazem relativamente ao seu estilo de vida tanto com a alimentação e como organizam os padrões do sono, veem-se afetadas pelo stresse no trabalho e noutros ambientes. Muitas pessoas com elevados níveis de stresse têm dificuldades em conciliar o sono. Quando esta situação é contínua, pode ter graves consequências na saúde, dado que o corpo não pode recuperar-se. Os hábitos de alimentação também são afetados pelo stresse. A pressão do tempo pode levar a horários irregulares das refeições. Os alimentos nestas condições tendem a ser altamente processados, a conter muita gordura e açúcar e pouca fibra. As investigações também demonstraram que algumas pessoas comem alimentos mais saudáveis quando se sentem bem, mas preferem a “comida de plástico” quando não estão bem.

O exercício é uma resposta positiva ao stresse que é bem conhecida. Não só melhora a saúde mas também o humor e a capacidade de resistir a situações difíceis.

7. Integração de políticas

No âmbito de uma política integrada sobre segurança e saúde no trabalho que incorpore os fatores de risco psicossocial existem uma série de aspetos que são particularmente relevantes para a gestão e prevenção do stress no trabalho.

Organização do trabalho

A organização do trabalho é uma questão chave para a gestão do stress em qualquer organização. Uma determinada carga de trabalho pode parecer impossível de resistir se a situação laboral oferecer ao trabalhador pouco controlo e nenhum apoio social; enquanto a carga de trabalho pode parecer um desafio possível de alcançar com o apoio dos colegas e se o trabalhador tiver um pouco de controlo sob a forma de trabalhar. A política da empresa sobre a organização do trabalho deve tender a que os trabalhadores experimentem a segunda situação e não a primeira.

Participação e consulta ao trabalhador

Uma forma de criar algum controlo e possivelmente apoio social é envolver os trabalhadores na conceção dos postos de trabalho e na elaboração das políticas em todas as etapas. Desta forma podem ser encontradas soluções que satisfaçam as necessidades dos trabalhadores, assim como as do empregador. Uma boa política de prevenção do stress relacionado com o trabalho pressupõe um bom diálogo social.

Informação

Uma forma de redução do stress é proporcionar informação clara e transparência na organização. Ao evitar ocultar informação sobre a evolução da empresa podem ser encontradas respostas apropriadas às situações reais, em vez de criar preocupações e especulações sobre situações que podem nem sequer surgir.

Formação e educação

Para se atingir uma correspondência entre a exigência e o controlo é essencial que a pessoa que realiza o trabalho tenha formação adequada. Uma boa formação oferece os recursos e as competências para o cumprimento das exigências do trabalho. Deve ser política das empresas que se formem os trabalhadores adequados para fazerem os trabalhos apropriados.

Avaliação e gestão de riscos

Na perspectiva do stresse como resultado de alguns fatores de risco no local de trabalho (como no modelo de Palmer, Cooper e Thomas mencionado anteriormente neste capítulo), podem aplicar-se estratégias apropriadas de avaliação e de gestão de riscos para riscos psicossociais para a prevenção do stresse.

Promoção da saúde

Promovendo hábitos de vida saudáveis, as empresas podem contribuir para a redução do stresse; os trabalhadores que fazem exercício e têm uma boa alimentação e não estão sujeitos a dependências têm menos probabilidades de recorrer a comportamentos pouco saudáveis como o abuso do álcool e tabagismo.

Bibliografia

- 📖 Barling, J. 1996. “The prediction, psychological experience and consequences of workplace violence”, in G. VandenBos and E. Q. Bulatao (eds.): *Violence on the job: Identifying risks and developing solutions* (Washington D.C., American Psychological Association).
- 📖 Bennett, J.B.; Lehman, W.E. 1999. “The relationship between problem co-workers and quality work practices: A case study of exposure to sexual harassment, substance abuse, violence and job stress” in *Work & Stress*, Vol. 13, No. 4 (London, Routledge), pp. 299–311.
- 📖 Beskow, J.; Wasserman, D. 2002. “Venlång: The Swedish National Programme for Suicide Prevention”, in D. De Leo; A. Schmidtke and R.F.W. Diekstra (eds.): *Suicide prevention. A holistic approach*, (Kluwer, Dordrecht).
- 📖 Brun, J.P.; Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). 2005. “Scope of the problem. How workplace stress is shown. Booklet 1”, *Mental health at work. From defining to solving the problem* (Quebec, Chair in Occupational Health and Safety Management at Université Laval).
- 📖 Canetti, L.; Bachar, E.; Berry, E. M. 2002. “Food and emotion” in *Behavioural Processes*, Vol. 60, No. 2, pp. 157–164.
- 📖 Cox, T.; Griffiths, A. 1994. *Manual on Occupational Stress in Nursing* (Geneva, ILO).
- 📖 Cox, T. *et al.* 2000. *Organisational Interventions for Work Stress* (Sudbury, UK, HSE Books).
- 📖 Danaei, G. *et al.* 2005. “Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioral and environmental risk factors” in *The Lancet*, Vol. 366, No. 9499, pp. 1784–1793.
- 📖 European Agency for Safety and Health at Work. 2000. *Research on work-related stress* (Luxemburg, Office for Official Publications of the European Communities).
- 📖 —. 2009. *OSH in Figures: Stress at work – facts and figures* (Luxemburg, Office for Official Publications of the European Communities).
- 📖 —. 2010. “European survey of enterprises on new and emerging risks” in *Managing safety and health at work* (Luxemburg, Office for Official Publications of the European Communities).
- 📖 European Heart Network. 2006. *Stress and Cardiovascular disease* (Brussels).
- 📖 Greenberg, P.E.; Sisitsky, T.; Davidson, J.R.T. 1999. “The economic burden of anxiety disorders in the 1990s” in *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 60, No.7, pp. 427–435.
- 📖 Griffiths, A.; Cox, T. 1998. *Work Stress: Advice on its Prevention and Management* (Borehamwood, UK, Loss Prevention Council).

- 📖 Health and Safety Executive. 2001. Tackling workrelated stress: a managers' guide to improving and maintaining employee health and wellbeing (Sudbury).
- 📖 Houtman, I.L.D; Kompier, M.A.J. 1995. "Risk fators and occupational risk groups for work stress in the Netherlands" in S. L. Sauter and L. R. Murphy (eds.): Organizational risk fators for job stress (Washington, D.C., American Psychological Association).
- 📖 Karasek, R.A.; Theorell, T. 1990. Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life (New York, Basic Books).
- 📖 Levi, L. 2001. Stress and health (Stockholm, Skandia).
- 📖 Maslow, A.H. 1943. "A Theory of Human Motivation" in Psychological Review, Vol. 50, No. 4 (American Psychological Association), pp. 370–96.
- 📖 National Institute for Occupational Safety and Health. 1999. Stress... At Work (Cincinnati, Ohio, Department of Human and Health Services NIOSH Publication No. 99–101).
- 📖 Palmer, S.; Cooper, C.; Thomas, K. 2001. "Model of organizational stress for use within an occupational health education/promotion or wellbeing programme – A short communication" in Health Education Journal, Vol. 60, No. 4, pp. 378–80.
- 📖 Palmer S, Cooper C, Thomas K. 2003. Creating a balance: managing stress. (London, British Library).
- 📖 Palmer, S.; Cooper, C.; Thomas, K. 2004. "A model of work stress" in Counselling at work, Vol. 4 (Lutterworth, UK, British Association for Counselling & Psychotherapy), pp. 2–5.
- 📖 Parrott, A. 1999. "Does cigarette smoking cause stress?" in American Psychologist, Vol. 54 (Washington, D.C., American Psychological Association), pp. 817–820.
- 📖 Richman, J.A. *et al.* 1999. "Sexual harassment and generalized workplace abuse among university employees: prevalence and mental health correlates" in American Journal of Public Health, Vol. 89 (Washington, D.C., American Public Health Association), pp. 358–363.
- 📖 Selye, H. 1936. "A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents" in Nature, Vol. 138 (Nature Publishing Group), pp. 32–34.
- 📖 Shields, M. 2000. "Long working hours and health" in Perspectives on Labour and Income, Vol. 12 (Ottawa, Ontario, Statistics Canada), pp. 49–56.
- 📖 Stokols, D. 1996. "Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion" in American Journal of Health Promotion, Vol. 5, No. 10, pp. 282–298.
- 📖 Stokols, D.; Pelletier, K. R.; Fielding, J. E. 1996. "The Ecology of Work and Health: Research and Policy Directions for the promotion for Employee Health" in Health Education Quarterly, Vol. 23, No. 2 (SAGE Publications), pp. 137–158.
- 📖 Weissman, M.M.; Myers, J.K. 1980. "Clinical depression in alcoholism" in American Journal of Psychiatry, Vol. 137, No. 3 (Arlington, Virginia, American Psychiatric Publishing), pp. 372–373.

-  Wolf, S.; Bruhn, J.G. 1979. The Roseto story. An anatomy of health (Norman, University of Oklahoma Press).
-  World Health Organization. 2004. Protecting Workers' Health Series No. 3: Work organization and stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives (Geneva). Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/publications/stress/en/index.html
-  2009a. Fact sheet N. 317, Cardiovascular diseases (CVDs) Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/print.html>
-  2009b. Suicide prevention (SUPRE) Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
-  2011a. WHO Global status report on noncommunicable diseases (NCD).
-  2011b. Fact sheet N. 297 Cancer Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>
-  2011c. WHO Mental Health GAP action programme newsletter, January 2011, Geneva.

Sítios da Internet

-  European Agency for Safety and Health at Work, Stress Definition and Symptoms:
http://osha.europa.eu/en/topics/stress/definitions_and_causes
-  The European Heart Network:
<http://www.ehnheart.org>
-  World Health Organization, Cancer:
<http://www.who.int/cancer/en/>
-  World Health Organization, Cancer Fact sheet:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>
-  World Health Organization, Cardiovascular disease prevention and Control:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/cvd/en/>
-  World Health Organization, Mental Health:
http://www.who.int/mental_health/en/
-  WHO Prevention of Suicidal Behaviours: A Task for All:
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/background/en/index.html
-  World Health Organization, Suicide prevention (SUPRE):
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/



Álcool e drogas no trabalho



1. Introdução

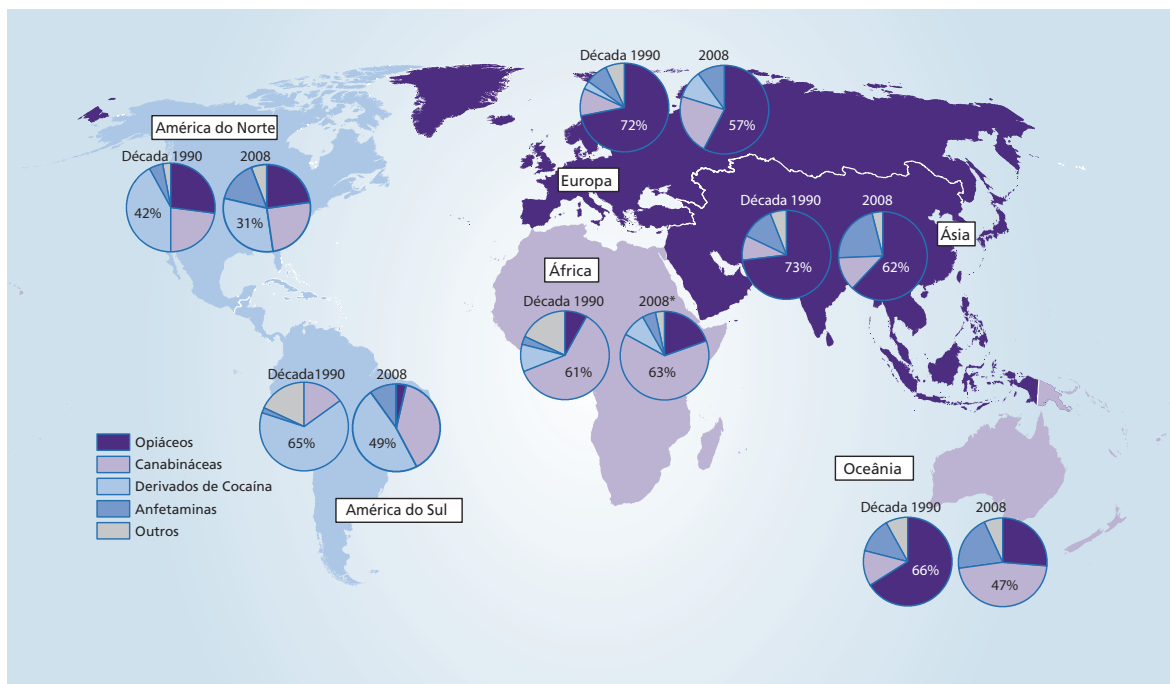
Os problemas ligados ao álcool e às drogas podem surgir como consequência de fatores pessoais, familiares ou sociais, de determinadas situações laborais ou de uma combinação destes elementos. Estes problemas não apresentam apenas um efeito negativo sobre a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, mas podem ainda estar na origem de muitos problemas relacionados com o trabalho, incluindo deterioração no desempenho profissional. Embora a eliminação do abuso de substâncias seja um objetivo altamente desejável, a experiência demonstrou as dificuldades de o conseguir ao nível do local de trabalho.

Existe uma grande tradição de programas para abordar o problema do abuso de substâncias por parte dos trabalhadores. Tradicionalmente, centraram-se na identificação e reabilitação das pessoas com graves problemas de abuso de álcool e mais recentemente de drogas, numa abordagem individual. No entanto, à medida que se foram aprofundando os conhecimentos sobre o alcance, a natureza e os custos associados ao problema, as empresas, organizações e países mais progressistas colocaram um maior ênfase no desenvolvimento de parcerias consensuais abrangentes dentro e fora do local de trabalho para conceber estratégias de longo alcance dirigidas a uma melhoria real na situação, tendo em consideração a existência de múltiplas causas para os problemas relacionados com o álcool e as drogas, com as consequentes abordagens múltiplas para a prevenção, a assistência, o tratamento e a reabilitação.

De acordo com o Departamento de Gestão da Dependência de Substâncias (GDS) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Gabinete das Nações Unidas para o Controlo da Droga e a Prevenção do Crime (UNODC), mais de dois mil milhões de pessoas em todo o mundo consomem bebidas alcoólicas e 200 milhões de pessoas experimentaram drogas nos últimos tempos. É um problema que afeta indistintamente países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Todos os países são afetados pelas consequências devastadoras do abuso do álcool e das drogas; embora as drogas consumidas nos diferentes países possam variar, a Figura 4.1. na página seguinte demonstra a gravidade destes problemas e o seu crescimento por todo o mundo. Um aspeto fulcral desta questão é o rápido ritmo da globalização e das mudanças da sociedade; os problemas e os padrões de abuso de substâncias estão a piorar e a ter um impacto cada vez maior sobre o trabalho e a saúde pública, muitas vezes nos locais onde há menos recursos para os combater. Um número de fatores está a contribuir para o aumento dos problemas ligados ao álcool e às drogas em todo o mundo:

- a rápida mudança nas circunstâncias económicas e sociais;
- a disponibilidade global das substâncias objeto de abuso;
- a crescente procura por drogas e álcool.



Fonte: UNODC, 2010.

Figura 4.1. Principais problemas de drogas de acordo com a procura de tratamento por região, desde o final dos anos de 1990 até 2008 (ou último ano disponível)

O abuso do álcool contribui para uma vasta gama de problemas sociais e de saúde incluindo a perda de produtividade no trabalho, a desagregação da família, a dependência, a depressão, lesões resultantes de acidentes ou violência, cirrose do fígado e cancro. Os problemas de saúde e sociais resultantes da bebida frequentemente afetam outras pessoas para além daquele que bebe: violência doméstica, stress financeiro e emocional para os colegas de trabalho, amigos e família são consequências comuns. O forte consumo de álcool afeta em especial os jovens e está ligado às elevadas taxas de comportamento criminal juvenil, a lesões e à interrupção dos estudos.

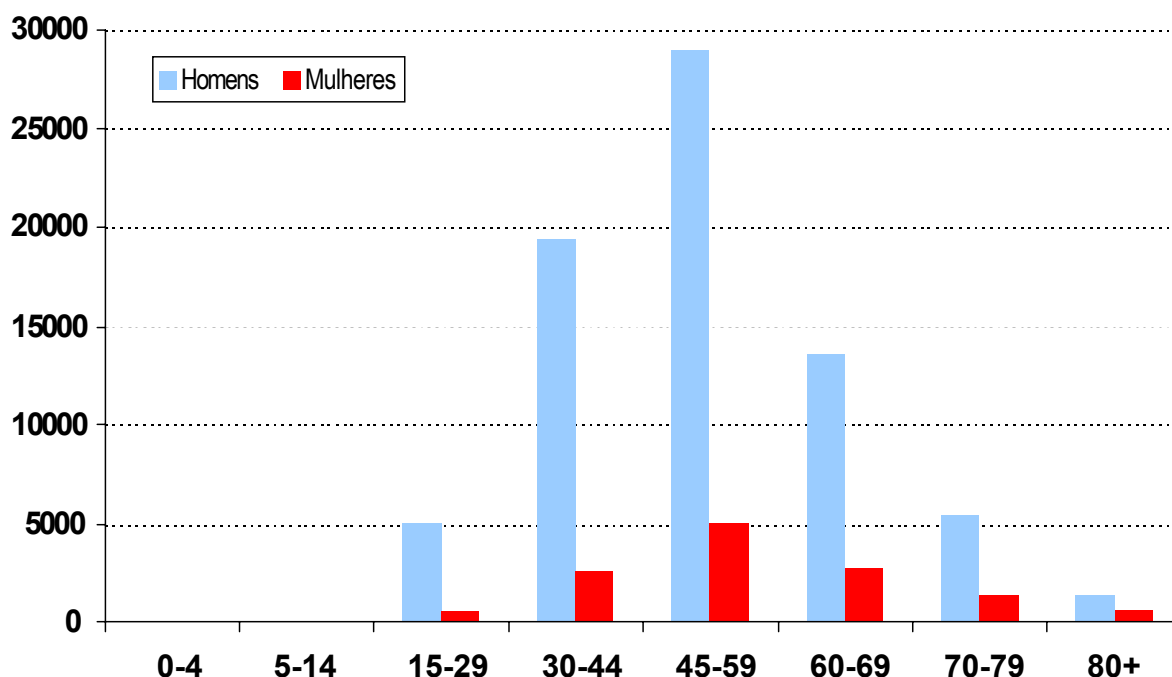
O impacto social e para a saúde do abuso das drogas pode ter um longo alcance, podendo contribuir para doenças cardiovasculares, enfartes, cancro, VIH e SIDA, hepatite e doenças pulmonares. Alguns destes efeitos ocorrem quando as drogas são consumidas em doses elevadas ou por um longo período, podendo, no entanto, ser consequência de um único episódio.

A dependência afeta as pessoas durante os anos mais produtivos da sua vida. Dados da OMS mostram que a grande maioria das mortes por síndrome alcoólica no mundo acontecem entre os 30 e os 69 anos de idade com um pico significativo entre os 45 e os 59 anos de idade.

A maior parte das pessoas gostaria de estar no auge da sua vida profissional durante este período.

Para além disso, 320,000 jovens entre os 15 e os 29 anos de idade morreram de causas relacionadas com o álcool, o que representa uma percentagem de 9 por cento do total das mortes nesse grupo etário (OMS, 2011)¹.

¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/index.html>



Fonte: OMS, 2004.

Figura 4.2: Taxa global de mortes em 2001 causadas pelo abuso e por síndrome alcoólica por grupo etário e sexo.

Este capítulo aborda o álcool e outras drogas com capacidade para provocar dependência. São substâncias psicoativas que alteram as funções cerebrais; o tabaco integra a mesma categoria mas devido ao seu grande impacto sobre a saúde será analisado separadamente no SOLVE.

É importante não esquecer que muitas das substâncias psicoativas normalmente objeto de abuso são legais ou lícitas, incluindo os medicamentos. Se os medicamentos forem tomados sem receita médica com a intenção de experimentar os seus efeitos psicoativos ou porque a pessoa é dependente deve ser considerado abuso.

Os problemas ligados ao álcool e a outras drogas podem afetar qualquer pessoa independentemente da idade, do sexo, do estado civil, dos rendimentos ou do estilo de vida. Do seu consumo ocasional ou abusivo podem resultar múltiplas consequências para a saúde, segurança e produtividade, podendo igualmente conduzir a outros riscos psicossociais. Felizmente, há meios para abordar essas questões e resolvê-las fora e dentro do contexto laboral.

O álcool e muitas drogas estão na origem da dependência física ou psicológica. Os trabalhadores com problemas com o consumo de álcool ou drogas podem estar a sofrer perturbações de saúde devendo ser tratados como os trabalhadores com outros problemas de saúde. O empregador deve disponibilizar aconselhamento profissional, tratamento e reabilitação antes de ponderar a imposição de medidas disciplinares.

2. Compreendendo o álcool e as drogas

O abuso de álcool e outras drogas é referido indistintamente como substâncias de abuso. Algumas das principais categorias de substâncias de abuso mais comuns estão elencadas na tabela seguinte, embora possam ter diferentes nomes populares.

Principais categorias de substâncias de abuso	
Depressores do sistema nervoso central • Álcool (inclui bebidas espirituosas, vinho, cerveja, bebidas artesanais) • Tranquilizantes (benzodiazepinas e barbitúricos) • Ácido gama-hidroxíbutírico (GHB) Estimulantes do sistema nervoso central • Anfetaminas • Cocaína • Nicotina • Cafeína Opiáceos • Morfina e heroína • Ópio • Codeína • Analgésicos como o dextropropoxyphene • Metadona Canabináceas • Haxixe, marijuana • Óleo de cânabis	Alucinogêneos • LSD (Ácido) • Mescalina, Indolealquilaminas ("cogumelos mágicos") • MDMA ("ecstasy") • PCP ("pó de anjo") Inalantes • Aerossóis • Cola • Combustíveis • Tintas • Solventes Medicamentos de venda livre • Anti-histamínicos • Medicamentos para as constipações • Medicamentos para reduzir a ansiedade • Medicamentos utilizados para o tratamento de doenças mentais • Outros (diuréticos, e medicação anti-parkinson) • Esteróides anabolizantes (testosterona, danazol, nandrolona, fluoximesterona)

O álcool, outras drogas e o tabaco são denominados substâncias psicoativas porque afetam o cérebro: alteram a atividade mental, as sensações e os comportamentos; o seu consumo regular pode conduzir à dependência, expor o consumidor a riscos para a sua segurança e saúde e ter consequências sociais adversas.

O consumo de substâncias psicoativas produz sensações imediatas de prazer ou alívio. As pessoas podem por exemplo:

- beber álcool apenas porque gostam do sabor ou para relaxar, ou para se sentirem melhor ou ainda para ultrapassar uma experiência dolorosa;
- fumar canábis para imitar os seus pares, fazer companhia aos seus colegas de trabalho ou simplesmente porque não a conseguem deixar;
- consumir *ecstasy* para experimentar sensações intensas;
- abusar das substâncias por muitas outras razões: para diminuir as sensações de mal-estar, para esquecer uma situação dolorosa, ou para fugir da realidade quando esta se torna intolerável.

Os efeitos, riscos e perigos das substâncias psicoativas variam para cada uma e consoante a forma como é consumida. Podem ocorrer diferentes padrões de abuso de substâncias: por exemplo, um jovem consumidor ocasional de *ecstasy* para efeitos recreativos apresenta um consumo diferente do de uma pessoa de 50 anos de idade, que bebe habitualmente, sendo o padrão de novo diferente no caso de um consumidor já dependente de heroína. As consequências do abuso de álcool e drogas dependem do tipo de substância utilizada, da quantidade, da frequência e do contexto em que é consumida bem como das vulnerabilidades de cada consumidor individual.

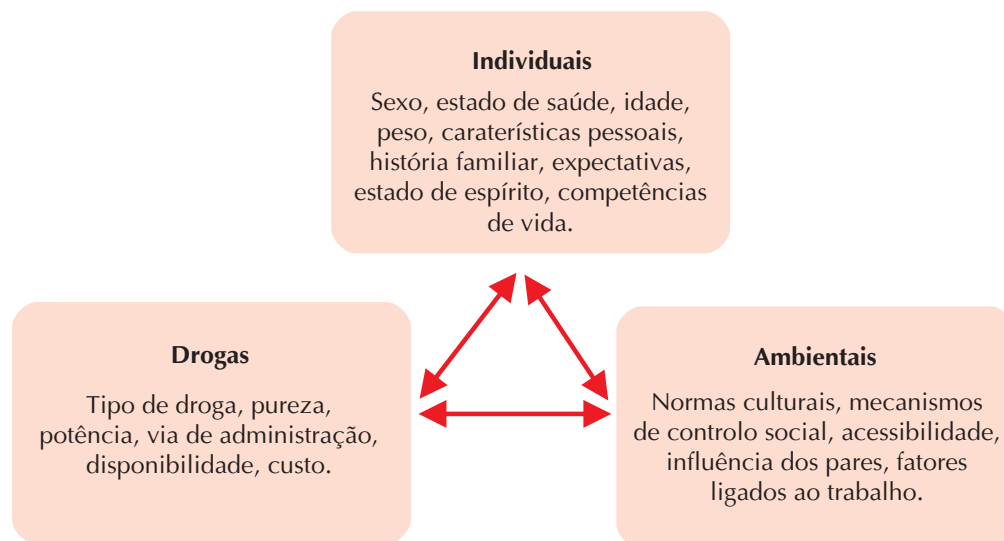


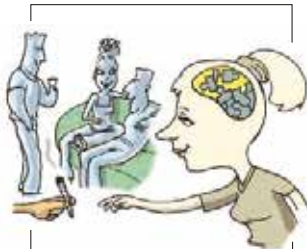
Figura 4.3. Fatores que influenciam o consumo e os efeitos do álcool e das drogas

Efeitos sobre o cérebro

O consumo de álcool e drogas tem efeitos sobre o cérebro causando intoxicação. São igualmente os seus efeitos sobre o cérebro que fazem surgir e manter os consumos excessivos de álcool e drogas e que podem conduzir a recaídas quando as pessoas estão a tentar deixar. Apesar do consumo inicial de drogas poder ser voluntário, o seu abuso provoca alterações na forma como o cérebro trabalha e consequentemente nos comportamentos das pessoas. Quando a dependência se desenvolve, estas mudanças cerebrais interferem com a capacidade de tomar decisões voluntárias, conduzindo ao uso compulsivo, à procura e ao intenso desejo de consumo de drogas.

Mito 1.

A dependência de drogas é simplesmente uma falha de vontade ou força de caráter.



Fonte: National Institute on Drug Abuse (NIDA)

O cérebro tem um circuito natural de recompensa que regula as sensações agradáveis e os impulsos básicos como o apetite e o interesse sexual. As drogas afetam precisamente este circuito aumentando um químico cerebral denominado dopamina, o qual cria sensações agradáveis através do circuito de recompensa.



Fonte: OMS-MSD, 2001

Efeitos sobre a saúde do consumo elevado de bebidas alcoólicas

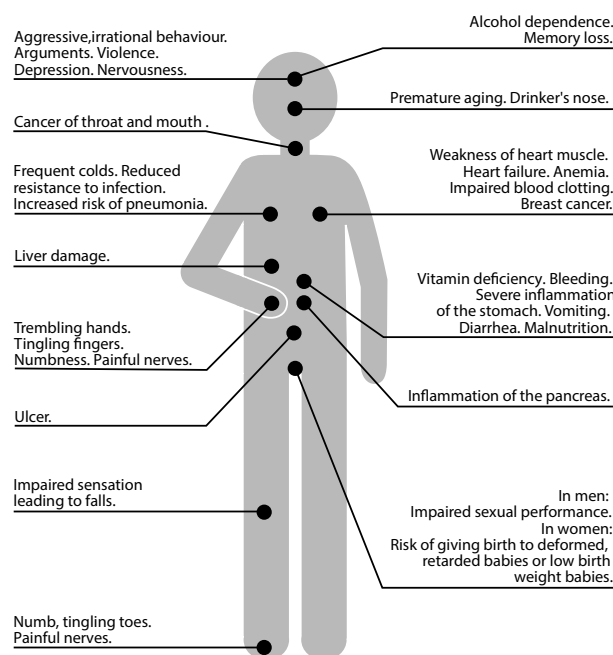
O consumo excessivo de bebidas alcoólicas pode ter efeitos sobre a saúde de muitas áreas do corpo. Os efeitos sobre o fígado são bem conhecidos mas beber álcool em grandes quantidades pode conduzir igualmente a muitas outras doenças, como úlceras, doenças coronárias e algumas formas de cancro.

A dependência é um problema de saúde mental mas mesmo antes de atingir esse estado, o álcool afeta o cérebro potenciando a agressão, a violência, a depressão e o nervosismo.

Os problemas ligados ao álcool e às drogas ocorrem numa espiral do consumo regular ao abuso, e deste à dependência. Para reconhecer se um trabalhador tem um problema, é importante identificar em que fase ele se encontra. Há uma série de sinais, alguns dos quais enumerados no quadro da página seguinte.

Abuso Regular	Dependência
- Consumo em situações potencialmente perigosas: ex: conduzir ou manobrar máquinas sob a sua influência. - Problemas legais recorrentes associados ao consumo de substâncias. - Problemas de saúde, pessoais ou sociais como consequência do consumo. - Incapacidade de cumprir as suas obrigações na escola, em casa ou no trabalho. - Colocar em perigo a saúde e segurança de outras pessoas através do consumo de álcool e drogas. - Consumo apesar dos conselhos para não o fazer (devido a problemas de saúde ou relacionados com o trabalho).	- Necessidade de um consumo regular de drogas para experimentar os seus efeitos ou para ultrapassar a ansiedade quando em abstinência. - Sentimento de perda de controlo enquanto consomem a substância. - Sensação de alívio após o consumo da substância. - Sintomas de abstinência sob a forma de problemas físicos angustiantes (ex. insónias, agitação extrema) e sintomas psíquicos (ex. ansiedade) quando não estão a tomar a substância.

Efeitos do consumo elevado



High-risk drinking may lead to social, legal, medical, domestic, job and financial

(Do original) Fonte: Babor, Higgins-Biddle, 2001.

Factos reais²

Factos reais... sobre o álcool

O abuso do álcool é um padrão do problema da bebida que tem consequências sociais, de saúde ou ambas, no entanto a dependência do álcool ou o alcoolismo refere-se a uma doença que é caracterizada por um comportamento anormal de procura de álcool que conduz a um menor controle sobre a bebida.

Os efeitos imediatos do consumo de álcool incluem:

- visão turva e descoordenação muscular;
- alterações sensoriais;
- diminuição da capacidade de reação;
- mau hálito;
- ressacas.

Efeitos a longo prazo do excessivo consumo de álcool incluem:

- perda de apetite;
- deficiências vitamínicas;
- doenças estomacais;
- problemas de pele;
- impotência sexual;
- lesões no fígado;
- lesões cardíacas e no sistema nervoso central;
- perda de memória.

Breves indicadores de que uma pessoa pode estar com um problema de bebida:

- incapacidade para limitar o consumo de álcool;
- utilizar o álcool para fugir a problemas;
- alterações na personalidade;
- elevado nível de tolerância: beber quase tudo na mesa;
- perdas e memória: não se recordar do que aconteceu enquanto bebia;
- problemas no trabalho ou na escola em resultado da bebida;
- preocupação demonstrada pela família e amigos com a bebida.

² Adaptado de: Straight Facts About Drugs and Alcohol, © 1996-2010 At Health, Inc. Disponível em: <http://www.athealth.com/consumer/disorders/substanceabuse.html>.

Factos reais... sobre a canábis

A canábis é a droga ilícita mais amplamente consumida na maioria dos países com tendência para ser a primeira droga ilegal a que os jovens recorrem. Os efeitos físicos do consumo de canábis podem ser graves, particularmente em adolescentes em crescimento.

Efeitos imediatos do consumo de canábis:

- sonolência;
- alteração da memória imediata, concentração e capacidade de retenção de conhecimentos;
- défice na aptidão motora para desempenhar tarefas que requerem concentração e coordenação tais como conduzir um veículo;
- aumento da frequência cardíaca;
- potenciais riscos de lesões cardíacas para as pessoas com doenças cardíacas pré-existent;
- congestão dos vasos conjuntivais (olhos vermelhos);
- boca e garganta seca;
- relaxamento das inibições sociais;
- paranóia;
- alucinações.

Efeitos de longo prazo do uso de canábis:

- aumento do risco de contrair cancro;
- diminuição nos níveis de testosterona para os homens, inibição irreversível da espermatogénese e dificuldades em ter filhos;
- aumento nos níveis de testosterona para as mulheres e risco elevado de infertilidade;
- diminuição ou extinção do prazer sexual;
- dependência psicológica exigindo cada vez maior quantidade de droga para obter o mesmo efeito;
- a marijuana afeta as mensagens do cérebro, alterando as perceções e emoções, a visão, a audição e a coordenação.

Factos reais... sobre os derivados da anfetamina (metanfetamina)

A metanfetamina é uma droga estimulante quimicamente relacionada com a anfetamina mas com efeitos mais fortes sobre o sistema nervoso central. A metanfetamina pode ser consumida em pastilhas ou em pó, por inalação ou injeção. É normalmente conhecida por “*speed*”, “*meta*” e “*crank*”. A forma cristalizada de anfetamina, mais

forte e que pode ser fumada é conhecida por “ice”.

Os efeitos do consumo de metanfetamina incluem:

- aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial;
- potenciação do estado de vigília, insónia;
- aumento da atividade física;
- diminuição do apetite;
- problemas respiratórios;
- anorexia extrema;
- hipotermia;
- convulsões;
- problemas cardiovasculares que podem causar a morte;
- euforia;
- irritabilidade;
- confusão;
- tremores;
- ansiedade;
- paranóia;
- comportamento violento;
- pode causar lesões irreversíveis nos vasos sanguíneos do cérebro, originando enfartes.

Os consumidores de metanfetamina por via injetável que partilham seringas estão em risco de contraírem VIH e Sida, hepatite B e outras doenças transmitidas pela utilização de seringas infetadas. A metanfetamina goza de uma popularidade crescente em raves (festas onde se dança toda a noite) integrando a lista de drogas consumidas pelos estudantes universitários.

No processo de admissão de pessoas para tratamento contra a metanfetamina, foi observado que, frequentemente, elas são também consumidoras de canábis e álcool. Foi ainda notado que na maioria das mortes relacionadas com a metanfetamina, esta foi consumida juntamente com pelo menos outra droga, normalmente, álcool, heroína, ou cocaína. Os investigadores continuam a estudar os efeitos a longo prazo do uso da metanfetamina.

Factos reais... sobre o *ecstasy*³

O seu consumo expandiu-se com a emergência da música tecno e das chamadas festas “raves”, nas quais os participantes ficam a dançar toda a noite. Integra a nova categoria de substâncias que surgiram dos avanços da química, conhecidas como “drogas sintéticas”, e ingeridas sob a forma de pastilhas. É um estimulante derivado da anfetamina

3 Adaptado de: *Ecstasy*, Copyright 2010 CQLD. Disponível em: <http://www.cqld.ca/livre/en/en/11-ecstasy.htm>

apresentando propriedades similares, causando excitação e perícia física e mental ao mesmo tempo que elimina a fadiga, a fome e as dores.

- Riscos físicos:
- desidratação ;
- arritmia, pressão arterial elevada e outros problemas cardiovasculares;
- hepatite;
- acidente cerebrovascular;
- morte súbita por colapso cardiovascular.
- Riscos psíquicos:
- ataques de pânico, ansiedade;
- alterações de humor e depressão;
- comportamento agressivo.

O *ecstasy* pode ser especialmente perigoso para pessoas que estejam a tomar outra medicação e para as pessoas com problemas de saúde subjacentes.

Factos reais... sobre a cocaína e o *crack*

A cocaína é um pó branco originário das folhas da planta de coca sul americana. O *crack* é uma modalidade fumável de cocaína que foi quimicamente alterada. A cocaína e o *crack* são altamente dependentes. Esta dependência pode corroer a saúde física e mental e atingir um nível tão forte que domine todos os aspetos da vida do adicto. A cocaína pertence à classe de drogas conhecidas como estimulantes que tendem a dar uma ilusão temporária de poder e energia ilimitados, que ao finalizar deixam o consumidor com uma sensação de depressão, irritabilidade e com vontade de consumir mais. Pode ser inalada ou injetada por via intravenosa.

Riscos físicos associados ao consumo de qualquer quantidade de cocaína e *crack*:

- aceleração da frequência cardíaca e respiratória, aumento da pressão arterial e da temperatura corporal;
- ataques cardíacos;
- derrames;
- paragens respiratórias;
- hepatite B ou VIH e SIDA através da partilha de seringas;
- convulsões;
- diminuição das resistências do organismo para combater as infeções;

Mesmo os utilizadores primários podem ter convulsões ou ataques cardíacos que podem ser fatais.

Riscos psíquicos associados ao consumo de qualquer quantidade de cocaína e *crack*:

- comportamento violento, errático ou paranóico;

- alucinações e “formigueiros” - sensação de que se tem insectos imaginários sobre a pele;
- confusão, ansiedade e depressão;
- perda de interesse em comida e apatia sexual ou impotência;
- “psicose de cocaína” – perda de contacto com a realidade acompanhada de desinteresse nos amigos, família, desportos, hobbies e outras atividades.

O consumo de cocaína e *crack* tem contribuído para o aumento de mortes por afogamento, acidentes de viação, quedas, incêndios e suicídios.

Factos reais... sobre alucinogéneos

As drogas alucinogénias são substâncias que distorcem a percepção da realidade objectiva; as mais conhecidas são o PCP mais conhecido por “pó de anjo”, o barco do amor, o LSD ou “ácido”, a mescalina e o peyote e os “cogumelos mágicos”.

Sob a influência dos alucinogéneos, dá-se a desorientação, a distorção da noção de tempo, podendo ainda originar comportamentos imprevisíveis, erráticos e violentos nos consumidores, que podem em última análise conduzir a graves lesões e morte. Os seus efeitos podem durar até 12 horas. O LSD gera um aumento da tolerância: os utilizadores que apresentam um padrão de consumo regular tem de ingerir doses cada vez maiores para atingirem o mesmo estado de intoxicação, o que é extremamente perigoso dada a imprevisibilidade da droga, podendo resultar num risco acrescido de convulsões, coma, falência cardíaca e pulmonar ou mesmo morte.

Riscos físicos associados ao consumo de alucinogéneos:

- aumento da frequência cardíaca;
- aumento da pressão arterial;
- sonolência;
- tremores;
- ausência de coordenação muscular;
- discurso incoerente, disperso, desconexo, cortado e incoerente;
- redução da sensibilidade ao tato e à dor o que pode originar lesões auto-infligidas;
- convulsões;
- coma;
- falência cardíaca e pulmonar.

Riscos psíquicos associados ao consumo de alucinogéneos:

- sensação de distância e alienação;
- depressão, ansiedade e paranóia;
- comportamento violento;
- confusão, suspeita e perda de controlo;

- reviver de experiências (*flashbacks*);
- comportamento similar à psicose esquizofrénica;
- estados catatónicos em que o utilizador fica mudo, letárgico, desorientado e executa movimentos repetitivos sem sentido.

Cada pessoa tem uma reação diferente aos alucinogéneos – não há forma de prever se é possível evitar uma “viagem má”.

Factos reais... sobre os inalantes

Os inalantes são substâncias ingeridas pelo nariz para obter uma exaltação imediata; incluem um grupo de químicos variado que é possível encontrar em produtos consumíveis como os aerossóis, os solventes e as tintas.

Estão na origem de problemas emocionais e físicos podendo inclusivamente resultar em morte.

O consumo de inalantes ainda que uma única vez pode causar risco de:

- morte súbita;
- asfixia;
- alucinações visuais e graves alterações de humor;
- dormência e formigueiro nas mãos e nos pés.

O consumo regular de inalantes pode resultar em:

- dores de cabeça;
- fraqueza muscular;
- dores abdominais;
- diminuição ou perda do olfacto;
- náuseas e hemorragias nasais;
- hepatite;
- comportamento violento;
- frequência cardíaca irregular;
- deficiência hepática, pulmonar e renal;
- danos cerebrais irreversíveis;
- lesões no sistema nervoso;
- perigosos desequilíbrios químicos no corpo;

Os efeitos imediatos dos inalantes incluem:

- taquicárdia;
- dificuldade em respirar;
- tonturas;

- dores de cabeça.

Mesmo um único episódio de inalantes pode provocar a morte; de acordo com médicos especialistas a morte pode ocorrer pelo menos de 5 formas:

asfixia - os gases solventes podem limitar significativamente o oxigénio disponível no ar originando paragem respiratória;

sufocamento - típico nos consumidores de inalantes que utilizam sacos;

aspiração do vómito;

comportamentos desleixados em ambientes potencialmente perigosos;

síndrome de morte súbita por inalação, presumivelmente por paragem cardíaca.

Factos reais... sobre os opiáceos

Os opiáceos são narcóticos que estimulam brevemente determinadas áreas do cérebro deprimindo posteriormente o sistema nervoso central; incluem o ópio, a codeína, a morfina e a heroína.

Os opiáceos são produzidos a partir da vagem da semente da papoila asiática, sendo a codeína e a morfina derivados do ópio. Outras drogas, como a heroína são processadas a partir da morfina ou da codeína. Os opiáceos podem ser fumados, injetados ou ingeridos por via oral ou rectal. Os sintomas de abstinência do consumo de opiáceos são agudos sendo a heroína a substância que causa maior dependência.

Os efeitos do consumo de opiáceos incluem:

- sensação de relaxamento com um efeito (“*rush*”) imediato ;
- eliminação da fome, dores e desejo sexual;
- náuseas;
- vómitos;
- irrequietude;
- sonolência;
- depressão respiratória lenta a profunda;
- lentidão de reflexos, embotamento mental;
- discurso lento;
- pele seca;
- comichão;
- nas mulheres grávidas: anemia, doenças cardíacas, diabetes, pneumonia, hepatite, elevadas taxas de aborto espontâneo, parto com apresentação pélvica, nascimentos prematuros, morte perinatal (partos de feto morto);
- síndrome de abstinência: mau estar, bocejos, olhos lacrimejantes, diarreia, câibras, secreções nasais, ansiedade para consumir a droga.

O consumo regular pode ter como consequências:

- endocardite (infecção do pericárdio e das válvulas do coração);
- VIH e SIDA (pela utilização de seringas infetadas);
- abscessos;
- celulite;
- doenças hepáticas;
- lesões cerebrais;
- complicações pulmonares.

Note que:

A morfina e a codeína podem-se encontrar em xaropes para a tosse, analgésicos e outros medicamentos de venda livre ou com receita médica. Devem tomar-se precauções especiais na condução de veículos e no manuseamento de máquinas e materiais perigosos.

Diferenças de género na resposta

O consumo de bebidas alcoólicas é uma questão de género em todo o mundo; os homens bebem mais (em alguns locais são mesmo os únicos a fazê-lo) mas as mulheres sofrem as consequências de forma desproporcionada.

Simultaneamente, há evidências de que a diferença entre homens e mulheres, ou a diferença no abuso de substâncias está a diminuir. À medida que o consumo de álcool e outras drogas entre as mulheres aumenta, o mesmo acontece com os consequentes efeitos negativos. Por vezes é o delicado ato de malabarismo entre o trabalho e as outras responsabilidades em que as mulheres estão envolvidas que as empurra para o consumo de álcool ou outras drogas (*National Health Service*, 2010).

No Reino Unido, as ligações entre o emprego, os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas e os problemas relacionados com o álcool parecem ser particularmente fortes nas mulheres. As mulheres com empregos bem remunerados têm tendência a beber significativamente acima dos limites razoáveis do consumo.

Fonte: NHS, 2010.

As mulheres têm tendência a consumir drogas diferentes das dos homens: normalmente recorrem mais do que eles às drogas legais e apresentam taxas mais elevadas de dependência a tranquilizantes, comprimidos para dormir, anfetaminas e comprimidos para dieta.

O efeito indireto das drogas e do álcool nas mulheres é colossal; elas suportam as consequências da “gestão” dos consumidores que abusam de substâncias na família quer se trate de parentes, irmãos, maridos ou filhos. As mulheres que têm um relacionamento com um consumidor que abusa ativamente de substâncias são muitas vezes vítimas de comportamentos agressivos e violentos. Tem de enfrentar lares desfeitos, perda de empregos e arranjar trabalhos suplementares remunerados para equilibrarem

os rendimentos familiares, delapidados em drogas e álcool.

O álcool tem efeitos distintos nas mulheres e nos homens em parte por razões fisiológicas: por exemplo, pelo facto de as mulheres terem menos água no organismo do que os homens, a ingestão da mesma quantidade de álcool gera uma maior concentração de álcool no seu sangue. Eles e elas têm diferentes enzimas e hormonas o que, em parte, explica as diferenças fisiológicas entre mulheres e homens na tolerância ao álcool. Estudos sobre o abuso de drogas sugerem que as mulheres podem ser mais sensíveis do que os homens aos efeitos recompensadores das drogas devido a diferentes químicas cerebrais, o que significa que elas têm tendência a tornarem-se dependentes do consumo de drogas mais rapidamente do que eles.

De acordo com dados do Instituto Nacional sobre o Abuso de Drogas dos EUA (National Institute on Drug Abuse - NIDA) as mulheres que abusam das drogas tem menos probabilidades de procurar tratamento do que os homens. No passado, estigmas sociais e outras questões como cuidar dos filhos e a gravidez podem ter travado os padrões de ajuda das mulheres a procurarem tratamento para o abuso de substâncias e contribuído para que sejam objeto de maus diagnósticos, que os problemas não lhes sejam detectados e para que apresentem taxas reduzidas de encaminhamento para tratamento.

Fonte: Johnston, 2006.

A experiência mostra que os fatores psicossociais desempenham um papel mais importante nas mulheres do que nos homens na fase inicial e subsequente do abuso de drogas. Verifica-se uma incidência superior nas consumidoras femininas de problemas como os maus tratos físicos e abusos sexuais na infância, as depressões e stresse pós traumático, o mau relacionamento com os parceiros, e a violência conjugal.

Relativamente aos efeitos do álcool nas mulheres é preciso considerar igualmente os efeitos do seu consumo durante a gravidez: se excessivo pode conduzir ao aborto, ao nascimento prematuro e ao síndrome alcoólico fetal, que impede o desenvolvimento adequado do sistema nervoso do bebé.

3. Impacto

O abuso de álcool e drogas é um problema generalizado em muitos países em todo o mundo, tal como demonstrado pelas seguintes notas e estatísticas. Quando estamos perante um consumo elevado, consequentemente o impacto no trabalho, nas famílias e no rendimento familiar é igualmente alto; a economia nacional sofre, a saúde das pessoas ressentem-se, registando-se igualmente um aumento nos serviços de saúde.

Notas de todo o mundo

Austrália: Num inquérito realizado pelo governo australiano em 2007, nove em cada dez australianos com idade igual ou superior a 14 já tinham álcool em algum momento das suas vidas e 82,9 por cento tinha consumido álcool nos 12 meses que precederam o inquérito. Quase dois em cada cinco australianos tinham consumido alguma droga ilícita nalgum momento das suas vidas e cerca de um em sete consumiu drogas ilícitas nos 12 meses anteriores ao inquérito.

Canadá: O inquérito à dependência no Canadá em 2009 concluiu que 76.5 por cento dos adultos canadianos eram consumidores frequentes de bebidas alcoólicas, e desses, 36.4 por cento bebiam uma vez por semana e 5.1 por cento eram descritos como bebendo em excesso. O número de consumidores de marijuana (*canábis*) duplicou em 10 anos; um em cada seis canadianos referiu já ter consumido ao longo da vida outra droga ilícita diferente da *canábis*.

União Europeia: O Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência analisou em 2009 o consumo de drogas na UE e estimou que para os 13 países em que foram recolhidos dados, 4 milhões de pessoas consomem *canábis* diariamente. Apresentou ainda as suas conclusões, como o uso de novas substâncias psicoativas.

Índia: Um relatório de Bengala em 2005 refere que apenas 21 por cento dos homens consumiam bebidas alcoólicas; o problema era regional: as diferenças cifravam-se nos 7 por cento em média no Estado Ocidental de Gujarat (oficialmente sob proibição) até aos 75 por cento no Estado do Arunachal Pradesh no Noroeste. Estima-se igualmente que 95 por cento das bebidas alcoólicas consumidas por homens e mulheres sejam bebidas espirituosas ilícitas.

Japão: Dois fatores principais aceleraram o acesso às drogas ilícitas entre os jovens: um é a presença de grupos de traficantes de drogas ilícitas, que as oferecem indiscriminadamente, o outro são as novas tecnologias, tal como a Internet e os telemóveis (Yamamoto, 2004).

Filipinas: Um estudo realizado pela Organização Internacional do Trabalho sobre o uso de drogas por crianças que trabalham no tráfico de drogas numa cidade Filipina concluiu que mais de 90 por cento das crianças consumiam drogas como a metanfetamina, a cola e *canábis*, e que a maioria das crianças nesse setor começaram a trabalhar no tráfico de droga entre os 14 e os 16 anos.

África do Sul: O projeto Sacendu que monitoriza o consumo de álcool e droga concluiu que o álcool continua a ser a substância de abuso predominante e que tem o maior impacto nos indivíduos e na sociedade já que representa entre 61 e 74 por cento das admissões aos centros de tratamento especializados. Os diagnósticos relacionados com o álcool entre os pacientes do foro psiquiátrico atingiram os 17 por cento.

Sri Lanka: Estudos em 2007 apresentados pelo FORUT indicam que 30 por cento das famílias consumiam bebidas alcoólicas gastando nelas mais de 30 por cento dos seus rendimentos.

Reino Unido: Em 2007, foram diagnosticadas lesões relacionadas com o álcool a cerca de 40 por cento dos pacientes admitidos nos Departamentos de Acidentes e Emergência. 460 mortes foram causadas por condutores com excesso de álcool. 1,760 acidentes graves e 12,260 ligeiros foram atribuídos a condutores ou peões intoxicados de acordo com a UK Charity NGO Drinkaware.

Impacto sobre o local de trabalho

O uso e abuso de substâncias ocorre em virtualmente todos os setores de atividade económica e entre todos os tipos de pessoas, no entanto, estudos tem demonstrado que homens adultos, jovens e trabalhadores em determinados setores ou profissões têm maior probabilidade de ser associados com o abuso de substâncias no local de trabalho e que, em média, 3 por cento da mão-de-obra a nível mundial é dependente do álcool (OIT, 2003).

Becker (2001) estima que cerca de 54 por cento dos incidentes relacionados com o álcool (tais como acidentes, discussões, absentismo ou crime), são atribuídos aos consumidores ligeiros, com 87 por cento do total a serem da responsabilidade dos consumidores ligeiros e moderados, apenas porque representam um número significativamente maior.

Estudos indicam que as taxas de consumo de álcool e drogas são mais elevadas entre os trabalhadores que:

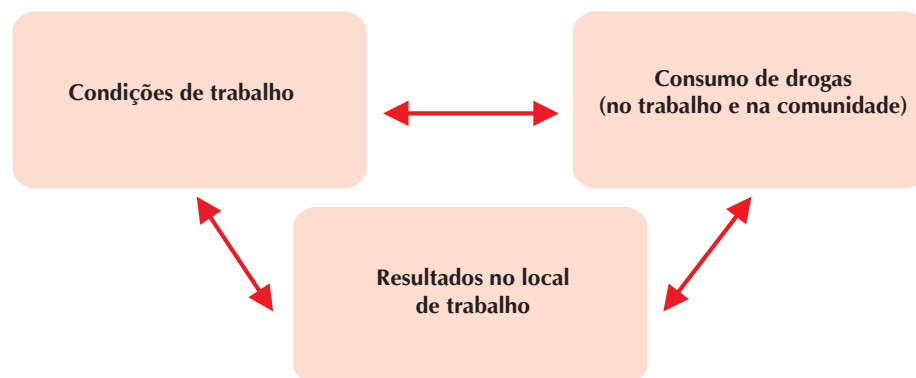
- desempenham funções com um elevado nível de stresse: ex.: gestores de pessoal, equipa de vendas, médicos, advogados, empregados de bar e artistas do espetáculo;
- trabalham em situações não supervisionadas: ex., motoristas de longo curso, vendedores ambulantes;
- trabalham sob condições extremas: ex.: militares e trabalhadores da indústria mineira;
- trabalham todo o dia com diferentes fusos horários em centros de atendimento e serviços de informação e tecnologia.

No entanto, nenhum setor está completamente livre de problemas ligados ao álcool e a drogas no local de trabalho.

(OIT, 2003)

Os problemas ligados ao consumo de álcool e drogas podem ter origem em fatores pessoais, familiares ou sociais, ou em determinadas situações laborais ou numa combinação desses elementos.

Dados científicos, relacionando as condições de trabalho ao consumo de álcool e drogas têm apontado os seguintes fatores contributivos do abuso de substâncias no local de trabalho: a disponibilidade de álcool e drogas no trabalho, pressão social para beber ou consumir drogas no trabalho, stresse relacionado com o trabalho, viagens com a consequente separação das relações sociais ou sexuais normais, ausência de supervisão, mudanças frequentes dos colegas de trabalho e dos supervisores, trabalho monótono, por turnos, noturno, precariedade no emprego e o espectro do desemprego.



Todas as profissões estão sujeitas a abuso de substâncias no local de trabalho; estima-se que entre 10 a 15 por cento dos médicos tenham abusado do álcool ou de outras drogas nalgum momento da sua vida. Os anestesiologistas são particularmente vulneráveis aos opiáceos parentais (drogas administradas durante o parto) por serem de fácil acesso para eles. (Domino, 2005).

Os fatores relacionados com o trabalho que podem aumentar o uso do álcool e das drogas, especialmente em trabalhadores vulneráveis incluem:

- trabalho por turnos;

- viajar para longe de casa ou trabalhar em localidades remotas;
- normas culturais que encorajam o uso de substâncias;
- disponibilidade de álcool e drogas no ou perto do local de trabalho;
- stresse relacionado com o trabalho que pode ser o resultado de desigualdades salariais, funções indefinidas, insegurança no trabalho, comunicação insatisfatória, aborrecimento, falta de criatividade e variedade;
- falta de controlo sobre o trabalho (por exemplo sobre as horas suplementares ou o volume de trabalho em si mesmo).

Um erro comum é o pensar que os alcoólicos são responsáveis pela maioria dos problemas ligados ao álcool no local de trabalho.

Os consumidores ocasionais costumam ser responsáveis por muito mais incidentes de absentismo, chegada tardia ao local de trabalho e trabalho deficiente do que os que são dependentes do álcool. O Estudo sobre o uso do álcool a nível empresarial da

Escola de Harvard para a saúde pública e a Fundação Robert Wood Johnson concluíram que a maioria dos problemas de desempenho profissional relacionados com o álcool (60 por cento) estão associados com consumidores não dependentes: pessoas que ocasionalmente podem beber demais – e que estão estimados em 80 por cento de todos os consumidores (*National Institute on Alcohol Abuse*; Robert Wood Johnson Foundation, 1998).

Nalgumas profissões, até a ingestão de pequenas quantidades de álcool fora do serviço pode ter um efeito crítico: os pilotos cujo desempenho foi posto à prova em simula-

Becker (2001) descobriu uma relação positiva entre estar “ressacado” e sentir-se doente no trabalho, adormecer no emprego e ter problemas com tarefas a desempenhar ou com os colegas de trabalho.

Quem tem ressaca está igualmente em risco de vir a ter problemas cardíacos, neurológicos e psiquiátricos e representam um custo anual para a sociedade de cerca de 148 mil milhões de dólares, de acordo com um estudo publicados nos *Anais da Medicina Interna*.

Custos relacionados com o trabalho do consumo de álcool e drogas:

- perdas humanas, materiais e em tempo causadas por acidentes;
- aumento das indemnizações por acidente de trabalho pagas aos trabalhadores;
- redução da taxa de atividade e da qualidade do trabalho causada por intoxicações ou ressacas;
- aumento das baixas por doença;
- maior rotatividade dos trabalhadores e custos associados com a formação dos novos trabalhadores;
- aumento da incidência de atrasos na chegada ao trabalho;
- roubos e danos no local de trabalho.

dores de voo pela Yesavage (1994), cometeram mais erros do que o normal mesmo 8 horas depois da sua concentração de álcool no sangue (BAC na versão inglesa) ser de aproximadamente 0,10 BAC (o limite legal para conduzir em muitos países é de 0.05 BAC, que normalmente corresponde a uma bebida). Um aspecto mais importante é que está a ser estudado o efeito da ressaca. No dia seguinte, à medida que o BAC atinge o zero, os efeitos da ressaca podem continuar por mais 24 horas.

O abuso de substâncias tem um forte impacto no local de trabalho, incluindo no desempenho laboral generalizado (por exemplo produtos de baixa qualidade, necessidade de refazer o trabalho), na rotatividade do pessoal, nos custos de rotatividade quando os trabalhadores abandonam a empresa (tais como perda de memória institucional, indemnizações por despedimento, recrutamento e custos de orientação), em responsabilidades legais associadas a acidentes de trabalho e lesões, aumentos das baixas por doença ou outros custos com prestações de saúde, comportamento conflitual e deterioração nas relações laborais, roubos e vandalismo, reivindicações e arbitragens.

Ainda que alguns dos custos como o aumento do absentismo, os acidentes de trabalho e os erros possam ser mensuráveis, outros há que são mais difíceis de identificar, tais como a moral em baixo e as elevadas taxas de doenças cujos efeitos são igualmente nocivos.

Os primeiros sintomas de abuso de álcool e drogas são o enjoo, a ressaca, o tremor nas mãos, o atraso na chegada ao trabalho, as prolongadas pausas para almoço e as saídas antecipadas. O abuso conduz normalmente ao stresse, ao nervosismo, à irritabilidade, ao ressentimento e à baixa da moral, à fricção e a conflitos com os colegas de trabalho, que podem ser acompanhados por mão-de-obra de baixa qualidade, baixa produtividade e decisões erradas que podem estar na origem ou contribuir para acidentes no local de trabalho, diminuição da produtividade, incumprimento dos prazos e perda de clientes.

Os custos familiares do abuso do álcool e das drogas também são suportados no local de trabalho

Se um membro da família abusa do álcool e das drogas, os seus familiares podem apresentar sintomas de distração, redução da produtividade e falta de concentração, incumprimento dos prazos e erros de julgamento, para além de poderem vir a ter de assumir novas responsabilidades com os filhos e as tarefas domésticas em substituição do familiar com problemas de dependência, o que poderá ter impacto no local de trabalho.

Impacto sobre o indivíduo

As substâncias psicoativas podem afetar os tempos de reação, o desempenho motor, a visão, o humor e os sentimentos, a capacidade de aprendizagem, a memória e o desempenho intelectual, a saúde em geral e as relações com os colegas de trabalho. Qualquer uma das alterações mencionadas pode baixar o nível de desempenho profissional.

Esta questão pode ainda colocar-se para além “das portas da fábrica” sob a forma de problemas e tensões familiares e dificuldades financeiras, bem como custos sociais crescentes.

Impacto sobre os colegas de trabalho

Os efeitos do uso de substâncias sobre os colegas de trabalho podem incluir aumento do volume de trabalho, maiores riscos para a segurança e redução da produção global, o que por sua vez pode conduzir a discussões, reivindicações, perdas de tempo e produtividade reduzida. A situação ainda pode piorar com a possibilidade crescente de acidentes e lesões devidas à intoxicação, negligência e discernimento deficiente.

Custos para o empregador

Os custos associados ao abuso de álcool e drogas constituem uma séria preocupação para qualquer empregador. As doenças ligadas ao abuso de álcool e drogas aumentam os custos com os cuidados médicos, enquanto o absentismo reduz a mão-de-obra disponível e diminui a produção. As re-

A Câmara de Comércio Australiana estima que cerca de 25 por cento dos acidentes e 10 por cento das mortes no trabalho envolvem pessoas intoxicadas que se ferem a si próprias e a vítimas inocentes.

lações de trabalho tendem a deteriorar-se e as reivindicações daí resultantes originam perdas devidas ao custo em tempo e dinheiro. Mau desempenho profissional, decisões erradas e discernimento deficiente levam ao incumprimento dos prazos e à perda de clientes. Os acidentes de trabalho estão na origem de lesões e danos na propriedade e nos equipamentos, o que, juntamente com o tempo de produção perdido devido às quebras aumenta as despesas dos empregadores. Se o abuso de substâncias conduzir ao despedimento o empregador enfrenta ainda custos adicionais com o recrutamento e formação de novos trabalhadores para além da perda de trabalhadores experimentados.

O abuso de substâncias pode ainda representar uma ameaça à segurança pública e danos para a imagem do empregador. As empresas estão cada vez mais conscientes de que o local de trabalho é o reflexo da comunidade e de que os problemas da comunidade rapidamente se tornarão nos problemas do local de trabalho (Câmara Australiana de Comércio e Indústria, 2007).

4. A gestão do álcool e drogas no trabalho

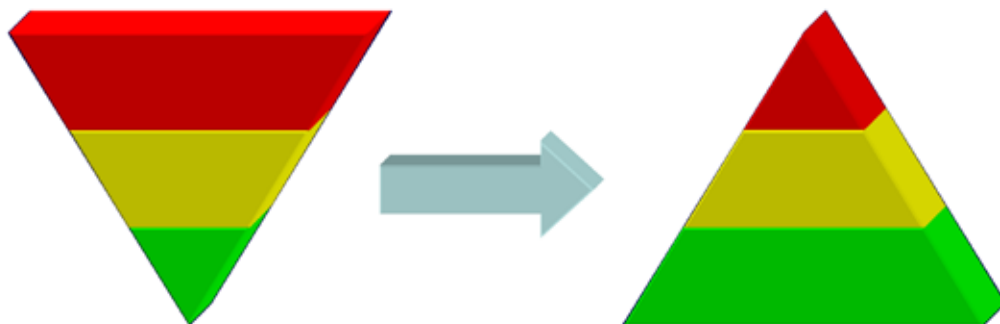
Respostas tradicionais e a mudança de paradigma

A reação tradicional aos problemas de álcool e drogas que afetam o local de trabalho era de responder às necessidades de um pequeno número de indivíduos que eram olhados como alcoólicos ou dependentes das drogas. Esta abordagem passiva implica que as empresas estavam disponíveis para absorver os custos com o tratamento e a reabilitação dos trabalhadores durante um longo período de tempo.

Nas últimas duas décadas esta atitude mudou. Há novos requisitos de segurança e saúde no trabalho e uma crescente consciencialização do impacto do uso de substâncias na produtividade, na segurança e na saúde; como resultado assiste-se a uma mudança em direção à prevenção e à intervenção precoce.

O novo enfoque é a prevenção do abuso de substâncias dirigida a todos os trabalhadores, em vez de uma intervenção direcionada apenas aos trabalhadores dependentes. Embora o apoio e a assistência continuem disponíveis para os que dele necessitam, o foco principal está na sensibilização através de programas educacionais com o objetivo de mudar mentalidades e comportamentos.

A mudança de paradigma



- Devemos concentrar os nossos esforços na prevenção da doença para os trabalhadores saudáveis
- Para tal a mudança do paradigma deve passar do tratamento à prevenção

A metáfora do semáforo pode ser usada para categorizar os trabalhadores em zonas verde, amarela e vermelha com base no seu nível de uso de substâncias e é particularmente relevante para o consumo de álcool.

A zona verde sugere ausência de álcool ou um consumo moderado sem qualquer problema.

A zona amarela abrange o consumo excessivo ou de forma problemática, como beber e conduzir. Os trabalhadores nesta zona devem reduzir ou eliminar o consumo de álcool.

A zona vermelha indica um padrão de consumo dependente caracterizado por:

- aumento da quantidade de álcool ingerida para obter o efeito desejado;
- continuar a beber apesar de ter consciência dos efeitos nocivos associados;
- sintomas problemáticos de abstinência, incluindo tremores nas mãos, insónias, ansiedade quando não estão a beber;
- incumprimento de responsabilidades familiares e profissionais.

Os trabalhadores na zona vermelha necessitam de assistência ou tratamento profissionais.

Os programas completos no local de trabalho precisam de abranger os trabalhadores nas três zonas com uma ênfase na zona verde para prevenir o uso problemático do álcool ou drogas.

A maioria dos trabalhadores em qualquer organização estão na zona verde e o desafio é mantê-los aí.

As estratégias na zona verde atingem uma população vasta, são relativamente baratas e analisam formas de prevenir o uso de substâncias, incluindo o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis.

As estratégias para a zona amarela apoiam os trabalhadores na identificação precoce de potenciais problemas associados ao consumo de substâncias, encorajando-os a monitorizarem os seus comportamentos e a alterá-los se possível. Este enfoque, que já produziu resultados bons e duradouros, torna a intervenção precoce uma realidade.

As estratégias da zona vermelha como o tratamento e a reabilitação são intensivas, caras, destinam-se apenas a alguns e há dificuldades com os resultados a longo prazo devido às frequentes recaídas. Precisam de estar à disposição dos trabalhadores que já tem problemas graves.

Vantagens das iniciativas de abuso das substâncias no local de trabalho

- É uma localização efetiva para uma intervenção precoce, tratamento e reintegração no trabalho;
- os programas no local de trabalho abrangem toda a mão-de-obra;
- o local de trabalho é um local apropriado para as campanhas de prevenção;
- o local de trabalho é um reflexo da comunidade; assumir os problemas no local de trabalho pode reduzir o peso sobre a comunidade.

Política e estratégia

Para poder planejar, organizar, implementar e desenvolver esforços para prevenir e tratar os problemas de álcool e drogas no trabalho, as empresas necessitam desde logo de ajustar a sua política. Ela deve abordar o álcool e as drogas como parte de uma política integrada de saúde e segurança no trabalho, estabelecendo diretrizes aplicáveis a todos os trabalhadores de todas as áreas, como a consulta dos trabalhadores e a confidencialidade.

Partindo desta base de trabalho, podem ser desenvolvidas estratégias detalhadas para o álcool e as drogas, analisando a melhor forma de satisfazer as necessidades específicas da empresa em questão; estas devem incluir medidas de prevenção em curso bem como informação sobre a disponibilidade de assistência externa para os que dela necessitem.

Manual de Recomendações Práticas da OIT

O Manual de Recomendações Práticas da OIT sobre Gestão das questões relacionadas com o álcool e as drogas nos locais de trabalho (Genebra, 1996) tem um enfoque sobre a concepção de políticas no local de trabalho e programas para ajudar os indivíduos com problemas ligados ao álcool e às drogas, a apoiar empregadores e trabalhadores e as suas organizações a lidarem com o problemas de forma construtiva. Proporciona uma vasta gama de recomendações práticas bem como orientação para o desenvolvimento de políticas e estratégias no local de trabalho. Alguns dos aspectos mais relevantes abordados por este Manual são:

- considerar os problemas relacionados com o consumo de álcool e de drogas como problemas de saúde;
- avaliar o impacto do consumo de álcool e de drogas no local de trabalho;
- identificar condições de trabalho que tenham influência nos problemas relacionados com o abuso de álcool e de drogas;
- proporcionar informação, educação e formação relativamente ao consumo de álcool e de drogas a todos os trabalhadores;
- assegurar o carácter confidencial da informação relativa aos problemas relacionados com o consumo de álcool e drogas dos trabalhadores individuais;
- garantir a estabilidade do ambiente de trabalho para a recuperação da dependência de substâncias;
- assegurar a não-discriminação dos trabalhadores que queiram receber tratamento e reabilitação para os seus problemas relacionados com o consumo de álcool e drogas;
- deve ser dada preferência ao aconselhamento, ao tratamento e à reabilitação em detrimento da aplicação de sanções disciplinares.

Prevenção

Podem ser adotadas várias estratégias orientadas para a prevenção para responder aos danos causados pelas drogas tais como:

- mensagens educativas simples sobre os riscos para a saúde dos excessos de álcool e drogas;
- restrições ao consumo de álcool e drogas no local de trabalho;
- programas de redução do stresse;
- programas de promoção da saúde e de um estilo de vida saudável;
- testes de despistagens das drogas (se apropriado, ver caixa em baixo sobre os testes);
- acesso a serviços de aconselhamento.

Outro aspeto fundamental de um programa de sucesso seria a identificação e controlo dos fatores que aumentam o risco do uso de substâncias no local de trabalho. As medidas de avaliação de riscos consistem na integração do abuso de substâncias nos procedimentos padrão aplicados a outros fatores de risco para a saúde no trabalho.

A formação de supervisores é um elemento crítico para o reconhecimento precoce dos sinais de abuso de substâncias. O abuso das drogas e do álcool tem frequentemente um impacto sobre o desempenho do trabalhador, por isso os supervisores deviam receber

As **medidas de prevenção** que afetam o nível de consumo de álcool entre a população estão entre as formas mais eficazes de prevenir os problemas relacionados com o álcool.

Realizar ou não os testes de despistagem do consumo de drogas?

A utilização destes testes no local de trabalho continua a ser uma questão sensível face à dificuldade em equilibrar os requisitos de segurança e produtividade com os direitos do trabalhador à privacidade e à não discriminação.

As razões mais comuns para os empregadores implementarem os testes de despistagem são:

- dissuadir os trabalhadores de abusarem das drogas e do álcool ;
- evitar a contratação de indivíduos que consomem drogas ilícitas;
- identificar precocemente e aconselhar tratamento a trabalhadores com problemas relacionados com drogas e/ou álcool;
- proporcionar um local de trabalho seguro para outros trabalhadores;
- garantir a segurança do público em geral e criar confiança nos consumidores de que os trabalhadores o estão a fazer de maneira segura.

O Manual de Recomendações Práticas da OIT sobre a Gestão das questões relacionadas com o álcool e as drogas nos locais de trabalho providencia uma orientação detalhada e cuidada sobre a forma de implementar uma política de testes de droga.

formação para lhes permitir identificar e abordar as questões do desempenho. Também os colegas podem reparar nas alterações comportamentais. Um meio efetivo de prevenção podem ser os conselheiros interpares com formação adequada. Um trabalhador com crescentes dificuldades pode falar com alguém que o vai escutar e aconselhar sobre os diversos centros de apoio, sem ter de passar pelo supervisor ou por outras vias oficiais.

As abordagens eficazes de prevenção no local de trabalho têm igualmente que reconhecer o papel da comunidade fora do local de trabalho específico na formulação de normas relativamente ao consumo de álcool e drogas.

Assistência

Intervenções curtas têm sido utilizadas com sucesso por profissionais da saúde e por conselheiros da comunidade para ajudar as pessoas a alterar os seus hábitos de consumo de álcool e drogas. Alguns exemplos de breves intervenções estratégicas que podem ser eficazes:

- ferramentas de autoavaliação para uma detecção precoce dos problemas (por exemplo: o questionário AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) para avaliar o problema do consumo de álcool, no Anexo I);
- material de autoajuda para parar ou modificar o uso de substâncias e gerir os efeitos temporários mas frequentemente desagradáveis de abandonar o vício;
- informações sobre a panóplia de formas através das quais as drogas afetam o desempenho profissional.

Para a maioria dos trabalhadores com problemas precoces de álcool ou drogas, o enfoque do aconselhamento será o de os ajudar a parar ou reduzir o seu consumo e de os encorajar a procurarem assistência se não são capazes de parar por si. Para os trabalhadores com problemas mais graves, pode ser necessária a orientação para serviços especializados de tratamento.

O tratamento para os problemas de dependência pode ocorrer em centros especializados, em ambiente hospitalar, nos locais de trabalho, em organizações de ajuda mútua e noutros grupos voluntários. Idealmente necessitariam de estar organizados como sistemas integrados baseados na comunidade.

Em alguns países, as empresas e organizações recorrem aos Programas de Apoio aos Trabalhadores (PAT) para proporcionarem avaliação e aconselhamento a curto prazo aos trabalhadores com problemas de álcool e drogas. O aconselhamento aborda frequentemente problemas relacionados com a saúde dos trabalhadores, o relacionamento conjugal, a família, a situação financeira e o uso de substâncias. Um PAT eficaz fornece um fácil acesso aos serviços de tratamento para os trabalhadores que necessitem e garante o apoio aos gestores, supervisores ou sindicatos que pretendem responder aos problemas dos trabalhadores que tem um impacto no local de trabalho.

A todos os indivíduos que procuram assistência deve ser garantida segurança nos seus empregos enquanto recebem ajuda. Ao mesmo tempo, muitos empregadores reservam-se o direito de adotar ações disciplinares em caso de recusa da opção de tratamen-

to. Estas questões devem ser definidas de antemão numa política do local de trabalho e ser claramente comunicadas a todos os trabalhadores.

Ligações comunitárias e familiares

O local de trabalho reflete o nível de permissividade da sociedade relativamente ao consumo de álcool e outras drogas. Da mesma forma, as atitudes em relação ao abuso de substâncias no local de trabalho têm uma forte influência no consumo pelos trabalhadores de álcool e drogas nos seus tempos livres e consequentemente nas comunidades em que estão inseridos. Em matéria de abuso de substâncias, o bem-estar no local de trabalho e a família andam lado a lado e não se deve subestimar a relação entre o trabalho e a vida privada.

Um grupo da população onde as empresas podem ter uma influência positiva é junto dos jovens, especialmente se atuarem em cooperação com escolas, organizações de prestação de serviços médicos, organizações comunitárias e o setor público. As empresas podem apoiar atividades familiares e comunitárias sobre a prevenção do abuso de substâncias de muitas maneiras, entre outras, direcionando campanhas de sensibilização a pais e filhos, patrocinando atividades escolares, iniciativas de formação e emprego para trabalhadores em fase de recuperação, fazendo lobby junto do governo local, reforçando as instalações e atividades recreativas comunitárias, e estabelecendo redes de contacto com os serviços de tratamento e reabilitação de base comunitária.

O que é uma bebida normal?

1 bebida normal=



1 caneca de cerveja
(e.g. 330 ml at 5%)

=



Um copo de bebida espirituosa
(whiskey, gin, vodka, etc.)
(e.g. 40 ml at 40%)

=



Um copo de vinho ou
um cálice de licor
(e.g. 140 ml at 12%
or 90 ml at 18%)

=



Um copo de digestivo
ou aperitivo
(e.g. 70 ml at 25%)

Em contextos onde beber é culturalmente aceite:

Lembre-se que há alturas em que mesmo uma ou duas bebidas pode ser demasiado por exemplo:

- quando está a conduzir ou a operar uma máquina;
- na gravidez ou lactância;
- quando se estão a tomar determinados medicamentos;
- se tem determinadas restrições médicas;
- se não consegue controlar o hábito de beber.

5. Boas Práticas

Atuação da OIT no campo do abuso do álcool e das drogas no local de trabalho

A experiência da OIT mostra que o local de trabalho é um ambiente excelente para o desenvolvimento de amplas parcerias para a ação preventiva na área do abuso do álcool e das drogas como parte de uma política de promoção da saúde. As políticas de prevenção do abuso de álcool e drogas no local de trabalho e de apoio aos trabalhadores com problemas a ele relacionados, parecem gerar os resultados mais construtivos para o benefício de todos os envolvidos, incluindo empregadores, trabalhadores e as suas famílias, ONG e a sociedade como um todo.

A atuação da OIT neste campo é desenvolvida através da elaboração de um conjunto de recomendações práticas, guias e manuais sobre a gestão das questões relacionadas com o álcool e as drogas nos locais de trabalho, bem como de atividades de cooperação técnica para apoiar ações a nível nacional nos Estados membros da OIT. As atividades de cooperação técnica da OIT tem um enfoque na adaptação e implementação de programas modelo para a prevenção do abuso de álcool e drogas a nível nacional e empresarial em vários países; com a assistência prestada, as empresas em todo o mundo tem vindo a desenvolver programas de prevenção e assistência para os seus trabalhadores. Em muitos casos, estes projetos têm sido bem-sucedidos na criação de associações de gestores de recursos humanos contra o abuso de drogas. Em cada país foi prestada assistência para a criação de conselhos consultivos tripartidos e equipas nacionais para a implementação de projetos. O estabelecimento de associações de recursos humanos contra o abuso de drogas, juntamente com a integração de elementos de prevenção nos programas de recursos humanos e de saúde e segurança no trabalho a nível empresarial, foram concebidos para garantir que as iniciativas de prevenção do abuso de substâncias se mantiveram após a finalização dos projetos. Estes e outros projetos forneceram um estímulo importante para a atuação nas empresas e a nível nacional, especialmente através da participação estreita dos representantes dos governos e dos representantes nacionais dos empregadores e trabalhadores.

Rodas de mudança: uma companhia de transportes na Índia

A investigação científica de países desenvolvidos e em desenvolvimento mostra que instrumentos de política eficazes podem ser utilizados para reduzir os problemas relacionados com o álcool no mundo do trabalho.

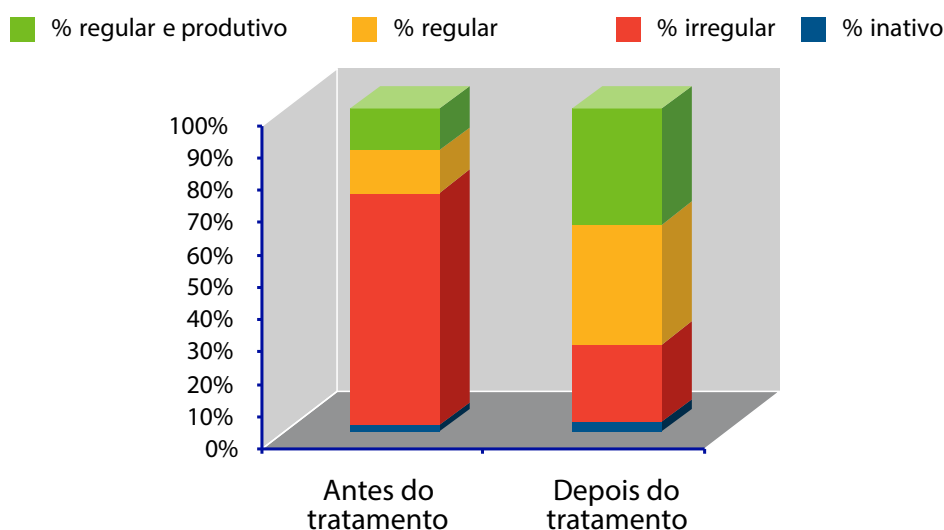
A *Karnataka State Road Transport Corporation*, uma das 5 maiores companhias de transporte no país, tem a obrigação legal de fornecer ao público serviços de transporte seguros e confiáveis. Durante uma década esta companhia foi acumulando prejuízos

de 4,000 milhões de rupias (81.6 milhões de dólares) até ter começado a inventariar os problemas que afetavam a corporação (*Karnataka State Road Transport Corporation e National Institute of Mental Health and Neuro Sciences*, 2004). A administração ficou perplexa pela relação entre o consumo de álcool e diversos outros problemas dentro da organização; antes de mais tinham elevada escassez de pessoal devido ao absentismo, o que conduzia ao cancelamento frequente de serviços de autocarros; para além disso foram detetados milhares de processos disciplinares pendentes e uma taxa elevada de roubos dos lucros dos transportes. A empresa tinha ganho a reputação de ter ‘autocarros assassinos’ após a ocorrência de um grande número de acidentes fatais envolvendo os seus autocarros, destruindo a sua imagem pública. Pensava-se que todos estes problemas organizacionais estavam relacionados com elevadas taxas de consumo de álcool pelo que a administração decidiu enfrentar o problema do álcool entre os seus trabalhadores.

A companhia lançou um Programa de Prevenção do Álcool no Local de Trabalho (*Alcohol Prevention Programme and Activity (WAPPA)*), instalou diversos centros de saúde para incentivar os trabalhadores a procurarem ajuda para os seus problemas de saúde em geral. A dependência foi tratada como um problema de saúde, tendo os trabalhadores dependentes sido encorajados a obterem tratamento em centros especializados de reabilitação. A empresa, em colaboração com a Organização Internacional do Trabalho e outras agências não-governamentais na área, desenvolveu um programa abrangente de prevenção do álcool e das drogas para abordar não apenas a dependência dos trabalhadores na “zona vermelha”, mas também os trabalhadores nas zonas amarela e verde. Desenvolveu uma política abrangente que foi apoiada por todos os níveis dentro da organização e lançada pelo Ministro de Estado para os Transportes, que era igualmente o Presidente da companhia.

Como ajudou o programa do álcool e das drogas?

Antes do início do programa, quase 80 por cento dos trabalhadores não trabalhavam de forma regular e produtiva. Após o programa, esta situação inverteu-se com mais de 70 por cento dos trabalhadores a serem considerados membros úteis e produtivos.



Fonte: OIT, 2003.

Cinco anos após o início do programa, os trabalhadores submetidos ao tratamento mostravam sérias melhorias em:

- taxas de abstinência e redução do consumo de bebidas alcoólicas;
- absentismo devido ao álcool e aos problemas de saúde;
- saúde;
- funcionamento familiar e diminuição dos problemas familiares;
- estatuto financeiro através da redução das despesas em álcool, da redução das dívidas e da criação de ativos;
- mudança positiva em várias áreas do estilo de vida incluindo o jogo e comportamentos sexuais de alto risco.

Uma história malaia de sucesso

Quarenta e quatro pequenas e médias empresas implementaram um programa para um local de trabalho livre de drogas no âmbito de um projeto financiado pela Noruega e implementado pela OIT. Num inquérito de avaliação conduzido no final do período do projeto, mais de 80 por cento dos respondentes referiu melhorias no desempenho profissional, evidenciado numa maior produtividade, numa diminuição dos acidentes de trabalho, na redução do absentismo e numa queda nos custos e compensação médicas. Cerca de 90 por cento dos entrevistados considerou que o programa devia ser continuado e que o recomendariam a outras empresas e organizações.

Em 2003, realizou-se um *focus group* de debate com membros da família, principalmente as mulheres dos trabalhadores sujeitos a tratamento para verificar se o tratamento à dependência tinha ajudado. As suas respostas foram:

- a maioria dos maridos tinham deixado de beber ou reduzido o consumo;
- o estatuto financeiro da família melhorou;
- após o tratamento havia “paz” em casa.

O Programa WAPPA evoluiu, convertendo-se num programa de projeção comunitária para motivar os trabalhadores, reduzir as perdas da corporação e conseguir uma melhor disciplina. Este particular método de vigilância preventiva foi formulado para envolver os trabalhadores e as suas famílias.

A Carta Europeia sobre o Álcool da Organização Mundial de Saúde declara o seguinte:

“Todas as pessoas têm o direito a uma família, comunidade e vida laboral protegidas de acidentes, violência e outras consequências negativas do consumo de álcool”.

“Promover ambientes públicos, privados e de trabalho protegidos de acidentes, de violência e outras consequências negativas do consumo de álcool”.

A Carta da OMS foi assinada por todos os Estados Membros da UE.

Parcerias sociais – o exemplo finlandês

Os países nórdicos estiveram entre os primeiros países em que os parceiros sociais (empregadores e trabalhadores) se juntaram a outros atores para desenvolver iniciativas conjuntas de prevenção do abuso de álcool e drogas. As primeiras e mais duradouras destas iniciativas incluem o *Alna Council* na Suécia, originalmente estabelecido na década de 1960 pelas organizações de empregadores e trabalhadores, e o sistema *Akan* na Noruega, igualmente desenvolvido pelos parceiros sociais nos anos de 1960, que reúne representantes dos empregadores, trabalhadores e serviços de saúde no trabalho.

Países como a Dinamarca e a Holanda realizam campanhas nacionais anuais contra o abuso de álcool e drogas com uma forte participação tripartida. Um exemplo interessante de uma viragem das políticas em direção a uma ampla aliança nesta matéria é o Programa Nacional sobre Álcool da Finlândia, desenvolvido em 1997. A Finlândia tem uma tradição de utilizar o preço e a oferta como mecanismos para restringir o consumo de álcool, ao passo que no âmbito do novo programa o enfoque deve ser colocado em três novos fatores:

- participação e sensibilização entre os cidadãos e empregadores;
- programas sobre o álcool e as drogas no local de trabalho; e
- prevenção.

Filipinas – O Setor Marítimo

As Filipinas são o país do mundo com o maior número de marinheiros empregados no mercado de trabalho. Reconhecendo os problemas potenciais que podem surgir do uso de álcool e outras drogas nos barcos, iniciou-se no final da década de 1990 um Programa para um local de trabalho livre de drogas no setor marítimo. Foi desenvolvido um currículo de formação e produzidos *posters*, brochuras e materiais vídeo sobre a prevenção do abuso do álcool e das drogas. Esta formação foi integrada nas atividades de orientação prévia à partida dos marinheiros. Os tópicos de prevenção do abuso do álcool e das drogas foram incluídos nos programas de formação do pessoal de segurança. Foram tomadas ações para desenvolver diretrizes sobre os testes de despistagem ao álcool e às drogas a nível empresarial e governamental. De acordo com o Relatório de 1998 do Centro de Saúde e Segurança no Trabalho, a nova orientação pessoal, a formação e a mudança nas condições de trabalho contribuíram para uma melhor mão-de-obra, maior sensibilização dos riscos associados às substâncias de abuso no estrangeiro, padrões rígidos de ética no trabalho a bordo relativamente a álcool e drogas e uma maior atenção às condições de trabalho incluindo os horários e os turnos⁴.

4 Disponível em inglês em: <http://www.oshc.dole.gov.ph/index.php>

6. Inter-relações

Os padrões de consumo de bebidas alcoólicas são diferentes nas várias partes do mundo. Na Europa Ocidental, para muitas pessoas, beber faz parte do seu quotidiano, ao passo que em muitas sociedades africanas poucas pessoas bebem, no entanto, quando o fazem bebem normalmente grandes quantidades, o que acontece especialmente aos fins-de-semana. Em muitas partes do mundo existe atualmente uma ‘cultura 24/7’, com pessoas a trabalhar muito durante a semana e a libertarem-se completamente durante o fim-de-semana, envolvendo frequentemente grandes consumos de bebidas alcoólicas.

Consumo de tabaco, bebidas e drogas entre os jovens em Inglaterra

Num estudo de 2004, os alunos que tinham recentemente fumado, ingerido álcool ou consumido *canábis*, inalantes ou drogas da Classe A (incluindo opiáceos, alucinogéneos, *ecstasy* e cocaína) apresentavam uma maior probabilidade de ter usado uma das outras substâncias.

Existiam relações particularmente fortes entre:

- *canábis* e consumo de cigarros;
- fumar e consumo de bebidas alcoólicas;
- *canábis* e consumo de drogas da Classe A ;
- álcool e consumo de *canábis*.

Fonte: NHS, Dept. of Health, 2004.

Stresse e consumo de álcool e drogas

O uso de álcool por parte de um trabalhador pode ser a resposta a aspetos físicos e psicossociais do trabalho. Exigências muito elevadas sobre o trabalhador, conduzindo ao stresse e, ou muito baixas que resultam em tédio, podem ser a razão para beber. A falta de participação no processo decisório e conflitos interpessoais com os supervisores e colegas de trabalho podem ter o mesmo resultado. É ainda comum o recurso ao álcool e às drogas para lidar com a tristeza, o medo, a culpa ou a ansiedade mas também para partilhar sentimentos positivos como a felicidade.

VIH e SIDA e consumo de álcool e drogas

Os problemas ligados ao álcool e às drogas raramente ocorrem de forma isolada.

As relações entre o uso de substâncias intoxicantes e os comportamentos sexuais de alto risco são bem conhecidas:

- o álcool e as drogas diminuem as inibições sexuais;
- as alterações de humor provocadas pelos efeitos do álcool e das drogas conduzem a comportamentos de alto risco e a múltiplos parceiros sexuais;
- o álcool e as drogas são frequentemente utilizados para lidar com a depressão, a ansiedade, a dor física e longas horas de trabalho (especialmente em certas profissões como motorista de camiões), o que por sua vez conduz à perda de controlo, ao sexo inseguro e ao risco de VIH.

Um grupo de trabalhadores da África do Sul foi questionado sobre como lidava com o stresse. A resposta mais comum foi que se embriagavam e visitavam frequentemente o bordel local.

A relação entre a infecção VIH e o uso de substâncias é especialmente importante. O consumo das drogas por via injetável, direta ou indiretamente, é a principal via de transmissão do VIH nos adultos heterossexuais, nas mulheres, nas minorias e nas crianças.

Violência e uso de substâncias

A relação entre a violência e o abuso de substâncias é complexa. O efeito da droga no comportamento do indivíduo é o resultado de fatores variados ligados ou não as drogas que incluem:

- as propriedades farmacológicas da droga em questão;
- o temperamento do indivíduo;
- as expectativas pessoais sobre os efeitos da droga ;
- o ambiente social em que a droga é usada.

O uso das drogas e a violência podem resultar da incapacidade básica de controlar os nossos impulsos. A violência é ainda associada ao tráfico e distribuição de drogas.

Uma abordagem integrada de prevenção

Os programas de promoção da saúde no local de trabalho podem ser bem-sucedidos na abordagem de múltiplos problemas psicossociais. Esses programas podem incentivar os trabalhadores a ganhar um sentido de controlo sobre a sua saúde em geral ou em relação a problemas de saúde específicos como a dieta ou o exercício, podendo ainda sensibilizar os trabalhadores para as inter-relações entre os diferentes problemas psicossociais e proporcionar estímulos e motivação relacionada com o trabalho para alterarem os seus hábitos e manterem a mudança.

7. Integração de políticas

Que tipo de políticas se deveria promover?

O álcool e as drogas devem ser incluídos numa política abrangente que aborde todos os problemas relacionados com a segurança e a saúde no local de trabalho na organização ou empresa, devendo ser desenvolvida conjuntamente por todas as partes envolvidas. O quadro de políticas deve ser claro, consistente, compreensível, acessível e incluir o seguinte:

- melhorias no ambiente de trabalho;
- medidas de prevenção como informação, educação, auto -avaliação e promoção da saúde;
- formação de supervisão, aconselhamento, tratamento, reabilitação e acompanhamento;
- medidas de controlo.

Muitas destas recomendações de políticas são aplicáveis não só ao álcool e às drogas mas a todos os problemas psicossociais; por exemplo o quadro seguinte contém conselhos que respondem especificamente aos problemas do álcool e das drogas no trabalho. Os pontos cinco e seis referem-se apenas ao álcool e às drogas ao passo que todos os outros pontos são igualmente úteis para uma política integrada sobre problemas psicossociais no local de trabalho.

Dez ingredientes para o desenvolvimento e implementação de uma política sobre álcool e drogas no local de trabalho

1. Consulta a todos os níveis na fase de desenvolvimento.
2. Aplicação universal a todos os trabalhadores.
3. Elaboração de uma política à medida da organização, abordando as suas complexidades específicas e a sua cultura organizacional e tomando em consideração fatores sociais, organizacionais e individuais.
4. Política abrangente.
5. Instruções e procedimentos claros e concisos para responder aos incidentes relacionados com o álcool e as drogas.
6. Considerar os testes de despistagem de álcool e drogas uma opção potencial e complexa que apenas pode ser aplicada em circunstâncias e âmbito limitados.
7. Reconhecer que as mudanças devem ser graduais e devidamente comunicadas.
8. Difusão apropriada e equitativa das políticas.
9. Garantir o cumprimento por parte dos empregados através da definição de papéis e responsabilidades e da educação e formação.
10. Avaliar o processo de implementação.

Fonte: Allsop; Phillips; Calogero, 2003.

Bibliografia

- 📖 Allsop, S.; Phillips, M.; Calogero, C. 2003. *Drugs and Work. Responding to Alcohol and Other Drug Problems in Australian Workplaces* (Melbourne, Victoria, IP Communications).
- 📖 Babor, T.F.; Higgins-Biddle, J.C. (eds.). 2001. *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care.* (World Health Organization). Disponível em :http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MS-B_01.6b.pdf
- 📖 Becker, J. 2001. “The Alcohol Hangover” in *The Annals of Internal Medicine*, Vol. 134, pp. 533–534.
- 📖 Benegal, V. 2005. *India: Alcohol and Public Health in The Globe, Issue 2* (London, Insitute of Alcohol Studies). Disponível em: http://www.ias.org.uk/resources/publications/theglobe/globe200502/gl200502_p7.html
- 📖 *Bureau* Internacional do Trabalho (OIT). 1996. *Gestão das questões relacionadas com o álcool e drogas nos locais de trabalho. Manual de recomendações práticas da OIT* (Genebra).
- 📖 Caborn, J.; Shahandeh, B. 2003. *Ethical issues in workplace drug testing in Europe.* Prepared for Seminar on Ethics, Professional Standards and Drug Addiction, organized by the Pompidou Group co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Council of Europe).
- 📖 Colombo Plan Drug Advisory Programme. 2002. *A Guide to Mobilize Businesses/Workplaces to Prevent Drug Abuse in Asia.*
- 📖 Domino K.B. *et al.* 2005. “Risk fators for Relapse in Health Care Professionals with Substance use Disorder” in *Journal of the American Medical Association*, Vol. 293, No. 12, pp. 1453–1460.
- 📖 Executive Office of the President; Office of National Drug Control Policy. 2004. *The economic Costs of Drug Abuse in the United States 1992–2002* (Washington, D.C.)
- 📖 Health and Safety Executive. 1998. *Drug misuse at work. A guide for employers* (Sudbury, United Kingdom, HSE Books). Disponível em: <http://www.hse.gov.uk/pubns/indg91.pdf>
- 📖 —. 2003. *Alcohol and drug problems at work: The shift to prevention* (Geneva).
- 📖 Johnston, L. D. *et al.* 2009. *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975–2008. Volume I: Secondary school students* (Bethesda, Maryland, NIH Publication No. 09-7402, National Institute on Drug Abuse).
- 📖 Karnataka State Road Transport Corporation and National Institute of Mental Health and Neuro Sciences. 2004. *The Workplace Alcohol Prevention Programme and Activity (WAPPA)* Disponível em: http://www.nimhans.kar.nic.in/deaddiction/CAM/workplace_intervention.pdf

- 📖 Lepiten, M. 2002. Children's Involvement in the Production, Sale and Trafficking of Drugs in Cebu City: A Rapid Assessment, No. 22 (Geneva, ILO-IPEC).
- 📖 Mangione, T.W. *et al.* 1999. Employee Drinking Practices and Work Performance in Journal of Studies on Alcohol, Vol. 60, No. 2 pp. 261–270.
- 📖 National Health Service. 2005. Smoking, drinking and drug use among young people in England in 2004. National Statistics, Department of Health, NHS. Disponível em: <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/health-and-lifestyles-related-surveys/smoking-drinking-and-drug-use-among-young-people-in-england/smoking-drinking-and-drug-use-among-young-people-in-england-in-2010>
- 📖 —. 2010. Statistics on Alcohol, England 2010 (The Health and Social Care Information Centre). Disponível em: <http://www.ic.nhs.uk/pubs/alcohol10>
- 📖 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; Robert Wood Johnson Foundation. 1998a. “Perspectives for Worksite Alcohol Strategies: Results from a Corporate Drinking Study” in Drug Strategies, Millennium Hangover: Keeping Score on Alcohol. Disponível em: <http://www.drugstrategies.org/keepingscore1999/adults.html>
- 📖 —. 1998b. Study on Worksite Prevention of Alcohol Problems and its Dissemination. Disponível em: <http://www.rwjf.org/reports/grr/031314s.htm>
- 📖 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 1999. Alcohol Alert, No. 44. (Bethesda, Maryland). Disponível em: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa44.htm>
- 📖 National Institutes of Health. 2003. Alcohol: A Women's Health Issue. (Bethesda, Maryland, NIH Research Publication No 03-4956).
- 📖 Roman, P.M.; Blum, T.C. 2002. “The Workplace and Alcohol Problem Prevention” in Alcohol Research and Health, Vol. 26, No. 1 (Bethesda, Maryland).
- 📖 Swift, R.; Davidson, D. 1998. “Alcohol hangover. Mechanisms and Mediators” in Alcohol Health Research World, Vol. 22, pp. 54–60.
- 📖 United Nations Office on Drugs and Crime (UNDOC). 2010. World Drug Report 2010 (New York). Disponível em: http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/World_Drug_Report_2010_lo-res.pdf
- 📖 —. 2001. What do people think they know about substance dependence (Management of Substance Dependence Team, Geneva).
- 📖 —. 2004. Global Status Report on Alcohol 2004. (Geneva). Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf
- 📖 —. 2011. Global Status Report on Alcohol 2011. (Geneva). Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html
- 📖 Yamamoto, J. 2004. “Recent Trends of Drug Abuse in Japan” in Annals of the New York Academy of Sciences, Vol. 1025 (Wiley), pp. 430–438.
- 📖 Yesavage, J.A.; Dolher, N.; Taylor, J.L. 1994. “Flight simulator performance of younger and older aircraft pilots: effects of age and alcohol” in Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 42, pp. 577–582.

Sítios da Internet

- ☞ Alcohol Problems in Developing Countries. Challenges for the New Millenium 2000.
<http://www.sahealthinfo.org/admodule/Suchtmed.pdf>
- ☞ Australian Chamber of Commerce and Industry (2007), Issues Paper Drugs and Alcohol in the Workplace
http://www.acci.asn.au/text_files/issues_papers/2007/February/Drugs&AlcoholInTheWorkplaceFeb2007.pdf
- ☞ Australia Institute of Health and Welfare, 2007 National Drug Strategy Household Survey.
<http://www.aihw.gov.au/publications/phe/ndshs07-fr/ndshs07-fr-no-questionnaire.pdf>
- ☞ India: Alcohol and Public Health. The Globe Issue 2 Global Alcohol Policy Alliance
http://www.ias.org.uk/resources/publications/theglobe/globe200502/globe200502_p7.html
- ☞ Canadian Centre on Substance Abuse
www.ccsa.ca/eng/topics/populations/workplace/pages/default.aspx
- ☞ Drink Aware Campaign 2010
<http://www.drinkaware.co.uk/facts/factsheets/alcohol-and-accidents>
- ☞ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA): General Report of Activities 2008
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_80990_EN_gra2008.pdf
- ☞ FORUT Alcohol Drugs and Development Fact Sheet
<http://www.add-resources.org/fact-sheets.76589.en.html>
- ☞ Institute of Alcohol studies. Alcohol and the workplace. IAS fact sheet, 2007.
<http://www.ias.org.uk>
<http://www.ias.org.uk/resources/factsheets/workplace.pdf>
- ☞ Institute for the Study of Drug Dependence.
<http://www.drugscope.org.uk/>
- ☞ Economic costs of alcohol and other drugs at the workplace
<http://www.nceta.flinders.edu.au/pdf/proceedings2001/lapsley.pdf>
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_4118305
- ☞ National Institute on Drug Abuse
<http://www.drugabuse.gov/nidahome.html>
- ☞ Activation of the Reward Pathway by Addictive Drugs
<http://www.drugabuse.gov/pubs/teaching/Teaching5/Teaching.html>

- 🖥️ New South Wales Office on Drug and Alcohol Policy. Changing the culture of alcohol use in NSW.
<http://www.alcoholinfo.nsw.gov.au/>
- 🖥️ NHS Information Centre, Statistics on Alcohol: England 2010
www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/alcohol10/Statistics_on_Alcohol_England_2010.pdf
- 🖥️ South African Community Epidemiology Network on Drug use
<http://www.sahealthinfo.org/admodule/sacendu2.htm>
- 🖥️ US Department of Labor Working Partners for a drug free workplace
<http://www.dol.gov/workingpartners/welcome.html>
- 🖥️ World Health Organization's Global Status Report on Alcohol, 2004
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf
- 🖥️ World Health Organization's European Charter on Alcohol, 1995
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/79396/E88335.pdf

Anexo I

Questionário de auto-avaliação

Por favor assinale a resposta que considera adequada a si

1. Com que frequência bebe uma bebida contendo álcool?

- ☐ Nunca
- ☐ Uma vez por mês ou menos
- ☐ 2 a 4 vezes por mês
- ☐ 2 a 3 vezes por semana
- ☐ 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal quando bebe?

- ☐ 1 ou 2
- ☐ 3 ou 4
- ☐ 5 ou 6
- ☐ 7 a 9
- ☐ 10 ou mais

3. Com que frequência bebe seis ou mais bebidas numa única ocasião?

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de uma vez por mês
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Diariamente ou quase diariamente

4. Com que frequência durante o último ano percebeu que não era capaz de parar de beber depois de ter começado?

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de uma vez por mês
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Diariamente ou quase diariamente

5. Com que frequência durante o último ano foi incapaz de fazer aquilo que seria normalmente esperado de si por causa do seu consumo de álcool?

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de uma vez por mês
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Diariamente ou quase diariamente

6. Com que frequência durante o último ano precisou de tomar uma bebida logo ao acordar para conseguir começar o dia após uma sessão de consumo elevado de bebidas alcoólicas ?

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de uma vez por mês
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Diariamente ou quase diariamente

7. Com que frequência durante o último ano teve um sentimento de culpa ou remorso depois de consumir bebidas alcoólicas?

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de uma vez por mês
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Diariamente ou quase diariamente

8. Com que frequência durante o último ano foi incapaz de recordar o que acontecera na noite anterior por ter estado a consumir bebidas alcoólicas?

- ☐ Nunca
- ☐ Menos de uma vez por mês
- ☐ Uma vez por mês
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ Diariamente ou quase diariamente

9. Já alguma vez se feriu ou causou ferimentos a alguém por causa do seu consumo de bebidas alcoólicas?

- ☐ Não
- ☐ Sim, mas não foi no último ano
- ☐ Sim, durante o último ano

10. Algum familiar, amigo, médico, ou outro profissional de saúde manifestou preocupação com o seu consumo de bebidas alcoólicas ou sugeriu que o reduzisse?

- ☐ Não
- ☐ Sim, mas não foi no último ano
- ☐ Sim, durante o último ano

Avaliação do Questionário

A pontuação para cada questão varia de 0 a 4, com a primeira opção para cada pergunta (ex.: nunca) a valer 0, a segunda (ex.: “menos de uma vez por mês”) a pontuar 1, a terceira (ex.: “uma vez por mês”) a ser pontuada com 2, a quarta (ex. “uma vez por semana”) a valer 3 e a última (ex. “diariamente ou quase diariamente”) a pontuar 4. Para as questões 9 e 10, que apenas tem três hipóteses de resposta, a pontuação é respetivamente de 0, 2 e 4 (de cima para baixo).

Uma pontuação igual ou superior a 8 é associada a um consumo nocivo e perigoso e um resultado igual ou superior a 13 para as mulheres ou 15 para os homens evidencia uma dependência do álcool .

Referência:

Adaptado de: Saunders, J.B. *et al.* 1993. “Development of the alcohol use disorders identification test” (AUDIT): Projeto da OMS sobre a detecção precoce de pessoas com um consumo nocivo de álcool” - II in *Addiction*, Vol. 88, pp. 791-803.



Violência no trabalho



1. Introdução

A violência no trabalho há muito ignorada, negada, ou considerada como uma realidade hostil que deve ser aceita como parte da vida, só recentemente começou a ser vista com a atenção que merece com incidência grave na segurança e saúde com custos elevados para as vítimas e para o desempenho das empresas. Tanto os empregadores como os trabalhadores têm interesse na diminuição ou eliminação da violência no trabalho. Para os empregadores, a violência representa um custo adicional em consequência do aumento do abstencionismo, dos prêmios dos seguros e pagamentos por indenização mais elevados. Também pode provocar uma diminuição na moral e uma má imagem para a organização, tornando difícil o recrutamento do pessoal e a manutenção dos seus quadros. Pode acabar por reduzir a produtividade e a competitividade.

Para os trabalhadores, a violência pode causar dor, angústia e mesmo incapacidade ou a morte. As agressões físicas são obviamente perigosas, mas as psicológicas verbais de forma abusiva e persistente ou através de ameaças também podem prejudicar a saúde dos trabalhadores, causando ansiedade e stresse, que por sua vez podem levar a um aumento do consumo de tabaco, o abuso de álcool e drogas, outros comportamentos de dependência de drogas, ou a comportamentos não saudáveis. Os trabalhadores viram-se muitas vezes para uma ou mais dessas atividades para aliviarem o fardo do stresse e da violência. O stresse, a dependência de drogas e os comportamentos pouco saudáveis também podem causar violência. Os efeitos cumulativos dessas práticas podem vir a ter um efeito trágico na saúde física e mental dos trabalhadores.

Violência no Trabalho: conceitos chave

1. O local de trabalho pode ser gerador de violência.
2. Violência gerada em qualquer sítio pode acabar no local de trabalho.
3. Todas as profissões podem ser afetadas.
4. As ligações da violência no trabalho, na família e na comunidade são cada vez mais evidentes.
5. A violência no posto de trabalho pode ter custos elevados.

Tendências Relacionadas com a Violência no Trabalho

1. Violência extrema, como tiroteios no local de trabalho, chama a atenção do público e dos meios de comunicação.
2. A importância da reincidência dos atos de violência psicológica, tais como assédio continuado, é cada vez mais reconhecida.
3. As autoridades públicas, os trabalhadores e os empregadores estão cada vez mais consciencializados para a necessidade de controlar a violência.
4. A atenção internacional está cada vez mais atenta a esta área.
5. Não se conhece o suficiente sobre a violência no trabalho nos países em desenvolvimento.

2. Perceber a violência no trabalho

Definição

Não é fácil definir em poucas palavras a violência no trabalho.

O *ILO Code of Practice on Workplace violence and measures to combat this phenomenon* (Código de Práticas no Local de Trabalho da OIT sobre violência e medidas para combater este fenómeno) define a violência relacionada com o trabalho do seguinte modo:

“Qualquer ação, incidente, ou comportamento com origem numa conduta aceitável na qual a pessoa é atacada, ameaçada, magoada ou ferida no decurso de, ou como resultado direto do seu trabalho.”

- **Abuso** é usado para indicar todos os comportamentos que com base em comportamentos de conduta aceitável envolvem o uso exagerado de ameaças físicas e psicológicas.
- **Agressão** geralmente inclui qualquer tentativa de ferir fisicamente ou de ataque a uma pessoa de modo a fazer-lhe mal.
- **Ameaças** incluindo a ameaça de morte, ou divulgar a intenção de fazer mal a alguém ou de danificar a sua propriedade.

Em situações reais estes tipos de comportamentos sobrepõem-se, tornando muito difícil qualquer tentativa para classificar as diferentes formas de violência.

Glossário

No SOLVE considera-se a violência física e a psicológica sempre que se trata de violência no trabalho.

VIOLÊNCIA FÍSICA

- A utilização da força física contra outra pessoa ou grupo, que resulte numa agressão física, sexual, ou psicológica. Inclui entre outros, bater, pontapear, esbofetear, esfaquear, disparar, empurrar, morder e beliscar.
- **Agredir/Atacar:** comportamento intencional que fere outra pessoa fisicamente, incluindo agredir sexualmente (ex. violação).

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA (Abuso emocional)

- A utilização intencional do poder, incluindo a ameaça da força física, contra outra pessoa ou grupo, que possa resultar em danos físicos, mentais, espirituais, morais ou do estatuto social ou do desenvolvimento. Inclui, ofensas verbais, coação física e psicológica/assédio moral, assédio, e ameaças.
- **Abuso:** comportamento que provoca a humilhação, degradação ou de qualquer outra forma evidencia falta de respeito pelo valor e dignidade de um indivíduo.

- **Coação física e psicológica/assédio moral:** comportamento repetido e ofensivo através de tentativas de vingança, crueldade ou mal-intencionadas na tentativa de humilhar ou prejudicar um indivíduo ou um grupo de trabalhadores.
- **Assédio:** qualquer conduta de perseguição a alguém com base na sua idade, deficiência, estatuto VIH, circunstâncias internas, sexo, orientação sexual, mudança de sexo, origem étnica, cor, língua, religião, tendência política, filiação sindical ou outra, crença, origem nacional ou social, associação a uma minoria, propriedade, nascimento ou outro estatuto que se mantém sem resposta ou indesejado, e que afeta a dignidade das mulheres e homens no trabalho.
- **Assédio sexual:** qualquer comportamento indesejado, não recíproco e reprovável de caráter sexual que é ofensivo para a pessoa envolvida e faz com que essa pessoa seja ameaçada, humilhada ou constrangida.
- **Assédio racial:** qualquer conduta de ameaça baseada na diversidade étnica, cor, língua, nacionalidade, religião, associação a uma minoria, nascimento ou outro estatuto que não é correspondido sem resposta ou é indesejado e que afeta a dignidade de mulheres e homens no trabalho.
- **Ameaça:** declaração da intenção de usar a força física ou o poder (ex. força psicológica), resultando em situações de receio de danos físicos, sexuais, psicológicos ou de outras consequências negativas sobre os indivíduos ou grupos visados.

Que formas apresenta a violência no trabalho?

Os vários comportamentos que podem ser incluídos na denominação geral de violência no trabalho são muito amplos. Mas o limite do que constitui um comportamento aceitável é muitas vezes vaga, e as atitudes culturais que equivalem a violência são tão diversas que na prática a violência no trabalho pode ser uma questão muito complexa de identificar. Pode assumir a forma de vários comportamentos frequentemente sobrepostos, incluindo os não-físicos e a violência psicológica.

Física ou psicológica?

Nem toda a violência é física. Nos últimos anos, surgiram novas evidências dos perigos da violência psicológica. O novo perfil de violência no trabalho dá igual ênfase ao comportamento físico e psicológico, e reconhece a importância do que podem parecer ser atos menores de violência. Violência também pode consistir em ações repetidas, que por si só podem parecer ser relativamente insignificantes, mas tomadas no seu conjunto podem dar origem a formas graves de violência psicológica, tais como assédio sexual, coação física e psicológica ou assédio moral.

A coação física e psicológica é uma forma de violência no local de trabalho que está a tornar-se amplamente reconhecida. Isso acontece quando há comportamento ofensivo repetido, prejudicial para um indivíduo ou um grupo de trabalhadores de forma vingativa, cruel, maliciosa ou humilhante. Isto é feito frequentemente por meio de

táticas, como tornar a vida difícil àqueles que têm o potencial para fazer melhor o trabalho de agressor, gritando com funcionários para conseguir as coisas, insistindo que “a forma de agressão é o caminho certo”, recusando-se o agressor a delegar pois acha que não se pode confiar em ninguém e pune os outros através de críticas constantes ou retirando-lhes responsabilidades por serem demasiado competentes. Tais ataques persistentemente negativos sobre o desempenho pessoal e profissional são normalmente imprevisíveis, irracionais e injustos e geralmente não são feitos abertamente, mas fora da vista das potenciais testemunhas. Embora possam ter início como uma série de pequenos incidentes, agravam-se frequentemente e tornam-se mais intensos.

Têm aumentado nos últimos anos os relatos de outra forma de violência coletiva sistemática. Isso envolve assédio moral a um empregado e sujeitando-o ao assédio moral, por exemplo através de observações contínuas negativas ou críticas, isolamento, espalhando mexericos ou ridicularizando a pessoa em causa. Embora tais práticas à primeira vista pareçam ser ações simples e menores, elas podem ter um efeito muito grave. Estima-se, por exemplo, que cerca de 10-15 por cento dos suicídios anuais na Suécia tenham este tipo de antecedente (Leymann, 1990).

A diferença entre *bullying* e *mobbing* é que o *bullying* é feito por uma pessoa, enquanto que *mobbing* é feito por um grupo de pessoas que se juntam contra uma só pessoa. O *bullying* pode também levar ao *mobbing* se o agressor for uma pessoa com um estatuto elevado no local de trabalho. Outros podem juntar-se ao assédio moral por receio de perder o emprego, ou para ficar de boas relações com o agressor. Em alguns locais, como a Escandinávia, os termos *bullying* e *mobbing* são usados indistintamente.

Embora um único incidente possa ser suficiente para causar danos, o assédio sexual, muitas vezes acontece repetidamente, de forma indesejável, sem reciprocidade e por imposição, o que podem ter efeitos muito graves nas vítimas. Como os autores são frequentemente os superiores hierárquicos nos locais de trabalho em relação às pessoas que molestam, as vítimas podem ter demasiado medo de rejeitar ou de fazer uma queixa formal. O assédio sexual pode incluir toques inapropriados, observações, olhares, atitudes, piadas ou o uso de linguagem orientada para as questões sexuais, alusões à vida privada da pessoa, referências à orientação sexual, insinuações com conotação sexual, observações sobre o vestuário ou a silhueta ou o olhar persistente para uma pessoa ou uma parte do seu corpo. Embora o assédio sexual seja mais comumente dirigido às mulheres pelos homens, os homens também podem ser vítimas deste tipo de violência no local de trabalho.

Mulheres expostas a riscos específicos

Muitos estudos mostram que as mulheres estão sob um risco particular de violência, dentro e fora do local de trabalho. Porque é que as mulheres estão sujeitas a um maior risco de comportamentos violentos no local de trabalho? Em primeiro lugar, há uma maior concentração de mulheres em muitas das profissões de alto risco, trabalhando em contacto com o público e em atividades solitárias, particularmente como professoras, assistentes sociais, profissionais de saúde, bem como em bancos e lojas. As mulheres também trabalham em empregos de baixas remunerações e baixo estatuto onde a violência é mais comum, enquanto há uma maior predominância masculina em empregos mais bem pagos, de estatuto mais elevado e posições de supervisão. No

entanto, os homens encontram-se em maior risco de agressão física, enquanto as mulheres são particularmente vulneráveis aos incidentes de natureza sexual.

Muitos inquéritos nacionais revelam que entre 40 e 90 por cento das mulheres inquiridas já sofreram alguma forma de assédio sexual durante a sua vida profissional (Hunt *et al.*, 2007). A grande diferença nos resultados dos inquéritos advém das diferentes definições de violência sexual. No entanto, mesmo os resultados de valor inferior sugerem que quase metade das mulheres estiveram de alguma forma sujeitas a assédio sexual. Muitos governos, empregadores e trabalhadores perceberam o âmbito do assédio sexual como um problema do local de trabalho antes mesmo de se tornar uma questão mais geral de violência no trabalho.

Um inquérito de 2002 realizado em Itália pelo ISTAT mostrou que mais mulheres eram sexualmente assediadas no trabalho do que em transportes públicos ou na rua. Como o quadro 1 abaixo mostra, 15,3 por cento da violência sexual (tanto consumada como a tentativa) foi perpetrada por alguém no local de trabalho, com 11,8 por cento de violência, ocorrendo no trabalho ou nas proximidades, enquanto que 12,1 por cento do assédio sexual ocorreu no trabalho.

Quadro 1: Violência sexual e assédio sexual no local da trabalho (valores em percentagem)				
	Colegas, empregadores, superiores		Local de trabalho e imediações	
Vivenciado:	Pelo menos uma vez na vida	Nos últimos três anos	Pelo menos uma vez na vida	Nos últimos três anos
Violência/tentativa de violência	15,3	8,8	11,8	9,9
Das quais violência	4,4	3,9	1,6	3,9
Das quais tentativa de violência	17,9	9,6	14,3	10,9
Assédio físico	10,4	11,6	12,1	15,1

Fonte: Italian Institute of Statistics (ISTAT). 2004.

Causas da violência no trabalho

Para decidir como prevenir a violência no trabalho, é importante entender de onde vem. As imagens dos meios de comunicação são frequentemente dominadas por imagens de trabalhadores descontentes, cônjuges irritados ou tristes, desesperados, frequentemente pessoas com doença do foro psiquiátrico desabafando a sua raiva sobre os colegas. Essas imagens afetam a percepção oficial e pública da violência e das políticas que são adotadas para abordar a questão.

A violência no local de trabalho pode ser menos dramática, mas o seu impacto é muito forte. É essencial reconhecer e compreender os diversos e complexos fatores que contribuem para a violência no trabalho.

A violência e agressão estão profundamente enraizadas no repertório comportamental nos comportamentos dos seres humanos. Originalmente parece ter servido como um mecanismo de adaptação necessário à sobrevivência da espécie. No entanto, não ocorre aleatoriamente em toda a espécie humana, nem ocorreu uniformemente ao longo de uma qualquer sociedade. Tendo em conta que o risco de violência depende da interação de vários fatores, identificam-se de seguida aqueles considerados como os mais significativos:

- desenvolvimento da criança e a influência da família: é no seio da família que o comportamento agressivo é apreendido, e/ou os valores de não-violência incutidos nas crianças;
- fatores culturais: as crenças partilhadas numa cultura ou sub-cultura ajudam a definir os limites do comportamento aceitável ou tolerável. No entanto, fatores que podem conduzir a um maior nível de violência numa sociedade incluem a desigualdade e a pobreza generalizada. Nas sociedades onde alguns grupos estão particularmente alienados, onde muitas vezes a discriminação e as atitudes em relação à desigualdade de género estão profundamente enraizadas, o risco de violência é elevado;
- fatores de personalidade: incluindo comportamentos agressivos anteriores, falta de empatia com os sentimentos dos outros, impulsividade (ou a incapacidade de evitar uma grande ansiedade) ou, em contraste, fortes e invulgares controlos internos (personalidades com excesso de controlo);
- abuso de substâncias: embora exista uma associação estreita entre o abuso de substâncias e a violência, a relação é complexa e envolve muitos fatores incluindo a incapacidade de controlo dos próprios impulsos, a coexistência de fatores psicológicos, sociais e culturais, e no caso das substâncias ilícitas a violência associada ao tráfico e distribuição, assim como aos efeitos farmacológicos das substâncias ou do álcool consumido;
- fatores biológicos: embora os comportamentos violentos não pareçam ser uma característica herdada, algumas condições (tais como disfunção do sistema nervoso central) podem levar a comportamentos psicopatas, as hormonas (principalmente testosterona) também podem desempenhar um papel no comportamento violento – é por isso que os comportamentos mais violentos têm estado associados aos indivíduos do sexo masculino com idades entre 15 e 30;
- doenças mentais: algumas formas de doença mental, especialmente esquizofrenia paranóica, ocasionalmente podem resultar em atos violentos, apesar da possibilidade da violência se verificar em doentes mentais ser considerada como pouco provável;
- A influência dos meios de comunicação: pesquisas indicam que a relação é bidirecional - a exposição à violência na televisão, em vídeo ou no cinema pode dar origem à agressão, enquanto a agressão pode gerar a visualização de violência;
- colegas e a escola: a companhia de colegas delinquentes ou agressivos pode influenciar os indivíduos a tornarem-se agressivos.

Como esta lista demonstra, a mudança a longo prazo para resolver o problema da violência no trabalho, é um projeto para toda a sociedade. Ao mesmo tempo, o local de trabalho, como parte da sociedade, tem a sua contribuição a dar na redução da incidência da violência. As comunidades e locais de trabalho influenciam-se uns aos outros, as melhorias de uns podem ser uma forma de contribuir para as melhorias no outro.

O diagrama a seguir vai ajudar a determinar as interações complexas que podem dar origem à violência no trabalho.

Situações de risco

Cada situação violenta é única e, portanto, requer a sua própria análise. É por isso que a previsão de atos específicos de violência é extremamente difícil. Todavia, há um número de situações de trabalho no qual a violência parece ocorrer mais *frequentemente* e onde é necessária especial atenção.

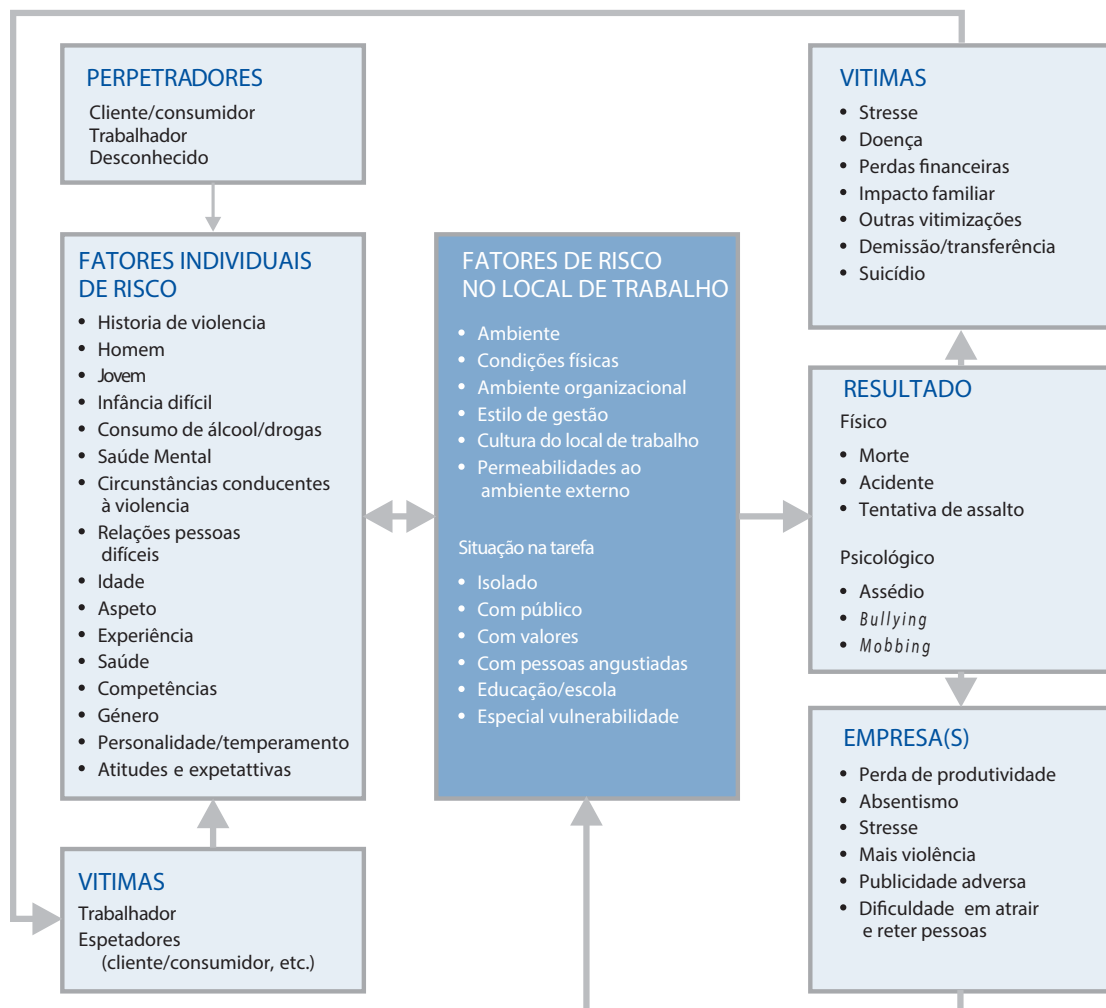


Figura 5.1: As causas da violência no trabalho

Trabalho Isolado

Trabalhar isolado significa que não há testemunhas para qualquer tipo de violência potencial que, por si só, aumenta o risco de violência. Situações de trabalho isolado de alto risco incluem trabalhos em pequenas lojas ou quiosques, pessoal de limpeza e de manutenção a trabalhar depois das horas normais e particularmente motoristas de táxi à noite e quando os clientes estão alcoolizados. De acordo com dados publicados em 2001 (Chappell, 2006), os motoristas de táxi nos Estados Unidos estão 30 vezes mais vulneráveis a sofrer um ataque mortal do que outro trabalhador nos Estados Unidos. Na África do Sul, uma média de 60 por cento dos locais de venda a retalho de gasolina (postos de gasolina) inquiridos em 2002, tinha sofrido crimes violentos nos últimos 36 meses (Hadland, 2002).

Cada vez mais pessoas trabalham agora sozinhas em vários de setores, como resultado de novos tipos de organização do trabalho tais como subcontratação, *outsourcing*, teletrabalho, trabalho em rede e trabalho por conta própria.

Trabalho em contacto com o público

Trabalhar com o público acrescenta um elemento de imprevisibilidade, ficando os trabalhadores expostos a indivíduos com história de violência, doença mental ou aqueles que estão embriagados. A violência por parte do público pode ser provocada por má qualidade do serviço, ou uma perceção dela, por desconsideração ou indiferença levada a cabo por um trabalhador ou pela insatisfação geral do cliente com uma empresa, sem ligação direta a um trabalhador específico ou problema no momento em que a violência se verifica.

Trabalhar com objetos de valor e a manuseamento de dinheiro

Sempre que os valores são, ou parecem ser, de “fácil acesso”, há um risco de que o crime, particularmente crime violento, possa acontecer. Enquanto os trabalhadores em muitos setores enfrentam esse problema, os trabalhadores em lojas, correios e instituições financeiras, especialmente aqueles que lidam com dinheiro, estão em maior risco.

Trabalhar com pessoas angustiadas

A violência é tão comum entre os trabalhadores em contato com as pessoas angustiadas, que muitas vezes é considerado um risco inevitável do trabalho. Frustração e raiva decorrentes de doença e dor, problemas relacionados com a idade avançada, distúrbios psiquiátricos, bem como álcool e abuso de substâncias podem afetar o comportamento e fazer com que as pessoas se tornem violentas verbal ou fisicamente. O risco de violência é aumentado pela:

- pobreza e marginalização da comunidade em que vive o agressor;
- organização ou equipamento insuficiente onde são prestados os cuidados;
- insuficiente formação e fracas habilitações do pessoal que presta os serviços;
- um clima geral de stresse e insegurança no local de trabalho.

Trabalhar num ambiente cada vez mais “exposto” à violência

Ambientes de trabalho que têm estado tradicionalmente bastante imunes à violência estão a ficar progressivamente afetados. Esta tendência preocupante parece refletir um crescimento geral da agitação e violência da comunidade, e o colapso de alguns valores sociais e a violência nas escolas faz parte desta tendência. Os professores estiveram expostos ao risco de violência durante muito tempo; no entanto, o nível de risco a que estão agora expostos em vários países está a tornar-se preocupante.

Trabalhar em condições de especial vulnerabilidade

Isto inclui as seguintes situações:

- aumento do número de trabalhadores envolvido em empregos precários e temporários;
- os trabalhadores imigrantes e pessoas de diferentes etnias;
- trabalhadores em empresas de exportação que operam em zonas de livre comércio;
- trabalhadores em áreas rurais e mineiros, particularmente nos países em desenvolvimento;
- milhões de crianças que trabalham, tanto em países industrializados como em desenvolvimento.

Onde se concentra a violência?

A violência no local de trabalho - física e psicológica - tornou-se uma questão global, cruzando fronteiras, situações de trabalho e grupos profissionais. Não há uma única profissão imune à violência no trabalho, embora a violência no local de trabalho tenda a concentrar-se em determinadas profissões. A tabela seguinte indica as profissões de maior risco no Reino Unido, de acordo com as entrevistas do *British Crime Survey (BCS)*, realizadas entre 2003-2005.

Risco de violência no trabalho, por profissão, 2003-04 e 2004-05 de acordo com as entrevistas do BCS				
Percentagem de vítimas uma ou mais vezes	Agressões	Ameaças	Todas as formas de violência no trabalho	Não ponderada N
Profissões de Segurança	8,8	1,2	9,7	460
Proprietários e gestores na Agricultura e serviços	2,6	2,3	4,6	1,351
Condutores e operadores de Máquinas móveis e Transportes	1,3	1,6	2,7	1,606

Risco de violência no trabalho, por profissão, 2003-04 e 2004-05 de acordo com as entrevistas do BCS

Profissões de lazer e outros Serviços pessoais	1,0	1,7	2,5	835
Profissionais de saúde e Previdência social e afins	1,1	1,4	2,5	1,683
Profissionais de saúde	0,4	2,3	2,3	345
Profissionais de serviços públicos e empresariais	0,4	1,3	1,7	1,044
Profissionais de vendas	0,8	0,9	1,6	2,572
Gestores de empresas	0,8	0,9	1,4	4,730
Profissões básicas na Administração e serviços	0,8	0,6	1,4	3,269
Profissionais de ensino e investigação	0,8	0,6	1,3	2,045
Serviços de apoio ao cliente	0,3	0,9	1,1	581
Serviços de cuidados pessoais	0,5*	0,4	0,8	2,509
Profissionais de serviços públicos e empresariais de nível intermédio	0,2	0,5	0,7	2,103
Especialistas nas indústrias metalúrgica e da electricidade	0,2	0,3	0,5	1,846
Especialistas nas indústrias têxtil, de impressão, e outras	0,5	0,1	0,5	838
Profissões administrativas	0,1	0,4*	0,5*	3,943
Profissionais ligados à ciência e tecnologia	-	0,5	0,5	699
Profissões de comércio de base, fabris e relacionadas com o armazenamento	0,2	0,2	0,4	1,691

Risco de violência no trabalho, por profissão, 2003-04 e 2004-05 de acordo com as entrevistas do BCS				
Profissões de Secretariado e relacionadas	0,2	0,4	0,4	1,234
Profissões ligadas à cultura, meios de comunicação e desporto	0,1	0,3	0,4	798
Profissionais das ciências e tecnologias	0,1	0,4	0,4	1,231
Construção especializada e construção	0,2	0,1	0,3	1,636
Indústria, fábricas e operadores de máquinas	,1	0,3	0,3	1,543
Agricultura especializada	-	-	-	427
TOTAL	0,6*	0,7*	1,3*	41,19
* denota uma queda significativa desde 2001/02 e 2002/03 no p 0.05 1. Fonte 2003/04 e 2004/05 BCS. 2. Com base em adultos, em idade ativa, no emprego. 3. Todos os pormenores das profissões SOC dentro de cada grupo estão no Anexo B do Relatório 04/04 acessível <i>online</i>. 4. < 0.1 denota um valor abaixo de 0.05. – indica não haver casos destes na amostra				

Fonte: Upson, 2004

O que aumenta o risco de violência?

- **SITUAÇÃO**

O emprego precário é um fator agravante

- **SEXO**

Especialmente no caso de assédio sexual, as mulheres trabalhadoras estão mais expostas

- **STRESSE**

A pressão sobre o desempenho numa organização aumenta rapidamente e pode ser vista como um fator para exacerbar a tensão no local de trabalho.

3. Impacto

A Violência no trabalho é um problema generalizado que um número significativo de trabalhadores enfrenta. Os factos seguintes ilustram a dimensão do problema em diferentes regiões do mundo e em diferentes profissões.

- Na União Europeia, segundo dados de 2005 (Durhart, 2001), 9 milhões de indivíduos, ou seja seis por cento de todos os trabalhadores, estavam sujeitos a violência física no trabalho. Quatro por cento dos trabalhadores (6 milhões de indivíduos) sofreu violência física de pessoas de fora do seu local de trabalho. Outros cinco por cento dos trabalhadores na União Europeia estiveram sujeitos a assédio moral e assédio no trabalho.
- A violência psicológica está a ser cada vez mais reconhecida como um fenómeno significativo e generalizado no local de trabalho com um sério impacto no trabalho. Num estudo realizado pelo Instituto Nacional dos EUA, para a segurança ocupacional e saúde (NIOSH), em 2004, existiu *bullying* em 24,5% das empresas inquiridas no ano passado (NIOSH, 2004).
- O setor de saúde é particularmente vulnerável à violência. Um estudo internacional, realizado pela OIT e OMS e dois sindicatos internacionais em 2005, verificou que mais de metade dos trabalhadores da saúde inquiridos em oito países diferentes em seis continentes tinha vivido pelo menos um incidente de violência física ou psicológica nos últimos doze meses (OIT; ICN; OMS; PSI, 2002). Os resultados para diferentes tipos de violência em diferentes países estão resumidos no quadro a seguir:

País	Ataque físico	Abuso Verbal	Bullying/mobbing
Austrália	12,0	67,0	10,5
Brasil	6,4	39,5	15,2
Bulgária	7,5	32,2	30,9
Líbano	5,8	40,9	22,1
Portugal	3,0	51,0 a) / 16,5 b)	23,1 a) / 16,5 b)
Africa do Sul (setor privado)	9,0	52,0	20,6
Africa do Sul	17,0	60,1	-
Tailândia	10,5	47,7	10,7
a) Na rede de cuidados de saúde; b) Em hospitais			

Fonte: Chappell; Di Martino, 2006

- Estão disponíveis muito poucos dados sobre a violência no local de trabalho dos países em desenvolvimento, particularmente sobre a violência psicológica. O fenómeno é significativo, mas geralmente não existem informações disponíveis. Por exemplo, as informações do setor de saúde anteriormente referidos, mostram que há mais assédio moral e assédio moral no Brasil do que na Austrália, mas há mais abuso verbal na Austrália do que no Brasil (Chappell, Di Martino, 2006).

Quem é afetado?

A violência no trabalho, não só tem um efeito imediato sobre a vítima, mas também afeta outras pessoas (direta ou indiretamente), bem como a empresa e a comunidade. O impacto e o custo da violência no trabalho precisam ser considerados em diferentes níveis.

- A **nível individual**, o sofrimento e humilhação, resultantes de violência muitas vezes leva à falta de motivação, perda de confiança, redução da autoestima, depressão, raiva, ansiedade e irritabilidade. Tal como com o stresse, se as causas da violência não forem eliminadas, ou os efeitos controlados, os sintomas podem agravar-se e provocar doença física, transtornos psicológicos, tabaco, álcool e abuso de drogas e outros vícios. Eles podem afetar outras áreas da vida, como hábitos de alimentação e sono. Até podem culminar em acidentes de trabalho, problemas de saúde a longo prazo e uma incapacidade para o trabalho, ou até mesmo o suicídio.
- Ao **nível do local de trabalho**, a violência provoca ruturas imediatas e muitas vezes a longo prazo das relações interpessoais, na organização do trabalho e acima de tudo no ambiente de trabalho. Os empregadores assumem o custo direto do trabalho perdido, do aumento de medidas de segurança, absentismo, da rotatividade, dos acidentes, da doença, incapacidade e morte. Eles enfrentam dificuldades no recrutamento e retenção de funcionários. Existe também uma maior probabilidade de vir a suportar os custos indiretos da redução da eficiência e produtividade, da deterioração da qualidade do produto e uma redução no volume de negócios. Os empregadores prestam cada vez mais atenção ao impacto negativo da violência em “fatores intangíveis”, como imagem da empresa, motivação e compromisso, lealdade à empresa, criatividade, clima de trabalho, abertura à inovação, construção do conhecimento e aprendizagem.
- A **nível comunitário**, os custos da violência incluem os custos de cuidados de saúde e a longo prazo de reabilitação de vítimas, subsídios de desemprego e os custos de reconversão para as vítimas que perdem os seus empregos como resultado da tal violência e deficiência e custos da incapacidade, quando as capacidades de trabalho das vítimas são prejudicadas pela violência no trabalho.

Quais os custos da violência no local de trabalho? Alguns exemplos¹:

Custos diretos: acidentes no local de trabalho, doenças, absentismo e rotatividade.

- De acordo com um estudo em hospitais na Finlândia as vítimas de *bullying* tinham mais 26 por cento de faltas por doença do que os outros trabalhadores,

Custos indiretos: tais como a redução da satisfação no trabalho, a moral e produtividade.

- Quanto mais as enfermeiras suecas estiveram expostas à violência no trabalho, mais experimentaram uma menor satisfação de trabalho.

Custos Globais:

- Num estudo australiano, cada caso de *bullying* custa ao empregador pelo menos 16,977 dólares australianos.
- Os custos do *bullying* foram estimados para cerca de 2 mil milhões de libras por ano no Reino Unido.
- O Custo total anual de homicídios no local de trabalho nos EUA foi calculado em 970 milhões de dólares.

No total foi estimado por vários estudos credíveis, o custo do stresse e violência para cerca de 30 por cento dos custos totais dos acidentes e problemas de saúde. Com base nos números referidos, tem sido sugerido que o stresse e violência podem contribuir aproximadamente 0.5-3.5 por cento do PIB por ano (OIT, 2001).

¹ Finlândia: Kivimaki, 2000; Suécia: Arnetz, 1996; Austrália: Sheehan, 2001; Reino Unido: *Health and Safety Executive*, 2006; EUA: Biddle, 2002

4. Gestão da violência no trabalho

Como se pode abordar a questão da violência?

Há um crescente reconhecimento de que:

- é possível prevenir a violência no trabalho;
- a violência não é só um problema pessoal;
- é prejudicial para o próprio ambiente de trabalho;
- a organização do trabalho e o ambiente de trabalho podem ser parte da causa do problema;
- a organização do trabalho e o ambiente de trabalho podem ser alterados para evitar a violência;
- o combate à violência faz parte integrante da cultura de gestão de uma empresa sólida;
- a violência no trabalho está ligada através de um ciclo de sinergias negativas a outras questões psicossociais.

Os governos, os empregadores e os trabalhadores precisam:

- abordar as causas, em vez dos efeitos da violência;
- reconhecer que não pode haver uma única resposta “única” adaptada a todas as situações, mas as soluções devem ser adaptadas para cada local de trabalho;
- agir preventivamente, antes que os danos ocorram, nomeadamente a melhoria das competências interpessoais de gestão e também dos trabalhadores;
- atuar sistematicamente em todos os níveis de intervenção;
- abranger todas as partes envolvidas, especialmente os trabalhadores e seus representantes para identificar o problema e implementar soluções;
- ter uma política nacional integrada de Segurança e Saúde e boas estratégias para gerir todos os riscos psicossociais relacionados.

A violência no trabalho pode ser gerida e prevenida de diferentes formas. Prevenir a violência é melhor do que a agir após o acontecimento. Isso pode ser realizado através de várias medidas.

Medidas Administrativas

Isto pode assumir a forma de uma clara declaração de intenções do *CEO* ou do Diretor-geral referindo que o local de trabalho é um local sem violência. Em alguns casos, isto significa uma política de tolerância zero, afirmando que qualquer forma de violência não é aceitável e irá resultar em sanções severas. Devem ser adotadas medidas especí-

ficas para prevenir a violência, incluindo um sistema de comunicação, acesso ao apoio e a nomeação de um provedor (mediador).

Organização do trabalho e análise de funções

A organização do trabalho pode ser a causa da violência no local de trabalho, mas felizmente, este é um fator que pode ser alterado. Na verdade, é mais eficaz e menos oneroso melhorar o trabalho da organização a fim de **prevenir** a violência do que to introduzir medidas extensivas para **reagir** à violência, após o evento. Alguns aspectos do perfil do emprego e a organização do trabalho relacionados com o tempo de trabalho que podem impedir a violência constam da seguinte recomendação para a prevenção da violência no setor de saúde, emitido pela OIT e a OMS, e dois sindicatos de enfermagem internacional.

Análise de funções

A análise de funções é um fator essencial para a violência no local de trabalho. Uma análise de funções efetiva deve assegurar que:

- as tarefas executadas são identificáveis como unidades como um todo de um posto de trabalho em vez de fragmentos;
- os postos de trabalho dão um contributo significativo para o funcionamento global da organização o que pode ser entendido pelo trabalhador;
- os empregos fornecem um grau adequado de autonomia;
- os empregos não são excessivamente repetitivos e monótonos;
- é dado *feedback* suficiente sobre o desempenho da tarefa e as oportunidades para o desenvolvimento de competências dos funcionários;
- os postos de trabalho são enriquecidos com uma ampla variedade de tarefas;
- o planeamento do trabalho é melhorado;
- o ritmo de trabalho não é excessivo;
- é facilitado o acesso ao apoiar aos trabalhadores ou aos membros da equipa;
- há tempo disponível para o diálogo, a partilha de informações e resolução de problemas.

Duração de trabalho

Para impedir o alastrar da violência no local de trabalho, a gestão do tempo de trabalho deve evitar uma pressão excessiva do trabalho através de:

- organização, na medida do possível, do horário de trabalho consultando os trabalhadores envolvidos;
- evitando horas de trabalho excessivas e longas;
- evitando o recurso excessivo a horas extraordinárias;
- proporcionar períodos de repouso adequados;
- criação de equipas autónomas ou semiautónomas para lidar com a sua própria organização do tempo de trabalho;
- manter horários de trabalho regulares e previsíveis;
- manter ao mínimo, e na medida do possível, turnos noturnos consecutivos.

Fonte: OIT; ICN; OMS; PSI, 2002.

Testes e triagem antes da contratação

As ferramentas tradicionais de seleção de novos trabalhadores a contratar incluem provas escritas, entrevistas e testes de desempenho. Algumas novas ferramentas popularizaram-se recentemente, tais como perfis psicológicos ou testes de álcool e drogas, mas precisam ser usadas com cautela, por razões éticas e porque elas não atingem necessariamente os resultados que parecem prometer. Se usadas com cuidado podem ser úteis para a identificação de indivíduos que são mais adequados para determinados postos de trabalho. É possível reconhecer alguém que é menos provável que fique stressado, frustrado ou zangado devido a fatores de stress relacionados com o trabalho e, consequentemente, é menos provável que venha a ser violento no trabalho.

Formação

A formação sobre a prevenção da violência no local de trabalho pode abranger diferentes áreas:

- a identificação de pessoas e situações potencialmente violentas;
- competências de comunicação para neutralizar situações potencialmente violentas;
- a melhoria das competências profissionais para evitar que clientes e colaboradores, fiquem frustrados por um trabalho mal realizado;
- especialista em formação para preparar parte da força de trabalho a assumir situações de trabalho complicadas, mais uma vez para assegurar a qualidade do serviço;
- garantir que equipamentos, procedimentos e planos de emergência estão no local para responder a um incidente importante e serão usados corretamente;
- reconhecer a importância das relações entre problemas psicossociais.

Informação e comunicação

O silêncio pode ser o pior inimigo: na ausência de informações corretas, aumenta a incerteza, que pode levar ao medo e reações irracionais. As pessoas também podem fazer falsas suposições que podem agravar a situação. As informações abrangendo as seguintes áreas precisam ser comunicadas a todos os trabalhadores:

- a) informações sobre política, para que todos os interessados saibam o que esperar;
- b) se for caso disso, fornecer informações aos clientes, por exemplo sobre os tempos de espera, ou as razões para um déficit no serviço;
- c) informações sobre assédio sexual, *bullying* e *mobbing* a fim de remover o tabu do silêncio e prestar assistência;
- d) informações sobre alterações na organização;
- e) proporcionar oportunidades reais para os trabalhadores comunicarem com a gestão e serem consultados;
- f) onde o potencial de violência está relacionado só com o trabalho, fornecer informações relevantes e sistemas de comunicação, onde os funcionários estão localizados e o que se espera deles; a seleção de quem tem de trabalhar sozinho e um sistema de rotação que evite o isolamento dos trabalhadores.

Configuração física e ambiente de trabalho

O risco de violência no trabalho pode ser significativamente reduzido com um bom projeto a nível da configuração física.. As questões de acesso e de conforto podem ser áreas chaves para a melhoria.

O controlo de acesso pode ser uma maneira de afastar clientes potencialmente agressivos dos trabalhadores. Medidas como o controlo de entradas, barreiras de proteção e baias de segurança podem ser consideradas. Melhorando o conforto do cliente, particularmente quando o tempo de espera pode ser longo, também pode ser uma boa medida preventiva. Bem-estar, cor, iluminação, instalações sanitárias, temperatura confortável e níveis de ruído baixos podem fazer a diferença.

Essas sugestões aplicam-se também a violência entre colegas de trabalho, pois estas geralmente contribuem para reduzir a tensão no trabalho.

Lidar com incidentes violentos

Enquanto a prevenção é, de longe, a melhor maneira de abordar a violência no trabalho, é importante que os trabalhadores se preparem com procedimentos para estabelecer e resolver situações difíceis, e evitando confrontos violentos.

Minimizar a agressão

Mesmo nas situações mais difíceis, muitas vezes há algum espaço de manobra antes do início da violência. Foram desenvolvidas muitas orientações que recomendam formas de minimizar o risco de ocorrer um incidente violento. Pode ser útil para os trabalha-

dores que estão funcionando como consultores de pares para receber formação especial sobre como desanuvier situações agressivas. A este respeito, o comportamento e atitudes pessoais são extremamente importantes.

Uma pessoa que está à beira de agressão física tem várias opções: atacar, retrair-se ou ceder. É necessário orientá-los para as últimas duas, por exemplo, manter-se calmo, falando suavemente, lentamente, claramente e tentar resolver as coisas através de uma forma razoável. Evite linguagem agressiva do corpo, tal como cruzar braços, mãos nos quadris, sacudindo um dedo ou levantar um braço-porque essas ações desafiam e confrontam.

Ações imediatas após incidentes violentos

Dependendo da natureza e gravidade da violência, a intervenção da polícia pode ser necessária, especialmente no caso de incidentes graves. Em qualquer caso, a importância de relatar a violência no local de trabalho e o registo imediato é realçada por todos os especialistas. O sistema de registo e criação de relatórios deve cobrir todos os incidentes, incluindo incidentes menores e potenciais onde não exista nenhum dano real. Aparentemente acontecimentos triviais não devem ser negligenciados, porque eles podem ser relevantes mais tarde, por exemplo na deteção de padrões repetidos de comportamento ou de uma escalada de agressão. Os trabalhadores devem saber como e onde relatar atos violentos ou ameaças de violência, sem medo de críticas, ou do agressor se virar contra eles.

As vítimas de violência podem experimentar uma grande variedade de reações perturbadoras e podem precisar de ajuda psicológica para lidar com a angústia e com sequelas frequentes de um incidente violento. Recomenda-se sempre a realização de avaliação da situação, mesmo nos casos mais banais, geralmente sob a forma de reuniões, de preferência realizadas pelos funcionários e com todos os envolvidos no incidente, se possível. Também, é geralmente, recomendável que o aconselhamento seja incorporado para resposta a traumas e crises após o incidente, através de pessoal qualificado ou especialistas externos. Particularmente no caso de incidentes graves de violência, algumas vítimas podem precisar de apoio de longo prazo, que inclui aconselhamento profissional prolongado, a assistência jurídica com procedimentos de indemnização, reabilitação e ajuda na reinserção profissional.

Monitorização e avaliação

Finalmente, é necessário periodicamente rever e verificar a eficácia das medidas tomadas para prevenir e lidar com a violência no trabalho. Isto deve assumir a forma de acompanhamento dos resultados das mudanças que foram introduzidas, usando um sistema através do qual os trabalhadores podem fornecer *feedback* regular. Desta forma pode ser avaliado o impacto das mudanças e podem ser detetados todos os problemas restantes ou qualquer mudança na natureza dos problemas. A monitorização e avaliação são componentes chave do sistema de gestão cíclica recomendado nas diretrizes práticas da OIT sobre segurança no trabalho e sistemas de gestão de saúde (OIT, 2001).

5. Boas Práticas

Como a violência no local de trabalho é cada vez mais reconhecida como um problema a enfrentar, estão disponíveis mais e mais exemplos de boas práticas. Os estudos de caso seguintes mostram exemplos de boas práticas. O primeiro mostra como é importante definir o cenário com um compromisso claro ao nível de diretrizes da administração, a fim de reduzir a violência no trabalho. Neste cenário uma estratégia detalhada pode ser colocada no lugar que terá muito mais hipóteses de sucesso porque se entende que a organização leva o assunto a sério.

Âmbito das políticas e compromisso da gestão de topo

O documento de política abaixo, tem como origem uma universidade da América do Norte. Ele vincula o objetivo de redução da violência, com dois principais objetivos da organização (excelência no ensino e aprendizagem) e os seus objetivos de saúde e segurança. Ele especifica uma definição de violência a ser usada, e quais as consequências para alguém que não respeite a referida política. Também sublinha a responsabilidade de todos os membros da gestão para reportar a violência quando ocorre.

Exemplo da Política da Universidade

Esta Universidade compromete-se a criar e manter um ambiente sem violência no campus para todos os membros da comunidade universitária livre. Civismo, compreensão, e respeito mútuo para com todos os membros da comunidade universitária são valores intrínsecos à excelência no ensino e aprendizagem, à segurança no local de trabalho, e à manutenção de uma cultura e ambiente que serve as necessidades de todos os constituintes do *campus*.

Esta Universidade não tolerará a violência e ameaças de violência no *campus* ou nos eventos do campus patrocinados pelos membros da comunidade da universidade, contra outras pessoas ou bens.

No âmbito desta política, a violência e as ameaças de violência incluem, mas não estão limitadas a:

- qualquer ato considerado agressão física; ou
- qualquer ameaça, comportamento ou ação que seja interpretada por uma pessoa razoável, que potencialmente possa:
 - atingir ou colocar em perigo a segurança de outros,
 - resultar num ato de agressão; ou
 - destruir ou danificar bens.

Qualquer membro da comunidade da Universidade que cometa um ato violento ou ameace cometer um ato violento contra outras pessoas ou bens no campus ou nos eventos realizados no campus, ficam sujeitos a sanções disciplinares, de acordo com os procedimentos estabelecidos, incluindo até o despedimento do emprego ou expulsão da Universidade, exclusivo de qualquer sanção civil e/ou criminal que possa ser aplicada, como adequada.

É da responsabilidade de qualquer administrador, membro da faculdade, membro da equipa e estudante levar a sério qualquer ameaça, ou ato violento, e reportar atos de violência ou ameaças de violência às autoridades adequadas.

Fonte: Universidade do Estado de Sonoma, 1998

Prevenção da discriminação e assédio

Uma empresa multinacional da indústria transformadora localizada na Ásia e na Europa implementou com sucesso um programa para a prevenção da violência e assédio na empresa. Concentrou-se particularmente no respeito pela diversidade cultural e a prevenção da discriminação e assédio numa empresa com trabalhadores de 22 diferentes nacionalidades. Os elementos do programa incluíam:

- um código de conduta e uma declaração de tolerância zero (desenvolvido com a entrada de trabalhadores);
- sessões de trabalho, que eram:
 - realizadas regularmente todos os meses,
 - obrigatórias para todos os funcionários,
 - organizadas durante o horário de trabalho;
- reuniões quinzenais para aferir sentimentos e discutir quaisquer problemas;
- comunicação durante o recrutamento e depois através de quadros informativos e um boletim interno;
- liderança e formação de supervisores para lidar com a violência e o assédio;
- procedimentos de reclamações, incluindo a mediação, a investigação oficial, sanções e apoio à vítima. As vítimas tanto podem relatar aos supervisores, como a um representante dos trabalhadores externo ou para o assistente social interno.

Prevenção através da configuração física do ambiente de trabalho

O departamento de serviços sociais de Amsterdão, na Holanda mudou com sucesso a configuração física do seu ambiente de trabalho para prevenir a violência no trabalho. Primeiro tornou o ambiente agradável e acessível de igual modo para os funcionários e o público, através de uma série de medidas:

- localização cuidadosa dos escritórios para facilitar o acesso;
- espaços de estacionamento suficientes e convenientes;
- sinalização dentro do edifício para encontrar facilmente o caminho para onde ir;
- introduzir um sistema de numeração para tempos de espera;
- uma área de espera agradável, que incluiu: máquina de café, parque infantil, telefone, televisão, materiais de leitura, esquema de cores calmante.

No espaço onde os funcionários e os clientes se reúnem, foram colocados balcões largos e suficientemente altos para impedir o contato físico entre os clientes e os funcionários, e foram colocados painéis de absorção de ruído entre os clientes para garantir a confidencialidade. Atenção à criação de elementos de *design* como saídas alternativas de emergência para o pessoal sair rapidamente, se necessário, que desempenhou um papel relevante quando a violência aconteceu, e que contribuiu para uma sensação de maior segurança para os membros da equipa.

Algumas medidas de segurança também foram instaladas, tais como alarmes em contadores e sistemas de monitorização de circuito fechado de televisão. Estas medidas foram divulgadas, para aumentar o efeito dissuasor.

Resultados do regime:

- redução do stresse no trabalho;
- melhor ambiente de trabalho;
- melhor prestação de serviços;
- mudança na cultura de trabalho através de discussões abertas sobre violência;
- poupança nos custos-benefícios: custos diretos de 275.000 € para as novas medidas de projeto, em comparação com os custos estimados de 900.000 € para os custos da violência indireta (tais como licença por doença) por ano.

Resposta à violência

Deve ser feita uma abordagem equilibrada para enfrentar a violência no local de trabalho. O pessoal deve ser consultado sobre, onde e quando se sentem mais vulneráveis à violência no trabalho, e a gestão deve proporcionar apoio adequado quando os trabalhadores se encontram nessas situações. Procedimentos, formação, orientações e equipamento adequado devem existir no local para permitir aos funcionários lidar com situações de conflito. O caso seguinte é um bom exemplo.

Num hospital numa pequena cidade da Holanda com níveis de violência que provocaram na equipa de funcionários um sentimento cada vez maior de insegurança. Os gestores, trabalhadores, e a administração, representantes da polícia e o ministério público colaboraram para desenvolver um plano para reduzir a violência no hospital. Uma investigação identificou onde e quando a maioria dos incidentes ocorriam. Foi fornecido a todo o pessoal um alarme para chamar o pessoal da segurança e instruções sobre como e quando usá-lo.

Desde que o regime foi introduzido, a violência física no hospital baixou 30 por cento e a violência verbal 27 por cento. O sistema foi considerado tão bem sucedido que está agora a ser implementado em 24 outros hospitais do país (Chappell; Di Martino, 2006).

Tipo de violência	Ação	Consequências
Agressão verbal	Primeiro tente acalmar o agressor, e usar o alarme pessoal apenas se isto não funcionar.	O incidente é registado
Ameaças graves	Use imediatamente o alarme pessoal e o pessoal da segurança intervém	O incidente é registado; o agressor recebe um “cartão amarelo”; O incidente é relatado à polícia.
Violência física	Use imediatamente o alarme pessoal e o pessoal da segurança intervém	O incidente é registado; o agressor recebe um “cartão vermelho”; O incidente é relatado à polícia O agressor é levado a tribunal e E pode ser proibido de entrar no hospital.

6. Inter-relações

A violência no trabalho está frequentemente associada a outros problemas psicossociais. Ela está intimamente ligada ao stress e em particular ao stress económico, mas também ao abuso de substâncias. Também podem ser encontradas relações com problemas relacionados com o sono, e de certo modo com o tabagismo e o VIH e SIDA. O exercício físico pode ser um meio de prevenção da violência.

Stresse e violência no trabalho

O stress tanto pode ser uma consequência da violência como a causa da violência. Quase 40 por cento dos trabalhadores relataram experiências de *bullying* quando amplamente definido num estudo do *British National Health Service Community Trust* (Kivimaki; Elovainio, 2000). Outras consequências relacionadas com o stress típicas de violência são a falta de auto-confiança, dificuldade de concentração e medo. A saúde mental também pode ser afetada, resultando em doenças como ansiedade e depressão.

Alguma violência relacionada com o trabalho é causada por stress. Um estudo nos EUA concluiu que quatro dos seguintes elementos do stress terão resultado em agressões físicas, sobre os colegas de trabalho:

- limitado controlo de trabalho;
- altos níveis de responsabilidade para as pessoas;
- alternativas limitadas em encontrar um novo emprego;
- subutilização de competências.

O stress económico, por exemplo, o receio de perder o emprego ou a cessação efetiva, muitas vezes estão relacionados com uma das formas mais dramáticas de violência no trabalho: tiroteios no trabalho, muitas vezes, terminando com o suicídio do agressor.

Abuso de substâncias e violência no trabalho

O consumo de drogas, e em especial álcool, está intimamente ligado com a violência, embora a relação entre os dois não seja simples. Assim como as propriedades farmacológicas do álcool, outros fatores desempenham um papel importante em determinar se uma pessoa se torna violenta, tais como:

- personalidade e temperamento;
- expectativas dos efeitos do álcool;
- contexto social onde os eventos ocorrem.

No entanto, usam as razões subjacentes ao consumo de drogas e o comportamento violento pode ser o mesmo: a incapacidade de controlar os impulsos. Estudos mostram que em casos reais de violência no local de trabalho, o álcool e drogas, muitas vezes têm o seu papel.

Violência no trabalho e outros riscos psicossociais

- Como o ato de fumar se torna cada vez menos aceitável em algumas culturas, pode haver tensões entre fumadores e não fumadores, que podem levar à violência psicológica.
- Sabendo-se que um colega de trabalho é seropositivo, o facto pode provocar uma reação negativa de um colega de trabalho mal informado.
- Sabe-se que a falta de aumenta a irritabilidade e, portanto, o potencial de ações irracionais e possivelmente violentas no trabalho.

A atividade física para a saúde, tal como o exercício, pode ter um impacto positivo sobre a incidência de violência. Ela pode ser usada como um meio de escape para a agressão e para reduzir a tensão, eliminando assim o potencial de violência.

7. Integração de políticas

Os elementos de uma política de segurança integrada e os problemas psicossociais de saúde e promoção da saúde, aplicáveis particularmente à violência são os seguintes:

Organização do trabalho

A empresa necessita aceitar um compromisso com a organização do trabalho, de modo a não incentivar a violência. Isso significa garantir que os níveis de stress não saem de controlo, através da correspondência entre procura e controlo sobre o trabalho e o trabalhador. A organização física do espaço de trabalho também pode ajudar a reduzir o potencial de violência.

Informação

Assegurando que haja clareza sobre as políticas e estratégias para a gestão da violência significa que todos os interessados sabem o que esperar no caso de aderirem à política ou não. Informação clara e suficientemente detalhada sobre todas as áreas de trabalho, incluindo informações para clientes, se for caso disso, também pode ser uma abordagem de prevenção à violência no trabalho.

Formação e educação

Formação e educação suficientes são a chave para dotar os trabalhadores e gestores com as competências de que necessitam para prevenir a violência. Isso pode incluir reconhecer situações potencialmente perigosas, mas também formação para fazer melhor o trabalho e evitar a agressão por parte de clientes insatisfeitos e colegas de trabalho.

Avaliação do risco

A violência pode ser vista como um risco resultante de colocar certos trabalhadores em determinadas posições. Com cuidado e ética com o uso de ferramentas de rastreio, pode ser possível avaliar esse risco no recrutamento e colocar o trabalhador certo no posto certo.

Envolvimento e auscultação do trabalhador

É importante envolver todas as partes interessadas (incluindo os trabalhadores e gestores) no desenvolvimento de estratégias de prevenção e políticas sobre a violência para garantir que todas as necessidades estão a ser detetadas e reconhecidas.

Assistência e tratamento médico

Ocorrendo um incidente violento, a política deve prever que assistência e tratamento devem ser disponibilizados às vítimas, às pessoas que possam ficar expostas e possivelmente para aos predadores, e garantir que todos podem recuperar o melhor das suas capacidades dos efeitos negativos da violência. É importante lembrar que os autores podem ter sido ou podem tornar-se as próprias vítimas e que podem precisar também de ajuda.

Confidencialidade

Qualquer sistema de gravação para manter o controlo de incidentes violentos e potencialmente violentos precisa de ser mantido confidencial, para evitar a propagação de informações inadequadas e boatos infundados. Qualquer informação médica gravada no processo de tratamento da violência no local de trabalho deve permanecer absolutamente confidencial.

Ética

Uma cultura de abertura e transparência deve ser consagrada na política empresarial a todos os níveis, para que os trabalhadores sintam que foram tratados com justiça. Uma percepção de injustiça é um dos precursores mais comuns de violência no trabalho.

Melhoria contínua

Os sistemas de todas as empresas precisam ser acompanhados e avaliados para garantir que se estão a obter os resultados esperados e que se continuam a fazer apesar da mudança de situações.

Para uma análise mais aprofundada das várias medidas que podem ser tomadas para evitar e/ou tratar a violência no trabalho, consulte a publicação OIT: Violence at work de D. Chappell, V. Di Martino (EDS.): 2006. (Genebra) disponível em: http://www.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf.

Bibliografia

- 📖 Arnetz, J.; B. Arnetz; Petterson, I. 1996. “Violence in the nursing profession: Occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses” in *Work and Stress*, Vol. 10, n. 2, pp.19–127.
- 📖 Biddle, E.; Hartley, D. 2002. “The cost of workplaces homicides in the USA 1990–1997” in *Injury prevention and control, Sixth World Conference* (Montréal, Les Presses de l’Université de Montréal), pp.421–422.
- 📖 Chappell, D.; Di Martino, V. 2006. (eds.): *Violence at work*, OIT).
- 📖 Duhart, D. 2001. “Violence in the workplace 1993–1999” National Crime Victimization Survey. (US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics Special Report, NCJ 190076).
- 📖 European Agency for Safety and Health at Work. 2002. Facts: *Bullying at work*. No. 23, Bilbao. From *Violence at work* by Di Martino
- 📖 Greenberg, L.; Barling, J. 1999. “Predicting employee aggression against coworkers, subordinates and supervisors: the roles of person behaviours and perceived workplace issues” in *Journal of Organizational Behaviour*, Vol. 20, No. 6 (John Wiley & Sons), pp. 897–913.
- 📖 Health and Safety Executive. 2006. *Bullying, bullying its way into the Workplace* Disponível em: <http://www.hse.gov.uk/press/2006/e06110.htm>
- 📖 Hadland, A. 2002. “In terror and in silence, an investigation into crime and safety at petrol stations” in *Petrol Station 5 Safety Project* (Cape Town, Social Cohesion and Integration Research Programme, HSRC Press).
- 📖 Hunt, C. *et al.* 2007. *Sexual Harassment in the Workplace: a Literature review* (Equal Opportunities Commission. University of Manchester). Disponível em: <http://www.mbs.ac.uk/research/equalitydiversity/documents/WPS59Sexualharassment.pdf>
- 📖 Hurrell, J.; Worthington, K.A.; Driscoll, R.J. 1996. “Job stress, gender and workplace violence: Analysis of assault experience of state employees”, in G. Vandenberg and E. Bulatao (eds.): *Violence on the job: Identifying risks and developing solutions* (Washington, D.C., American Psychological Association).
- 📖 International Labour Office. 2001. *Guidelines on occupational safety and health management systems ILO–OSH 2001* (Geneva).
- 📖 –. 2001. *The cost of violence and stress at work and the benefits of a violence -and stress-free working environment* (Manchester, UMIST). Disponível em: [http://www.oit.org/safework/info/publications/lang—en/docName—WCMS_118190 / index.htm](http://www.oit.org/safework/info/publications/lang—en/docName—WCMS_118190/index.htm)

- 📖 International Labour Office (ILO); International Council of Nurses (ICN); World Health Organization (WHO); Public Service International (PSI). 2002. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health setor (Geneva, ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Setor).
- 📖 Italian Institute of Statistics (ISTAT). 2004. Molestie e violenze sessuali [Molestation and sexual violence] Disponível em: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2005/03/IT0503NU03.htm>
- 📖 Kivimaki, K.; Elovainio, M. 2000. “Workplace *bullying* and sickness absence in hospital staff” in Occupational and Environmental Medicine Vol. 57, No. 10 (London, BMJ Publications), pp. 656–660.
- 📖 Leymann, H. 1990. “*Mobbing* and psychological terror at workplaces” in H. Leymann (ed.): Violence and victims Vol. 5. (New York, Springer Publishing Company).
- 📖 McCarthy, P.; Mayhew, C. 2004. Safeguarding the organisation against violence and *bullying*. An international perspective (Basingstoke, Palgrave–MacMillan).
- 📖 National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). 2004. NIOSH Update: “Most workplace *bullying* is worker to worker, early findings from NIOSH study suggest” (Atlanta, 28 July). Disponível em: <http://www.cdc.gov/niosh/updates/upd-07-28-04.html>
- 📖 Parent-Thirion A.; *et al.* 2007. Fourth European Working Conditions Survey (Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions) Disponível em: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf>
- 📖 Sheehan, M. *et al.* 2001. Model for assessing the impacts and costs of workplace violence, Paper presented at The Standing Conference on Organizational Symbolism, Trinity College Dublin.
- 📖 Sonoma State University. 1998. Policy: Violence free campus (Sonoma, California). Disponível em: <http://sonoma.edu/UAffairs/policies/violence.htm>
- 📖 Talli, R. 2003. Growing fears for safety of people working alone in the service sector (Helsingin Sanomat). Disponível em: <http://www2.hs.fi/english/archive/news.asp?id=20030805IE16>
- 📖 Upson, A. 2004. Violence at Work. Findings from the 2002/2003 British Crime Survey (London, Home Office Online Report 04/04). Disponível em: <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/rdsolr0404.pdf>. As tabelas atualizadas até 2005 disponíveis em: <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr0404supp.pdf>
- 📖 Vartia, M. 2001. “Consequences of workplace *bullying* with respect to the well-being of its targets and the observers of *bullying*” in Scandinavian Journal of Work and Environmental Health, Vol. 27, No. 1 (Finnish Institute of Occupational Health), pp. 63–69.
- 📖 Wynne, R. *et al.* 1997. Guidance on the Prevention of violence at work (Luxembourg, European Commission).



VIH e SIDA no trabalho



1. Introdução

Ao longo dos últimos 30 anos, a luta contra o VIH e SIDA surgiu como um dos maiores e mais urgentes desafios enfrentados pelo mundo. Infelizmente, ainda não existe nem cura nem vacina para o VIH. Devido a preconceitos e concepções erradas associadas ao VIH e Sida, as pessoas afetadas enfrentam muitas vezes o estigma e a discriminação no seu quotidiano e no trabalho. Muitas mulheres e homens por recearem ser discriminados e perder os seus empregos são dissuadidos de realizar testes voluntariamente, de receber aconselhamento e tratamento, quando necessário.

Com o aparecimento de tratamentos eficazes, mais pessoas do que nunca vivem hoje com o VIH. Por disso a resposta ao VIH e Sida no mundo atual está centrada no modo como as pessoas que vivem ou são afetadas pelo VIH podem continuar a viver e a trabalhar de forma produtiva. O vírus da imunodeficiência humana (VIH) pode permanecer no corpo durante dez a quinze anos antes do sistema imunológico começar a enfraquecer e, eventualmente, a Sida se desenvolva.

Homens e mulheres trabalhadores que vivem com o VIH podem contribuir para a produtividade do seu local de trabalho com os seus conhecimentos, capacidades e competências por um tempo longo depois de terem sido infetados e durante o período que estiverem aptos do ponto de vista clínico. Além disso, o tratamento com a terapia antirretroviral pode inibir a replicação do VIH, retardar a deterioração do sistema imunológico e proporcionar uma melhor qualidade de vida dos trabalhadores e das suas famílias.

Muitas pessoas que vivem com o VIH estão no auge das suas vidas profissionais. Além disso, o sofrimento para as famílias e os custos para as empresas e economias nacionais de perder trabalhadores qualificados e experientes são elevados.

Os esforços de prevenção são essenciais para evitar a transmissão do VIH e reduzir o impacto da epidemia. O local de trabalho oferece um cenário único para chegar a um segmento vital e produtivo da população para fins de sensibilização. Mensagens adaptadas e estratégias podem ser utilizadas regularmente no local de trabalho para combater o estigma e a discriminação, apoiar a mudança de comportamentos e facilitar o acesso à prevenção, ao tratamento antirretroviral, aos cuidados e apoio.

Em 2009 aproximadamente 1,8 milhões de pessoas morreram de Sida e, nesse mesmo ano, 2,6 milhões de pessoas foram infetadas. A região mais afetada é a África Subsaariana, com 22,5 milhões de pessoas que vivem com o VIH (PVVIH), 68 por cento do total mundial de PVVIH (ONUSIDA, 2010).

“Nove em cada dez pessoas que vivem com o VIH vão hoje levantar-se para ir trabalhar”

Juan Somavia, Diretor-Geral da OIT

A Sida é uma questão do local de trabalho porque tem um forte impacto sobre os trabalhadores, as suas famílias e dependentes, as empresas e as economias nacionais.

2. O impacto do VIH e Sida

O VIH está a ter um profundo impacto sobre os indivíduos, os empregadores e as economias em todo o mundo. A epidemia está em estádios diferentes em diferentes partes do mundo. Os seus efeitos ameaçam as vidas e os meios de subsistência dos trabalhadores e das suas famílias. Reduz a produtividade e ameaça a sobrevivência e os lucros das empresas, e limita a capacidade das economias nacionais. Enfraquece os direitos humanos, o trabalho digno, o crescimento e desenvolvimento, bem como a segurança e a prosperidade.

A ONUSIDA estima que em 2009, 33,3 milhões de pessoas viviam com o VIH (UNAIDS, 2010). A dimensão do problema está não só no número de pessoas infetadas (Figura 6.1), mas também no número de pessoas que vão continuar a ser afetadas no futuro.

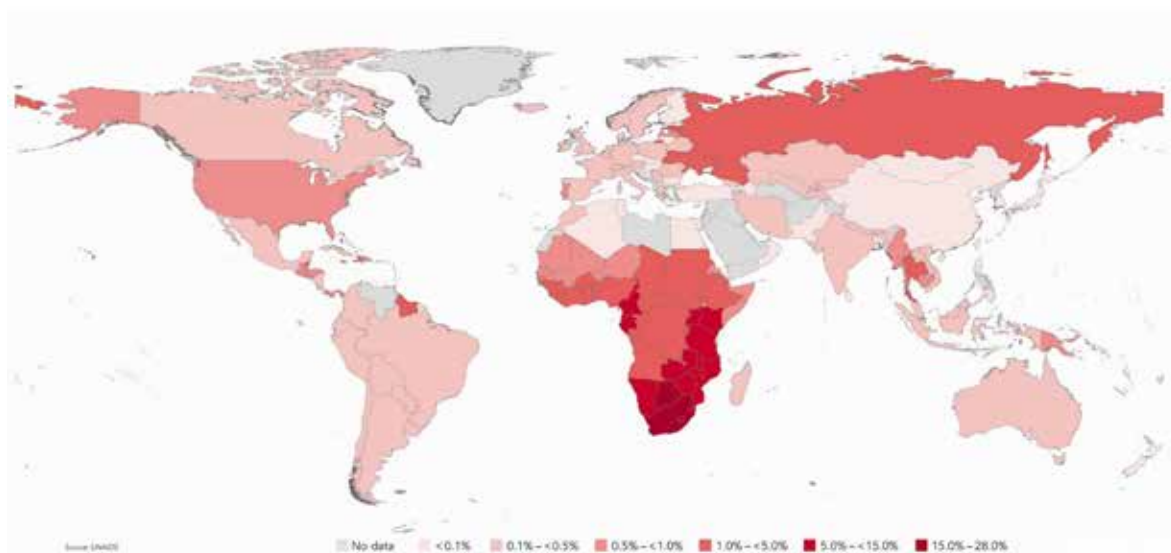


Figura 6.1 Prevalência Global de VIH, 2009.

Fonte: UNAIDS, 2010.

O impacto do VIH e Sida é sentido muito para além dos indivíduos diretamente afetados por ele. A expectativa de vida nos países mais afetados está a ser consideravelmente reduzida e a dimensão da mão-de-obra está a diminuir. O crescimento económico e o desenvolvimento são prejudicados. O VIH e Sida estão a ter um grande impacto e cada vez mais grave para o público e setores privados, bem como para os trabalhadores da economia informal. A segurança alimentar e acesso aos alimentos também estão ameaçados; a produção agrícola está a ser reduzida e as culturas esgotadas dado que a mão-de-obra agrícola nas zonas rurais está a ser afetada pelo VIH e Sida.

Ao mesmo tempo, a saúde e a educação da próxima geração e a mão-de-obra futura está em risco, particularmente em comunidades pobres. A transferência informal de competências também está a ser prejudicada. Estima-se em 12 milhões o número de crianças órfãs em resultado da Sida na África subsariana. As crianças pequenas estão

a ser obrigadas a sair da escola para cuidar de familiares doentes ou para entrar no mercado de trabalho para sustentar a família. Outras vivem com o VIH, ou morrem de condições relacionadas com a Sida.

Nos países mais afetados, a capacidade dos governos para oferecer e apoiar serviços essenciais é reduzida, à medida que a produtividade diminui, os trabalhadores adoecem ou saem, e os custos com a saúde, assistência social e as prestações da segurança social aumentam. Os serviços públicos perdem pessoal na saúde e assistência social, educação, serviços de emergência, na polícia e forças armadas adoecem e morrem de doenças relacionadas com a Sida. Isto enfraquece os serviços públicos e dificulta a prestação de serviços essenciais, o tratamento, os cuidados e apoio ao resto da população.

O consequente impacto do VIH e Sida nas empresas individuais nesses países é claro. Muitas empresas têm realizado estudos de impacto que mostram perdas significativas tanto na produtividade como nos lucros, como resultado direto da perda de trabalhadores qualificados, devido ao VIH e à Sida. A epidemia também representa um desafio para as micro, pequenas e médias empresas que têm uma capacidade limitada para enfrentar o problema.

No entanto, intervenções no local de trabalho bem-sucedidas têm mostrado que as tendências podem ser mitigadas ou revertidas. O desenvolvimento de políticas de trabalho abrangentes e o investimento em programas de prevenção representam um investimento significativo para o futuro.

O impacto do VIH e Sida no mundo do trabalho:

- menor disponibilidade de mão-de-obra;
- perda de trabalhadores qualificados e com experiência;
- absentismo e reformas antecipadas;
- estigma e discriminação dos trabalhadores que vivem com o VIH ou que são afetados pela Sida;
- custos do trabalho mais elevados para os empregadores, que vão desde os seguros de saúde até à reconversão;
- menor produtividade e impacto negativo sobre o crescimento económico;
- debilidade na procura, incapacidade para atrair investimento e desenvolvimento da empresa ameaçado;
- sistemas de proteção social e serviços de saúde sob pressão;
- perda de rendimentos e produtividade do agregado familiar, exacerbando a pobreza;
- uma carga sobre as mulheres que têm de cuidar dos familiares doentes, ao mesmo tempo que procuram o sustento para a família;
- pressão sobre as raparigas e as mulheres para que recorram a favores sexuais para sobreviver;
- entrada antecipada das crianças na vida ativa.

Fonte: ILOAIDS, 2002

De acordo com os últimos dados disponíveis, a incidência do VIH entre 2001 e 2009 caiu mais de 25% em 33 países. Destes países, 22 situam-se na África subsaariana (Etiópia, Nigéria, África do Sul, Zâmbia e Zimbabuê). As maiores epidemias da África subsaariana estabilizaram-se ou mostram sinais de declínio.

Contudo, algumas regiões e países não se enquadram nesta tendência geral. Em sete países (cinco deles na Europa de Leste e Ásia Central) a incidência do VIH aumentou mais de 25% entre 2001 e 2009.



Figura 6.2: Alterações na taxa de incidência da infecção de VIH, 2001 a 2009, em países selecionados

Fonte: ILOAIDS, 2010.

Estes números mostram que uma mudança positiva de comportamento pode alterar o rumo da epidemia, embora o estigma e a discriminação, a ausência de um enquadramento legislativo e o acesso aos serviços possam piorar a situação da epidemia. Em ambos os casos, os efeitos são frequentemente profundos. (UNAIDS, 2010).

3. Compreender o VIH e a Sida

O que é o VIH e o que é a Sida?

VIH significa o vírus da imunodeficiência humana. Este vírus é um micro-organismo que infeta células do sistema imunológico humano e destrói ou deteriora as suas funções. O sistema imunológico inclui as células sanguíneas que ajudam a proteger o corpo de infeções e doenças. Com o tempo, o VIH ataca e destrói estas células, deixando o corpo sem a proteção do sistema imunológico, e vulnerável às infeções e doenças.

O VIH pode estar presente durante anos sem que a pessoa saiba que está infetada. As pessoas que vivem com o VIH podem parecer e sentir-se perfeitamente saudáveis. Não é possível dizer que alguém tem VIH só de olhar para ela.

A Sida significa a síndrome da imunodeficiência adquirida. Adquirida indica que não é uma condição hereditária. A imunodeficiência indica que o sistema imunológico do corpo se deteriorou e tornou-se vulnerável a várias infeções oportunistas que normalmente poderia vencer. A síndrome refere-se a um grupo de sinais e de sintomas que caracterizam um determinado problema de saúde.

O termo Sida refere-se às etapas mais avançadas da infeção VIH e às doenças oportunistas relacionadas, entre as quais a tuberculose e a pneumonia e alguns cancros.

O tratamento e os cuidados médicos apropriados, juntamente com uma alimentação adequada, atrasam o avanço da Sida, reduzem os sintomas, previnem as infeções oportunistas e prolongam e melhoram a qualidade de vida da pessoa que vive com Sida.

Como se transmite o VIH?

O VIH só se transmite através de:

- sexo desprotegido (anal, vaginal ou oral entre pessoas de ambos os sexos) com uma pessoa infetada);
- partilha de agulhas, seringas e outros instrumentos contaminados para fazer tatuagens;
- transfusões de sangue e produtos derivados do sangue contaminados;
- transmissão de uma mãe infetada ao filho durante a gravidez, o parto ou durante a amamentação;
- exposição profissional ao sangue e produtos derivados do sangue, ou a agulhas, seringas instrumentos de fazer tatuagens ou instrumentos cirúrgicos contaminados.

A forma mais comum de contágio e de disseminar o VIH é através do sexo desprotegido com penetração com uma pessoa infetada; oitenta por cento de todas as infeções acontecem por esta via.

No período inicial da infecção, o risco de contágio do VIH é muito elevado. Com uma única exposição ao vírus (por exemplo, uma única relação sexual desprotegida) o vírus pode ser transmitido de uma pessoa para outra.

Como não se transmite o VIH?

O VIH não se transmite:

- através de um aperto de mão, de toque, abraços, nem por partilhar sanitários;
- comendo alimentos preparados por alguém que vive com VIH, partilhando refeições e utensílios ou loiça de cozinha;
- trabalhando junto a alguém que vive com VIH;
- beijando, incluindo beijos profundos; embora se tenha encontrado VIH na saliva em quantidades extremamente pequenas, nunca ninguém ficou infetado através do beijo;
- por picadas de mosquito; os mosquitos podem transportar malária e outras doenças, mas não podem transmitir o VIH.

A Sida tem cura?

Não, não existe cura para a Sida. Uma vez que uma pessoa tem VIH, não se pode eliminar.

Infelizmente, os esforços para encontrar uma vacina foram até agora infrutíferos. Foram investigadas declarações de que se tinha encontrado a “cura” para a Sida por parte de alguns curandeiros tradicionais, mas não se provou a sua eficácia para eliminar o VIH ou curar a Sida.

Contudo, existe tratamento disponível sobre a forma de terapia antirretroviral (ART). Com a sua administração adequada, estes medicamentos são eficazes no controlo do vírus e podem prolongar a vida das pessoas que vivem com Sida.

Quem está mais exposto ao risco?

Os jovens, em especial as raparigas jovens, são mais vulneráveis à infecção VIH e ao impacto da Sida por razões tanto biológicas como sócio económicas. As jovens estão fisiologicamente em maior risco de adquirir infeções sexualmente transmissíveis e VIH do que os homens, e têm o dobro da probabilidade de contrair o vírus através de sexo desprotegido. Há evidências científicas de que a carga viral no sêmen é mais elevada do que na mucosa vaginal, a membrana vaginal é mais fina do que o tecido do pénis, o sêmen permanece mais tempo na vagina e as jovens são mais vulneráveis às micro lesões.

Está demonstrado que a violência contra as mulheres e as raparigas aumenta o risco de infeção com o VIH. As desigualdades socioeconómicas fazem com que seja mais difícil as mulheres e as raparigas protegerem-se contra a infeção VIH e exacerba o impacto do VIH e Sida sobre elas. Isto também inclui a sua dependência económica

e social dos homens, o que diminui o poder de negociação das mulheres para acordarem sexo mais seguro. A dependência económica pode privá-las de procurar os testes do VIH e de aconselhamento e apoio psicológico, o que afasta a possibilidade de que sigam uma terapia antirretroviral (ART). As mulheres e as raparigas são as principais cuidadoras na família e na comunidade. Por esta razão sofrem um maior impacto da carga dos cuidados a familiares e membros da comunidade infetados pelo VIH do que os homens e os rapazes; os estigmas e a discriminação relacionados com o VIH muitas vezes afetam mais as mulheres do que os homens, o que por sua vez marginaliza as mulheres que vivem com o VIH.

As mulheres e as raparigas que não são independentes financeiramente também são vulneráveis à pressão para favores sexuais ou por vender sexo para se manterem ou às suas famílias. As mulheres que praticam sexo comercial que não usam preservativo ou que não podem negociar a utilização do preservativo com os seus clientes, também têm maiores probabilidades de infeções sexualmente transmissíveis, que por sua vez podem transmitir aos seus parceiros. Além disso, a presença de IST aumenta o risco de transmissão do VIH.

Mulheres, raparigas e o VIH

- A epidemia de VIH teve consequências graves na vida das mulheres jovens, contabilizando 66% das infeções entre os jovens em todo o mundo.
- O VIH é a principal causa de morte e de doença entre as mulheres em idade fértil (15-49 anos) no mundo.
- Em quase todos os países da África subsaariana e em alguns países das Caraíbas, a maioria das pessoas que vive com o VIH são mulheres, especialmente raparigas com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos.
- Metade das pessoas que vivem com o VIH a nível global são mulheres e 76% das mulheres seropositivas vivem na África subsaariana.
- As mulheres que vivem com o VIH têm mais probabilidades de sofrerem de violência devido ao seu estatuto VIH.
- Em 2008 as mulheres contabilizavam dois terços de todas as cuidadoras de pessoas que vivem com VIH em África; as mulheres também constituem 70% das pessoas pobres no mundo e dois terços das pessoas iletradas no mundo.

Fonte: ILOAIDS, 2011

As pessoas que praticam sexo anal estão particularmente em risco, uma vez que as membranas internas do ânus podem romper-se facilmente aumentando o risco de transmissão da infeção. Os consumidores de drogas que partilham seringas também correm um risco elevado de infeção por VIH. Ninguém deve reutilizar uma agulha, seringa ou instrumento para injeção que tenha sido utilizado por outra pessoa. As pessoas que utilizam drogas devem tomar medidas para prevenir a exposição ao VIH, especialmente se as drogas são injetadas; assegurando-se que utiliza de cada vez que se injeta uma agulha/seringa nova ou estéril. Em muitas partes do mundo com prevalência elevada de utilização de drogas por injeção existem programas de troca de seringas, que oferecem aos utilizadores o acesso a seringas estéreis. Há estudos que mostram que esses programas reduzem o risco de transmissão do VIH sem contribuir para um aumento da utilização de drogas.

Atualmente, na maior parte dos países do mundo os dadores de sangue são agora objeto de rastreio em busca de anticorpos de VIH. O sangue que não seja obtido de dadores adequadamente selecionados e que não tenham sido submetidos a rastreio de agentes infecciosos transmissíveis, tais como o VIH, de acordo com os requisitos nacionais, não deve ser usado em transfusões, a menos que se trate de situações extremas excecionais de perigo de morte para a pessoa que necessita da transfusão. Os doentes estão em risco de sangue infetado com VIH nos países onde o sangue e os derivados de sangue para transfusões não são rastreados por rotina à procura de VIH, onde as agulhas e as seringas são reutilizadas, e onde os procedimentos de controlo nos estabelecimentos de cuidados de saúde não são estritamente seguidos. Para os trabalhadores da saúde o principal risco de infeção é o de lesão com uma agulha, e embora estas lesões sejam muito comuns, o número de casos de infeção reportados é relativamente baixo devido a precauções do protocolo sanitário específico.

Uma mulher grávida que viva com o VIH pode transmitir ao seu bebé durante a gestação ou durante o parto, ou depois do nascimento durante a amamentação.

Tanto a mulher como o feto podem ser infetados durante a gravidez se o vírus for transmitido por uma pessoa seropositiva, daí a importância de que cada pessoa conheça o seu estatuto VIH. A transmissão mãe-filho do VIH pode ser prevenida.

Que trabalhadores podem estar em risco?

Exposição profissional ao VIH

Alguns trabalhadores entram em contacto com o sangue humano e outros fluídos corporais no local de trabalho. Enfrentam o risco de infeção por VIH devido ao seu trabalho. Nesses casos, devem ser estabelecidas medidas de segurança e saúde apropriadas para evitar que os trabalhadores sejam infetados.¹

Outros trabalhadores podem também correr riscos dentro e fora do local de trabalho se entrarem em contacto com sangue infetado ou outros fluídos corporais em resultado de um acidente ou por equipamento ou materiais infetados. Por isso, a formação para todos os trabalhadores sobre primeiros socorros e respostas perante acidentes deve incluir elementos sobre a prevenção do VIH e sida.

¹ Ver o parágrafo: Formação dos trabalhadores que entram em contacto com sangue humano e outros fluídos

Alguns exemplos de trabalhadores que podem vir a estar expostos a sangue humano e fluídos corporais:

- Pessoal dos serviços de saúde e similares.
- Trabalhadores de serviços de emergência e primeiros socorros.
- Profissionais forenses e pessoal de agências funerárias.
- Pessoal de enfermagem.
- Pessoal de limpeza e de hotéis.
- Trabalhadores de lavandarias.
- Operários de eliminação de resíduos.
- Pessoal das prisões.
- Trabalhadores de ajuda humanitária.
- Tatuadores, barbeiros e outras pessoas que usem agulhas ou lâminas sem proteção.

Trabalhadores migrantes

Muitos trabalhadores migrantes são particularmente vulneráveis à infeção VIH, porque muitas vezes têm pouco controlo sobre as suas vidas no novo local de residência. Os fatores sociais, económicos e políticos nos países de origem e de destino influenciam o risco de VIH dos trabalhadores migrantes internacionais.

A vulnerabilidade dos trabalhadores migrantes aumenta com a separação das mulheres, famílias e normas culturais e sociais por um lado, e pelas barreiras linguísticas, condições de vida precárias, condições de trabalho de exploração e a violência sexual, por outro (UNAIDS; ILO; IOM, 2008).

As mulheres migrantes trabalhadoras podem estar em maior risco de infeção por VIH dado que têm acesso limitado ou não têm acesso aos serviços de prevenção e cuidados de saúde do VIH. (ILO, 2009a). Além disso, nalguns locais, a Sida é vista como uma doença trazida pelos que vêm de fora e essa associação errada entre trabalhadores migrantes e Sida junta-se à discriminação e estigma.

Trabalhadores dos transportes

Alguns trabalhadores estão em risco particular de infeção por VIH pela sua natureza e condições de trabalho. A mobilidade e as longas ausências de casa torna os trabalhadores dos transportes e os trabalhadores sazonais mais vulneráveis à infeção VIH. Em muitos países africanos e em alguns países asiáticos a prevalência do VIH é superior entre os trabalhadores dos transportes do que na população em geral, especialmente entre os motoristas de longo curso em alguns dos principais “corredores” de transporte (ILO, 2005b). Muitos trabalhadores dos transportes e trabalhadores sazonais são populações de difícil acesso devido à natureza especialmente móvel do seu trabalho. As populações de difícil acesso estão numa situação drasticamente de maior de risco de infeção devido ao carácter itinerante e ao isolamento físico devido ao seu trabalho.

Por não terem vínculos fortes com a sociedade, vêm-se excluídos dos esforços nacionais de saúde pública e têm um acesso limitado à prevenção do VIH, ao tratamento contra a Sida e aos serviços de apoio e cuidados. Além disso, por terem pouco conhecimento sobre como se podem proteger do VIH, muitos envolvem-se em comportamento de alto risco, através de sexo desprotegido com inúmeros parceiros.

Os motoristas de camiões de longo curso são outra população de difícil acesso cujo estilo de vida, determinado pelo trabalho, os coloca num risco elevado de contrair o VIH.

Frequentemente, nas principais rotas dos camiões com estabelecimentos de prática de sexo comercial disponível 24 horas por dia. Muitos dos camionistas que frequentam estes estabelecimentos têm sexo desprotegido com múltiplas parceiras. Os camionistas tal como qualquer outra população altamente móvel, são alvos difíceis de alcançar em relação à informação e educação relativa ao VIH e Sida.

Trabalhadores sazonais

Muitas pessoas para sobreviver são forçadas a aceitar empregos temporários longe de casa.

Durante a época das colheitas nas plantações, em grandes estaleiros de construção e no setor mineiro, homens e mulheres encontram-se a viver muitas vezes em acampamentos superlotados, com instalações sanitárias e serviços médicos mínimos. O consumo de drogas e de álcool é normalmente galopante. O sexo comercial está disponível com facilidade. Nem sempre estão disponíveis instalações recreativas. A situação contratual e muitas vezes o estatuto jurídico dos trabalhadores não são claros, retirando-lhes poder e tornando-os vulneráveis a abusos de todos os tipos, incluindo abuso sexual.

A situação socioeconómica dos trabalhadores sazonais coloca-os numa situação altamente vulnerável em relação à infeção VIH. A natureza muitas vezes ilegal do seu trabalho leva-os a evitar os funcionários governamentais, ficando de fora das campanhas de prevenção dos governos.

Trabalhadores marítimos

Em muitos países os trabalhadores marítimos, particularmente os pescadores, são altamente vulneráveis à transmissão do VIH. A sua profissão exige viagens contínuas a numerosos destinos em países distintos. Depois de estar no mar durante meses, os barcos regressam aos portos para se abastecerem de combustível, para aprovisionamento, para descanso, reparações ou para venda do peixe. Durante estas visitas aos portos, os trabalhadores marítimos podem envolver-se em comportamentos de alto risco, como o sexo desprotegido. As mulheres destes correm um risco elevado de contrair doenças sexualmente transmissíveis. Têm poucos meios para se proteger de qualquer doença que os maridos possam trazer para casa. Como resultado, muitas mulheres, continuam a contrair doenças sexualmente transmissíveis e a infeção VIH a partir dos maridos.

Como se pode prevenir a infeção VIH?

A prevenção é um processo que requer mudanças nos comportamentos e atitudes sexuais das pessoas, das organizações e das comunidades: implica enfrentar muitos fatores, sociais, culturais, emocionais e pessoais, incluindo as desigualdades de género, o estigma e a discriminação.

O primeiro passo é reconhecer o problema e romper o silêncio à volta do VIH, da Sida e da sexualidade. A prevenção através da informação, consciencialização e educação participativa, para além de uma liderança informada são parte vital deste processo. Para cada modo de transmissão há também um modo de prevenção. Algumas medidas específicas:

- Mudar as atitudes, crenças e comportamentos sexuais. Para prevenir a infeção VIH, as pessoas devem ter práticas sexuais mais seguras, ou ser fiéis ou reduzir o número de parceiros sexuais. Deve ser sempre usado preservativo em relações sexuais com penetração. A abstinência é outra forma óbvia de evitar a transmissão sexual e permanecer em segurança e saudável, mas isto é muitas vezes irrealista, especialmente quando se tenta iniciar uma família ou em culturas em que a identidade está estreitamente vinculada à atividade sexual ou à reprodução. Negociar o uso do preservativo é vital mas problemático em sociedades onde as mulheres não têm capacidade de negociação ou de poder, em que não existem preservativos ou não se confia neles, ou onde há oposição contra a contraceção por razões religiosas ou culturais.
- Os exames médicos e os serviços de orientação e apoio de carácter voluntário e confidencial permitem às pessoas inteirar-se do seu estatuto VIH e tomar consciência das precauções para se protegerem da infeção VIH ou para evitar a transmissão, em caso de um resultado positivo para o VIH. Além disso, uma pessoa com um resultado positivo, pode ter acesso ao tratamento quando for mais recomendável. É importante que a orientação e o apoio sobre o VIH tenham em consideração o sexo da pessoa na abordagem das necessidades e circunstâncias particulares das mulheres e dos homens. O apoio deve proporcionar um clima compreensivo e de apoio real, livre do medo da discriminação e da culpa.
- Enfrentar o abuso de drogas e oferecer mecanismos gratuitos de troca de seringas pode reduzir grandemente as taxas de infeção VIH entre os utilizadores de drogas injetáveis.
- A prevenção primária da transmissão do VIH de mãe para filho implica medidas para evitar que as mulheres grávidas e as mães sejam infetadas, e é a chave para a prevenção a longo prazo. Mas, também com a prevenção secundária, o tratamento das mães infetadas com terapia antirretroviral pode em grande medida ajudar a reduzir os riscos de transmissão do VIH ao filho. É bom para a saúde da mãe e também ajuda a evitar que a infeção seja transmitida à criança. O leite materno contém uma pequena quantidade do vírus e a amamentação implica 30 por cento de hipóteses de que a criança seja infetada com o VIH. Mas, dado que existem hoje outros riscos de saúde associados à não amamentação, é uma decisão difícil para a mãe, especialmente em áreas onde existe escassez de água. As mulheres devem procurar apoio de pessoal de saúde competente antes de engravidar e logo que saibam que estão grávidas.

- Os testes de rotina a todo o sangue e derivados do sangue e o controlo eficaz da infeção, com o uso das Precauções Universais² da parte das estruturas de saúde, pode prevenir a exposição profissional ao VIH.
- Também é importante prevenir a exposição profissional ao VIH. Algumas medidas de prevenção incluem a formação dos trabalhadores que estão em contacto com o sangue humano e outros fluídos corporais no trabalho. Em contexto de formação sobre acidentes e primeiros socorros no local de trabalho, também todos os trabalhadores devem ser formados sobre os procedimentos de controlo de infeções³.

2 Ver quadro na pág 169

3 Ver quadro na pág 168

4. Gestão do VIH e Sida no local de trabalho

Os papéis dos governos e das organizações de empregadores e de trabalhadores

Para uma implementação bem-sucedida das intervenções sobre o VIH e Sida no mundo do trabalho é necessário que exista cooperação e confiança entre os empregadores, os trabalhadores e os seus representantes e os funcionários governamentais (quando adequado).

Os parceiros sociais no mundo do trabalho, empregadores, sindicatos e governos têm papéis vitais na luta contra o VIH e a Sida.

A participação das pessoas que vivem com o VIH também é um elemento chave para desenvolver e oferecer uma resposta eficaz para o VIH e Sida.

Os governos podem oferecer um quadro legal propício incorporando temas como a confidencialidade, o combate à discriminação, a adaptação razoável dos ambientes de trabalho e a proteção social. Quando for necessário, devem atualizar-se as leis e outros normativos para a incorporação de disposições relevantes. Também se podem mobilizar recursos para os serviços sociais e de saúde e para programas de prevenção.

Os empregadores e os sindicatos podem levar a cabo ações conjuntas de consciencialização e encorajamento no mundo trabalho para empreender ações para o VIH e Sida. Podem pressionar os governos para que empreendam ações e atribuam recursos e possam trabalhar com os governos e outros no desenvolvimento de intervenções eficazes a todos os níveis.

“A OIE (Organização Internacional de Empregadores) e a CISL (Confederação Internacional dos Sindicatos Livres), ambos reconhecem o impacto direto da pandemia do VIH e Sida no mundo do trabalho [Nós] pelo presente apelamos aos [nossos] afiliados e empresas e sindicatos onde quer que estejam localizados, para que dêem ao assunto a máxima prioridade... e trabalhem conjuntamente para gerarem e manterem a dinâmica necessária para intervenções de sucesso.”

Fonte: ‘Fighting HIV and AIDS Together: a programme for future engagement’ Joint statement by the General Secretaries of the International Organisation of Employers and the International Confederation of Free Trade Unions, April 2003.

À escala nacional, os governos e as organizações de empregadores e de trabalhadores devem consultar-se, coordenar-se e trabalhar em conjunto para criar as condições para enfrentar o problema. Em alguns casos este trabalho deu lugar a iniciativas conjuntas como a adoção de uma declaração tripartida sobre o tema no Togo. Esta Declaração Nacional Tripartida sobre VIH e Sida e o mundo do trabalho foi adotada em 2003 e atualizada em 2004. Especifica os papéis e as responsabilidades dos governos e das organizações de empregadores e de trabalhadores na luta contra o VIH e Sida no país.

Esta Declaração de caráter nacional e a sua Declaração Consensual que a acompanha, foram assinadas pelo Ministro do Trabalho e por representantes de alto nível das organizações de empregadores e de trabalhadores. Os princípios chave do Repertório de recomendações práticas da OIT sobre o VIH/Sida e o mundo do trabalho estão integrados em ambos os documentos, que foram amplamente difundidos entre empresas e outros parceiros no mundo do trabalho.

Recomendação (N.º 200) sobre a Infecção VIH e sida e o Mundo do trabalho, 2010

A Conferência Internacional do Trabalho, em junho de 2010, adotou uma nova norma internacional do trabalho sobre o VIH e Sida e o mundo do trabalho: a Recomendação (N.º 200) sobre a Infecção VIH e Sida e o Mundo do Trabalho. Esta estabelece princípios chave para o desenvolvimento de políticas e programas nacionais tripartidos sobre o VIH e Sida, retomando os dez princípios chave da Colectânea das Diretivas Práticas do *BIT* sobre o VIH/Sida e o mundo do trabalho (2001). Embora, como norma internacional de trabalho seja a principal referência, a Colectânea continua a ser um instrumento válido que proporciona uma orientação prática e que a complementa.

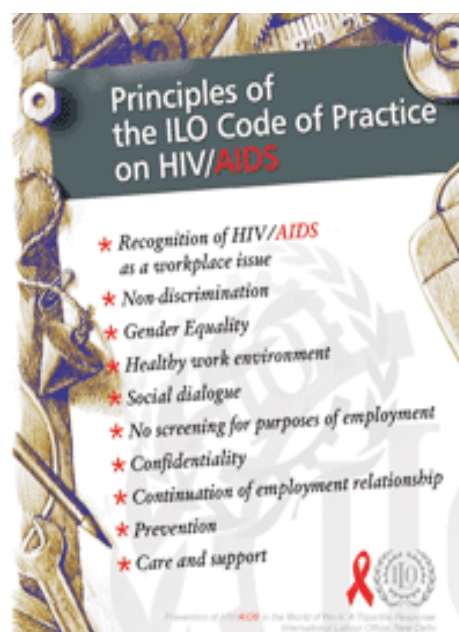
A Recomendação apela a que essas políticas e programas sejam integrados nas estratégias nacionais e planos de desenvolvimento para garantir que na resposta se incluam os locais de trabalho e os atores do mundo do trabalho. A Recomendação estabelece que as políticas e os programas sejam desenvolvidos, adotados, implementados e acompanhados através de um processo participativo e inclusivo, que envolva os representantes do governo, das organizações de empregadores e de trabalhadores, as associações de pessoas que vivem com o VIH e outros atores relevantes, incluindo do setor da saúde. A Recomendação também apela para haja medidas no local de trabalho para promover a participação ativa tanto de mulheres como de homens para uma resposta ao VIH, assim como o envolvimento e empoderamento de todos os trabalhadores, independentemente da sua orientação sexual ou de se pertencem a um grupo vulnerável.

Colectânea das Diretivas Práticas sobre o VIH/Sida e o mundo do trabalho

A Colectânea das Diretivas Práticas sobre o VIH/Sida e o mundo do trabalho, desenvolvido em 2001 mediante consultas tripartidas, estabelece os princípios fundamentais para o desenvolvimento de políticas e oferece orientações práticas para a implementação de estratégias de cobertura nacional, setorial e dos locais de trabalho.

Cobre as seguintes áreas chave de ação:

- prevenção do VIH e Sida;
- gestão e atenuação do impacto do VIH e da



Sida no mundo do trabalho;

- prestação de cuidados e apoio pessoal aos trabalhadores infetados e afetados pelo VIH e Sida;
- eliminação do estigma e da discriminação relacionada com o estatuto VIH real ou suposto.

Princípios chave da Infecção VIH e Sida: Recomendação (N.º 200) e Colectânea das Diretivas Práticas

Reconhecimento do VIH e Sida como questões do local de trabalho:

O VIH e Sida são problemas que envolvem os locais de trabalho e devem ser tratados como qualquer outra doença grave ou problema de saúde no local de trabalho. Os locais de trabalho, como parte da comunidade local, têm um papel na luta global para limitar a disseminação e os efeitos da epidemia.

Não discriminação:

Com o espírito do trabalho digno e o respeito pelos direitos humanos e a dignidade das pessoas infetadas ou afetadas pelo VIH e Sida, não deve existir discriminação ou estigmatização contra os trabalhadores devido ao seu estatuto real ou suposto relativamente ao VIH. A discriminação e estigmatização das pessoas que vivem com o VIH inibem os esforços para promover a prevenção do VIH e Sida.

Igualdade de género:

As dimensões de género do VIH e Sida devem ser reconhecidas. Há uma maior probabilidade das mulheres virem a ser infetadas e são mais vezes adversamente afetadas pelo VIH do que os homens por razões biológicas, socioculturais e económicas. Quanto maior for a discriminação entre homens e mulheres nas sociedades e menor for a posição das mulheres, mais prejudicadas serão pelo VIH. Além disso relações de género mais igualitárias, e o empoderamento das mulheres são vitais para prevenir a disseminação da infeção VIH e permitir que as mulheres lidem com o VIH e a Sida.

Todas as medidas empreendidas no local de trabalho e através dele devem garantir a igualdade de género. Deve-se proteger a saúde sexual e reprodutiva das mulheres e dos homens e os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens.

Ambiente de trabalho saudável:

Todos os trabalhadores devem receber formação sobre os modos de transmissão do VIH e as medidas para prevenir a exposição. Todas as medidas sobre a infeção e consciencialização devem realçar que o VIH não se transmite por contacto físico casual e que a presença de uma pessoa que vive com o VIH não deve ser considerada um perigo para o local de trabalho.

Testes VIH: princípios chave

Os testes de VIH só devem ser realizados de acordo com as recomendações da Colectânea das Diretivas Práticas sobre o VIH/Sida e o mundo do trabalho da OIT:

- com base num consentimento voluntário e informado;
- segundo condições de estrita confidencialidade; e
- com orientação e apoio antes e depois do teste por um profissional qualificado na área do VIH.

Os testes de VIH **não** devem ser exigidos:

- no momento do recrutamento;
- como condição para manter o emprego, ou
- se afetar os termos e condições do emprego

Divulgação do estatuto

- Não se deve pedir a nenhum trabalhador nem a nenhum candidato a emprego, que divulgue o seu estatuto VIH no trabalho;
- No manuseamento de informação pessoal e de registos de saúde sensíveis deve observar-se estrita confidencialidade;
- Os gestores devem procurar apoiar os trabalhadores que decidam divulgar livremente o seu estatuto VIH.

Adaptações razoáveis

- Devem tomar-se medidas para alojar razoavelmente os trabalhadores que tenham doenças relacionadas com a Sida;
- O termo adaptações razoáveis designa todas as modificações ou adaptações para um emprego ou local de trabalho que sejam razoavelmente praticáveis e que permita que uma pessoa que vive com o VIH ou a Sida tenha acesso a um emprego, ou participe ou possa progredir nele;
- Poderá incluir a reorganização do horário de trabalho, equipamento especial, oportunidades para pausas para descanso, tempo livre para consultas médicas, licenças flexíveis por doença, disposições para trabalhar a tempo parcial e para regressar ao trabalho.

Fonte: ILOAIDS, 2002.

Diálogo social:

A implementação bem-sucedida de políticas e programas sobre o VIH e Sida requerem cooperação e confiança entre os empregadores, os trabalhadores, os seus representantes e os funcionários do governo, se apropriado, com a participação ativa dos trabalhadores infetados e afetados pelo VIH e a Sida.

NÃO aos testes obrigatórios para o VIH com objetivos de exclusão de emprego:

Não se devem exigir testes de VIH e Sida aos candidatos a emprego ou às pessoas empregadas. Para evitar a discriminação deve aplicar-se a proibição de testes para emprego e oferecer orientação, apoio e testes confidenciais de carácter voluntário.

Confidencialidade:

Não existe justificação para pedir aos candidatos a emprego ou aos trabalhadores que divulguem informação pessoal relacionada com o VIH. Nem se deve obrigar os colegas a revelar essa informação sobre os seus companheiros de trabalho. O acesso a dados pessoais relacionados com o estatuto de um trabalhador em relação ao VIH deve reger-se por regras de confidencialidade compatível com as Diretivas Práticas sobre a proteção dos dados pessoais (1997).

Os resultados dos testes de VIH devem ser confidenciais e não devem pôr em risco o acesso aos postos de trabalho, à carreira, à segurança de emprego e às oportunidades de progressão.

Manutenção da relação de trabalho:

A infeção por VIH não é uma causa para a cessação da relação de trabalho. Tal como acontece com muitos outros problemas de saúde, as pessoas com doenças relacionadas com o VIH devem poder trabalhar enquanto estejam do ponto de vista médico aptas para fazê-lo, para trabalhos que estejam disponíveis e que sejam apropriados.

Prevenção:

A infeção por VIH pode ser prevenida. A prevenção de todos os meios de transmissão pode fazer-se através de diferentes estratégias que se adaptem às condições nacionais, aos fatores socioeconómicos no respeito pela diversidade cultural.

A prevenção pode conseguir-se através da mudança de comportamentos e de conhecimentos adquiridos através de informação e da educação; ou através de tratamento e da criação de um ambiente de não discriminação. Os parceiros sociais (empregadores, trabalhadores e governos) estão numa posição privilegiada para desenvolver esforços para a prevenção no local de trabalho.

Tratamento, cuidados e apoio:

A solidariedade, os cuidados e o apoio devem guiar a resposta ao VIH e Sida no mundo do trabalho. Todos os trabalhadores, incluindo os trabalhadores com a infeção de VIH, têm direito a serviços de saúde e a serviços de orientação e apoio para eles e para as suas famílias. Não devem ser alvo de discriminação nem os seus dependentes no acesso ao tratamento e às prestações de segurança social.

Resposta ao VIH e Sida no local de trabalho

As ações necessárias para o local de trabalho dependerão da situação local, da dimensão e do tipo de organização envolvida e das necessidades da mão-de-obra e do estado da epidemia na área. Mesmo se os níveis de prevalência do problema forem baixos, é importante atuar sem demoras. Se os níveis forem elevados as necessidades de ação são também elevadas, mas as intervenções serão diferentes e os custos podem ser mais elevados.

As intervenções na área da saúde no local de trabalho devem estar ligadas aos serviços públicos de saúde. Os trabalhadores e os seus dependentes devem ter acesso pleno a esses serviços, que devem incluir acesso gratuito ou acessível a aconselhamento e testes voluntários (ATV); tratamento antirretroviral (ART); alimentação adequada e coerente com o tratamento; tratamento para infeções oportunistas e infeções sexualmente transmissíveis, e outras doenças relacionadas com o VIH, em particular a tuberculose; e programas de apoio e prevenção para pessoas que vivem com o VIH, incluindo apoio psicossocial.

O VIH e a Sida são questões que dizem respeito ao local de trabalho

O seu impacto é sentido pelos trabalhadores e gestores e por aqueles que dependem deles. O local de trabalho tem um papel chave na luta contra a Sida, que está bem posicionado para o fazer.

O local de trabalho:

- permite o desenvolvimento de políticas e estratégias que incluem medidas para proteger os direitos e evitar a discriminação dos trabalhadores, a confidencialidade e o acesso à adaptação razoável das condições e do ambiente de trabalho;
- pode transmitir mensagens consistentes e precisas sobre o VIH, Sida e saúde dirigidas a trabalhadores que tenham um perfil similar em termos de idade, profissão, educação, nível de rendimentos, comportamentos, origem social e cultural e que, de outro modo não receberiam estas mensagens;
- pode ligar os trabalhadores aos serviços comunitários que proporcionam informação sobre doenças sexualmente transmissíveis, orientação e apoio e testes voluntários, além do acesso à terapia antirretroviral;
- pode proporcionar oportunidades para motivar e mobilizar pessoas e recursos, para apoiar indivíduos, as suas famílias e as comunidades locais para desenvolverem alianças eficazes.

É necessário primeiro averiguar o que se está a passar na realidade e quais os problemas ocultos. Isto implica consultar terceiros e realizar exercícios de apuramento de dados para avaliação do que precisa de ser feito e estabelecer prioridades.

Uma política de um local de trabalho deve proporcionar orientação sobre como gerir o VIH e Sida no local de trabalho, como parte de uma abordagem à política de SST integradora da promoção da saúde e do bem-estar.⁴

Incorporação do VIH e Sida nos programas de prevenção para o local de trabalho

Os programas de prevenção devem garantir que:

- existe informação precisa e atualizada e que esteja acessível para todos;
- estão a ser desenvolvidos programas de educação para ajudar os trabalhadores a compreender e a reduzir o risco de todas as formas de transmissão do VIH, incluindo a transmissão de mãe para filho, e a compreender a importância de alterar os comportamentos de risco relacionados com a infeção;
- sejam executadas medidas eficazes de segurança e saúde no trabalho;
- sejam empreendidas medidas de encorajamento aos trabalhadores para conhecerem o seu próprio estatuto VIH através de aconselhamento e testes voluntários;
- se dê acesso a todas as medidas de prevenção do VIH (p. ex. preservativos e informação sobre a sua utilização correta, disponibilidade de profilaxia pós exposição);

⁴ Ver o exemplo dos Princípios da política

- os programas educativos tenham um enfoque na redução dos comportamentos de alto risco e nos grupos que estão em maior risco; e
- que as estratégias se baseiem nos instrumentos internacionais relevantes, como a Recomendação (N.º 200) e a Colectânea das Diretivas Práticas (2001) sobre o VIH/Sida, para além das diretivas publicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/Sida (ONUSIDA) e o Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime (ONUDD).

A formação como ferramenta para a prevenção

Dada a natureza delicada do VIH, a formação deve ser uma parte chave de qualquer política e programa de prevenção no local de trabalho. A Colectânea das Diretivas Práticas apela a que:

- se proporcione formação diversa sobre VIH e Sida a grupos distintos;
- a formação sobre VIH e Sida faça parte dos programas de formação contínua da empresa, desenvolvida em consulta com os representantes dos trabalhadores;
- a formação sobre VIH e Sida seja sensível às questões culturais e de género, com formadores com capacidades para enfrentar preconceitos contra as minorias, especialmente em relação à origem étnica ou orientação sexual.

A formação sobre VIH e Sida deve fazer parte do programa regular de formação da empresa. Os assuntos relacionados com o VIH Sida devem também aparecer regularmente noutros módulos de formação, particularmente naqueles sobre promoção da saúde devido à interrelação dos problemas.

A formação para os gestores de topo também não deve ser subestimada. A experiência recolhida nas “boas práticas” mostra que faz toda a diferença consciencializar os gestores de topo para o problema, sobre tomar em conta as pessoas infetadas ou doentes e sobre o compromisso com a luta contra o VIH e Sida.

Formação para os trabalhadores que entram em contacto com sangue humano e outros fluídos corporais⁵

Os trabalhadores que entram em contacto com sangue humano e outros fluídos corporais no seu trabalho devem receber formação sobre os modos de transmissão do VIH e as medidas para prevenir a exposição e infeção. Neste contexto deve enfatizar-se que o VIH não se transmite através de um contacto físico casual e que a presença de uma pessoa que viva com o VIH não deve ser considerado um perigo no local de trabalho.

Todos os trabalhadores devem receber formação sobre procedimentos de controlo de infeções no contexto dos acidentes e primeiros socorros no local de trabalho. Os programas devem oferecer formação sobre:

- Primeiros Socorros;
- Precauções Universais para reduzir o risco de exposição ao sangue humano e a outros fluídos corporais;
- A utilização de equipamento de proteção;

⁵ OIT: Colectânea das Diretivas Práticas

Em novembro de 2010 a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/Sida (ONUSIDA) lançaram diretrizes internacionais para a proteção da saúde dos trabalhadores contra a exposição ao VIH/Sida e à tuberculose (TB) e para oferecer acesso à prevenção, ao tratamento e aos cuidados. Estas diretrizes têm como primeiro objetivo garantir aos trabalhadores da saúde que tenham acesso a precauções universais e normalizadas, a terapia preventiva para a tuberculose, profilaxia e tratamento posterior à exposição ao VIH, mecanismos de indemnização e seguro de saúde ou por riscos de trabalho.

As novas diretrizes são particularmente importantes para os trabalhadores da saúde em áreas com uma alta prevalência de VIH e TB, como os médicos, pessoal de enfermagem e obstetras, pessoal técnico como os farmacêuticos e técnicos de laboratório, para além dos administradores da saúde, trabalhadores de limpeza, seguranças e outros trabalhadores de serviços de apoio. Estima-se que existam 60 milhões de trabalhadores da saúde em todo o mundo.

Fonte: ILO: Joint WHO/ILO policy guidelines on improving health worker access to prevention, treatment and care services for HIV and TB (Geneva), 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500692_eng.pdf

- Os procedimentos corretos a seguir em caso de exposição ao sangue humano e a outros fluidos corporais;
- O direito a indemnização em caso de um acidente de trabalho.

Os programas de formação devem enfatizar que tomar as precauções não está necessariamente relacionado com o estatuto suposto ou real das pessoas relativamente ao VIH.

Precauções Universais

As Precauções Universais são um conjunto simples de práticas eficazes desenhadas para proteger os trabalhadores da saúde e os doentes da infeção por vários agentes patogénicos, incluindo os vírus transmitidos pelo sangue. As decisões sobre o nível das precauções a aplicar devem basear-se na natureza do procedimento e não no estatuto serológico real ou suposto do doente.

As Precauções Universais incluem as intervenções seguintes:

- Lavagem das mãos depois de qualquer contacto direto com os doentes.
- Recolocação preventiva da cápsula das agulhas, usando as duas mãos.
- Recolha e eliminação seguras das agulhas (hipodérmicas e de sutura) e de objetos cortantes (bisturis, lancetas, lâminas, tesouras), em contentores à prova de perfurações - e de líquidos - em todas as áreas de cuidados a doentes.
- Uso de luvas para o contacto com fluídos corporais, pele não intacta e membranas mucosas.
- Uso de máscara, proteção para os olhos e bata (e às vezes um avental de plástico) se o sangue e outros fluídos possam salpicar.
- Cobertura de todos os cortes e escoriações com pensos impermeáveis.
- Limpeza imediata e cuidadosa de todos os derramamentos de sangue ou outros fluídos corporais.
- Usar um sistema seguro para a gestão e eliminação dos resíduos dos serviços de saúde.

No setor da saúde deve-se proporcionar profilaxia pós-exposição (PEP) como parte de um amplo pacote de precauções universais que reduzam a exposição do pessoal ao risco de infeção no trabalho. A profilaxia pós-exposição é um tratamento antirretroviral a curto prazo para reduzir a probabilidade de Infeção de VIH depois de uma potencial exposição.

Fonte: AIDE-MEMOIRE for a strategy to protect health workers from infection with bloodborne viruses, WHO. Disponível em: http://www.who.int/injection_safety/toolbox/docs/AM_HCW_Safety.pdf (Acedido em: 27/06/2011). Pode encontrar informação adicional sobre PEP em: <http://www.who.int/hiv/topics/prophylaxis/info/en> [consultado el 25 de julio de 2012].

Estratégias de comunicação para a mudança de comportamentos

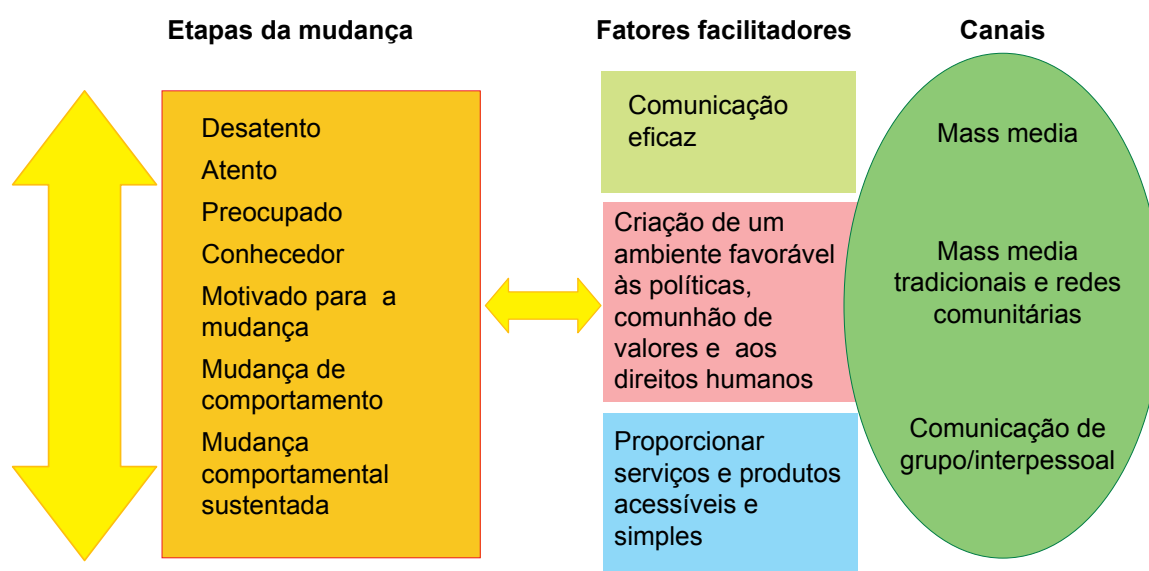
Para apoiar os esforços de desenvolvimento e implementação de um programa de prevenção do VIH e Sida no local de trabalho, a OIT em colaboração com a *Family Health International* (FHI) desenvolveu um *Kit* de ferramentas para o local de trabalho relativo à mudança de comportamentos em relação ao VIH e Sida, (*HIV/AIDS Behaviour Change Communication (BBC) – A toolkit for the workplace*, ILOAIDS, 2005). Este material, prevê uma abordagem passo a passo, com um enfoque na prevenção através da educação, a consciencialização das questões de género e um apoio prático para impulsionar as mudanças de comportamento.

A comunicação para a mudança de comportamentos recorre a uma combinação de canais de comunicação para fomentar e manter comportamentos positivos e apropriados. Promove mensagens personalizadas, o diálogo e a plena assunção de responsabilidade.

A participação dos atores no local de trabalho é vital para cada passo do planeamento e implementação dos programas de mudança de comportamentos, para garantir uma mudança sustentável nas atitudes e comportamentos.

As pessoas e as comunidades, para poderem reduzir o risco ou alterarem os seus comportamentos, têm de primeiro compreender os dados básicos sobre o VIH e a Sida, avaliar e modificar as suas atitudes, adquirir novas competências e ter acesso a produtos e serviços adequados. Devem também sentir que o seu ambiente lhes proporciona apoio para uma mudança de comportamentos e a manutenção de comportamentos seguros. Para que sejam eficazes, os programas BCC têm de ser adaptados especificamente ao público-alvo.

A mudança de comportamentos tem lugar por etapas. O diagrama que se apresenta a seguir é um modelo prático que mostra as “etapas da mudança”, e os fatores facilitadores da mudança de comportamentos. As pessoas podem precisar de mensagens e recursos de informação diferentes em etapas distintas da mudança.



A comunicação eficaz para a mudança de comportamentos pode:

- aumentar os conhecimentos sobre o VIH e Sida;
- estimular o diálogo social e com a comunidade;
- promover mudanças essenciais de atitudes;
- melhorar as competências e o sentido de autoeficácia;
- reduzir o estigma e a discriminação contra as pessoas que vivem com VIH;
- criar uma procura de informação e de serviços;
- impulsionar uma resposta eficaz para a epidemia; e
- promover serviços para a prevenção, os cuidados e o apoio pessoal às populações vulneráveis.

5. Boas práticas

“Não existe uma medida única apropriada para todos os contextos, pois estão moldados por fluxos distintos da epidemia do VIH e Sida.

O desafio consiste em ajudar os países, os empregadores e os trabalhadores em todas as etapas da epidemia a beneficiarem das lições da experiência e das boas práticas, e acelerar e ampliar a eficácia das iniciativas para a prevenção, os cuidados, apoio pessoal e tratamento.

Fonte: ILO Consensus Statement, 2004.

A experiência mostra que a ação efetiva contra o VIH e a Sida no local de trabalho pode funcionar e de facto funciona. Ajuda a reduzir riscos e a prevenir a infeção, o sofrimento e a morte precoce. Podem salvar-se milhões de vidas e milhões de trabalhadores podem viver mais tempo, com vidas mais saudáveis e mais produtivas, se os programas para o local de trabalho lograrem:

- romper o silêncio à volta do VIH e Sida, criar um ambiente de trabalho livre de estigma e discriminação;
- chegar às empresas, aos trabalhadores, às suas famílias e às comunidades com informação factual vital sobre os serviços de prevenção, tratamento, cuidados e apoio relacionados com o VIH e Sida;
- mobilizar pessoas e recursos, trabalhar em conjunto com parceiros chave para consciencialização, promover comportamentos saudáveis, combater o estigma e a discriminação, desenvolver locais de trabalho habilitantes, seguros e que prestem atenção e facilitem os cuidados e o apoio às mulheres e aos homens afetados pelo VIH e Sida, e que possam empoderar as pessoas e as comunidades.

Estabelecer uma estratégia sobre VIH e Sida para o local de trabalho para não começar do zero. Existe experiência ampla e muitos exemplos de boas práticas com os quais se pode aprender e que se podem retomar. As alianças comerciais globais e os sindicatos internacionais, as agências internacionais, os governos e as organizações não governamentais (ONG) produziram orientações, desenvolveram estudos de caso e proporcionaram recursos. Entrar em contacto com parceiros chave pode ajudar a desenvolver e adaptar boas práticas, poupando tempo e evitando esforços desnecessários. Cada enfoque deve adaptar-se às necessidades do local de trabalho em questão, aos recursos e apoio disponíveis. Por exemplo, no caso das pequenas empresas e no caso dos trabalhos que envolvem a economia informal e a comunidade, uma das lições chave retiradas da experiência é a importância de forjar vínculos firmes com terceiros, para além do local de trabalho.

Exemplos de boas práticas:

NAMDEB Diamond Corporation, Botsuana

No Botsuana, a *NAMDEB Diamond Corporation* emprega quase 4.000 pessoas, que por sua vez têm cerca de 6.000 dependentes. Esta empresa colaborou com os sindicatos para desenvolver um programa de educação através dos colegas de trabalho, para além da distribuição gratuita de preservativos, gestão das infeções sexualmente transmissíveis, (IST), serviços de informação/orientação e testes voluntários e confidenciais de VIH e, diagnóstico e tratamento para a tuberculose e as infeções oportunistas para todos os trabalhadores seropositivos. Este amplo programa teve um impacto positivo no controlo do VIH e de outras IST. São distribuídos anualmente aproximadamente 200.000 preservativos. Os casos reportados anualmente de IST entre os trabalhadores diminuíram de 533 para 186 em três anos (Rau, 2002).

RRR Industries, Índia

RRR Industries é uma pequena empresa que fornece serviços de alta tecnologia de informação e comunicação (TIC) a outras pequenas empresas e trabalhadores organizados da economia informal. As suas atividades sobre o VIH e Sida dirigem-se primordialmente a este grupo. A sua política antidiscriminação coloca a ênfase tanto na prevenção como na promoção de uma cultura de cuidados e apoio às pessoas que vivem com o VIH. Entre outras coisas, a empresa tem promovido a recolha de fundos para intervenções que envolvem jovens candidatos a motoristas e para a distribuição de preservativos em propriedades industriais locais, pontos de venda e instalações de transportes. Foi relatado que um programa que oferecia incentivos financeiros para quem “alojasse” máquinas distribuidoras de preservativos em pequenas empresas, instalações de transportes públicos e lojas, e que eram abastecidas regularmente, conseguiu aumentar a distribuição e o apoio. Esta empresa está atualmente a desenvolver parcerias com grupos de pessoas que vivem com o VIH, para o desenvolvimento de potenciais oportunidades de emprego e programas de crédito comercial para pessoas que vivem com o VIH (Paul, 2003).

Kahama Mining Corporation Ltd. (KCML) (Barrick Gold Corporation), Tanzânia

O programa de parceria sobre VIH e Sida de KCML alia a prevenção no local de trabalho, a informação, orientação, apoio psicológico, os testes voluntários, tratamento e cuidados, com um enfoque comunitário de desenvolvimento, cuidados e apoio pessoal. Enfatiza o desenvolvimento de infraestruturas comunitárias, aquisição de casa própria e o empoderamento das mulheres e dos jovens na comunidade. As iniciativas incluem um esquema para aquisição de casa pelos mineiros para que possam superar a separação das famílias e reduzir comportamentos de alto risco, serviços de saúde sexual e reprodutiva, promoção do desenvolvimento de pequenas empresas e formação para mulheres e outras pessoas sobre competências para conduzir um projeto de vida e competências para desenvolver pequenas empresas, como alternativas à prática de sexo comercial.

Programa de formação para professores sobre VIH e Sida

Em 2001 *Education International* (EI), um sindicato, a Organização Mundial de Saúde e o EDC *Education Development Center*; uma organização não-governamental lançaram um programa conjunto de formação de professores sobre prevenção de VIH e Sida nas escolas. Este programa foi implementado em 17 países: Botsuana, Guiana,

Lesoto, Malawi, Namíbia, África do Sul, Suazilândia, Tanzânia, Zâmbia, Zimbabué, Burkina-Faso, Costa do Marfim, Guiné, Haiti, Mali, Ruanda e Senegal. Até ao ano de 2005, mais de 133.000 professores receberam formação sobre prevenção do VIH e Sida em mais de 25.000 escolas.

O objetivo principal era dar aos professores as competências necessárias para prevenir a infeção por VIH deles próprios, dos seus colegas e alunos. O programa também permite aos docentes promover o papel das escolas na prevenção da infeção VIH e consciencializar sobre vários temas relacionados com o VIH, entre eles a terapia antir-retroviral, a orientação e o apoio psicológico e testes voluntários, a estigmatização e a discriminação (ILO, 2009b).

6. Inter-relações

Existem problemas psicossociais importantes relacionados com o VIH e Sida. O stress, a violência, o abuso de drogas e álcool, todos devem ser abordados em resposta ao VIH e Sida.

Também se deve destacar a importância do VIH e Sida e a alimentação. Cada um deles pode ser a causa do outro, criando potencialmente um círculo vicioso que requer intervenção urgente.

VIH e Sida e o stress

Os preconceitos e as concepções erradas sobre o VIH e Sida, os estigmas, a negação e a discriminação incidem nas atitudes sociais e nos comportamentos e na cultura organizacional. Todos estes fatores podem contribuir para o stress extremos para as pessoas infetadas e afetadas pelo VIH e Sida. O stress relacionado com o VIH e a Sida também afeta os que têm de gerir o seu impacto, ou os familiares que sobrevivem à morte da pessoa doente.

Reduzir o stress é importante para a saúde das pessoas que vivem com o VIH. Sabe-se que o stress debilita o sistema imunológico, fazendo com que as pessoas estejam mais suscetíveis às infeções. Como o sistema imunitário das pessoas que vivem com o VIH já está debilitado pelo vírus, os efeitos do stress contribuem ainda mais para os riscos de uma infeção oportunista e de problemas de saúde.

Para os trabalhadores da saúde, os membros de associações voluntárias ou os familiares, a pressão de uma resposta para a epidemia pode ser uma fonte de stress e perda de ânimo. Muitos dos países que têm maior necessidade de trabalhadores da saúde estão a perdê-los porque ou emigram em busca de melhores condições de trabalho ou porque deixam a profissão de todo.

A Figura I mostra algumas das inter-relações chave entre o VIH e o stress.

VIH e Sida e o consumo de tabaco

As pessoas que vivem com Sida são particularmente suscetíveis às infeções respiratórias e à tuberculose. O consumo de tabaco coloca-os com um risco mais elevado de doenças respiratórias e de cancro, causa lesões pulmonares e reduz ainda mais a sua capacidade de viver com o VIH.

VIH e Sida e o consumo de drogas e álcool

Os materiais contaminados por utilizadores de drogas injetáveis constituem um fator importante na propagação do VIH. A partilha de seringas entre os consumidores de drogas injetáveis, alguns dos quais são seropositivos, implica um risco elevado de

Figura 1

Causas e efeitos de inter-relações entre questões psicológicas e o VIH



infecção de VIH. Alguns estudos mostraram que existem mais casos de VIH entre os consumidores de drogas injetáveis e seus parceiros do que na média da população.

O álcool também está relacionado com a transmissão do VIH uma vez que inibe o sentido crítico e faz com que as pessoas descuidem o uso do preservativo, por considerá-lo desnecessário. Aumenta o risco de sexo desprotegido. O consumo excessivo de álcool também está associado à violência sexual, que por sua vez pode aumentar o risco de transmissão de VIH.

VIH e Sida e a violência

Para as pessoas que estiveram sujeitas a violações ou agressões sexuais, ou pressionadas para ter sexo desprotegido, o receio de infecção junta-se ao trauma do abuso sexual.

As pessoas afetadas pelo VIH e a Sida podem também ter um risco acrescido de sofrer violência. Podem ser culpados, estigmatizados, sofrer violência ou eles próprios podem atuar com violência contra outros. Para reduzir o risco de violência e discriminação relacionadas com o VIH e a Sida é necessário tomar medidas para combater o estigma e as atitudes contra o estigma e a discriminação, para além de criar um ambiente de trabalho saudável e que ofereça apoio.

VIH e Sida e a alimentação

Uma alimentação adequada ajuda a fortalecer a capacidade de combater o VIH ou de prevenir o aparecimento dos sintomas nas pessoas que vivem com o VIH e a reduzir os riscos de infeções oportunistas. Os seus cuidadores também necessitam de uma dieta saudável para se manterem fortes. Muitos cuidadores não conseguem custear uma alimentação adequada para eles mesmos ou para terceiros, especialmente se tiverem de deixar os seus próprios trabalhos para prestar os cuidados.

As pessoas com VIH têm de tomar suplementos vitamínicos para compensar alguns dos efeitos do vírus e dos medicamentos antirretrovirais usados no tratamento do VIH e de outras doenças relacionadas. Esses suplementos têm um papel muito importante para ajudar as pessoas que vivem com o VIH a viver positiva e produtivamente, permitindo-lhes disfrutar uma melhor qualidade de vida e manterem-se aptas para trabalhar.

O local de trabalho pode ser uma fonte de suplementos alimentares, assistência alimentar, apoio moral e emocional e um meio de apoio financeiro.

7. Integração de políticas

Os empregadores e os trabalhadores devem cooperar de forma positiva e atenta para desenvolver uma política de SST que aborde a infecção por VIH e Sida não só como doença profissional quando for o caso, mas também como uma questão de promoção da saúde de toda a força de trabalho. A política deve responder às necessidades de ambas as partes e equilibrá-las. Respalhada por um compromisso ao mais alto nível, esta política deve oferecer um exemplo à comunidade em geral sobre como gerir o VIH e a Sida, como parte de um enfoque holístico de SST para abordar a promoção da saúde no local de trabalho.

Uma política para o local de trabalho deve oferecer orientações sobre como se deverá gerir o VIH e a Sida como parte do enfoque de uma política de SST integrada, que inclua a promoção da saúde e o bem-estar. Serão necessárias amplas consultas, para o que pode ser útil estabelecer um comité que inclua:

- representantes da gestão;
- supervisores;
- trabalhadores;
- sindicatos;
- o departamento de recursos humanos;
- a unidade de relações de trabalho;
- a unidade de saúde no trabalho;
- a comissão de saúde e segurança; e
- pessoas que vivam com o VIH e Sida, se estas estiverem de acordo.

O comité pode desenvolver a política sobre VIH e Sida, que deve estar plenamente integrada na política de SST e deve ser aplicada a todos os atores. Nos locais de trabalho onde já exista uma comissão de saúde e segurança poderá ser mais apropriado dar a responsabilidade do VIH e sida a este órgão já existente, já que a prevenção das doenças profissionais e a promoção da saúde estão entre as suas tarefas.

A política de SST que aborde o VIH e a Sida deve ser amplamente difundida antes de se chegar a uma versão final. Os objetivos, uma vez acordados devem ser claramente comunicados e dados a conhecer a todos a todos os níveis.

É vital assegurar o apoio total da gestão e assegurar que os trabalhadores e os seus representantes estão completamente envolvidos em todas as fases de desenvolvimento e implementação.

Também é vital que os compromissos assumidos se materializem na prática. Um documento, só por si, não altera nada; mas uma estratégia eficaz para o local de trabalho pode fazer toda a diferença.

Por último, é essencial acompanhar e avaliar a política para assegurar que está efetiva-

mente a funcionar. Isso implica estabelecer metas e objetivos desde o início e depois medir os progressos até à sua concretização. As políticas e estratégias devem ser revistas regularmente e atualizadas sempre que seja necessário, à luz de qualquer mudança nas condições e conclusões de quaisquer inquéritos ou estudos realizados.

Uma política abrangente de SST proporciona um quadro firme para uma estratégia de VIH e Sida que procure reduzir a disseminação do VIH e gerir o seu impacto. Essa política deve:

- comprometer o local de trabalho a realizar ações;
- estabelecer normas de comportamento para todos os trabalhadores (quer vivam com o VIH ou não);
- definir os direitos de todos;
- oferecer orientação aos gestores e aos representantes dos trabalhadores.

Os elementos da política a seguir indicados, aplicam-se particularmente ao VIH e à Sida e podem ser usados no desenho de um programa de prevenção:

- Formação, educação e informação: O VIH e a Sida ainda são muitas vezes mal compreendidos por razões sociais, culturais e médicas. É por esta razão que a formação e a educação são particularmente importantes para criar uma abordagem positiva ao VIH e Sida. Estes elementos estão refletidos na secção “Gestão do VIH e Sida no Local de Trabalho”
- Melhoria contínua: O VIH e Sida não são problemas estáticos. A epidemia muda, a doença avança nas pessoas que sofrem dela, e as necessidades de cada ambiente de trabalho mudam. É vital acompanhar as mudanças no local de trabalho e ajustar a política e a estratégia.
- Envolvimento e consulta dos trabalhadores: considerar os tabus que rodeiam o VIH a Sida é particularmente importante para envolver os trabalhadores no planeamento e implementação da política e da estratégia. A abordagem dos tabús pode garantir a sua participação e o êxito do programa relacionado. Também é boa ideia consultar e envolver as pessoas que vivem com VIH, se estiverem de acordo, quer sejam trabalhadores da empresa ou pertençam à comunidade.
- Organização do trabalho: na maioria das empresas há muitos elementos que NÃO têm de mudar, como as instalações sanitárias e para alimentação para os trabalhadores que têm e para os que não têm VIH. Contudo, garantir que os trabalhadores que vivem com o VIH estão razoavelmente acomodados no seu trabalho à medida que a doença avança, poderá requerer algumas mudanças na organização do trabalho.
- Tratamento e assistência: a política sobre os cuidados e apoio para o VIH deve abordar esta questão como para qualquer outra doença grave em termos de acesso ao tratamento, prestações, indemnizações. Deve oferecer aos trabalhadores tempo e flexibilidade adequados para que se ocupem da sua doença.
- Avaliação e gestão de riscos: de utilização comum na saúde e segurança, a avaliação de riscos pode ser uma boa forma de encontrar o enquadramento adequado para o VIH e Sida uma empresa.

- **Recrutamento:** não deve existir discriminação relativamente ao estatuto VIH no momento do recrutamento e, além disso, não devem ser realizados testes de VIH aos candidatos a emprego.
- **Ética e confidencialidade:** no tratamento de informação sensível sobre a saúde e aspetos culturais dos trabalhadores, é essencial que exista uma política que incorpore a confidencialidade.
- **Responsabilidade social:** ao abordar o VIH e Sida de forma socialmente responsável, a empresa está a respeitar a dignidade e as necessidades de saúde dos seus trabalhadores, o que pode melhorar a sua imagem e o seu impacto na comunidade.

Aprender com as boas práticas

A combinação dos fatores a seguir referidos é comum às boas práticas na implementação de políticas e programas sobre VIH e Sida no local de trabalho, e pode ser usada como referência:

- **Consulta, participação e parcerias:**
 - envolver governos, empregadores, trabalhadores e as suas organizações;
 - garantir a assunção de responsabilidade;
 - usar o diálogo social para decidir políticas, partilhar recursos e implementar programas com apoio de parceiros adicionais quando seja necessário;
- **Liderança**
Liderança de governos, empregadores e trabalhadores a todos os níveis:
 - ajuda a inspirar confiança, a mobilizar o apoio e a garantir a implementação;
 - contribui para o êxito dos projetos, programas e alianças.
- **Ambiente propício - leis e direitos**
O planeamento e implementação de programas no local de trabalho depende criticamente de quadros jurídicos e políticos de apoio que:
 - reconheçam o VIH e Sida como uma questão do local de trabalho;
 - integrem atividades nos locais de trabalho como parte dos programas nacionais sobre Sida; e
 - garantam a proteção dos direitos.
- **Confiança e não discriminação:**
 - o estigma e a discriminação são os maiores obstáculos para a adoção de serviços essenciais como a orientação e o apoio psicológico e os testes voluntários, e o tratamento ainda que sejam gratuitos;
 - uma atmosfera de abertura e confiança, baseada na confidencialidade e respeito pelos direitos é a melhor forma de ajudar a criar condições para que as pessoas respondam positivamente a mensagens de mudança de comportamentos, e orientação e apoio psicológico, testes voluntários e tratamento.

- Construir sobre estruturas existentes

Para além de aproveitar os sistemas e estruturas estabelecidas, também é necessário adaptá-los para que reflitam os aspetos específicos da situação e da evolução da epidemia. Alguns exemplos de estruturas apropriadas ao local de trabalho são:

- comissões de segurança e saúde;
- serviços de saúde no trabalho;
- programas de educação e de formação para os empregadores e os trabalhadores.

- Prevenção, cuidados e apoio, e acesso ao tratamento - um processo contínuo

Os programas de prevenção e de orientação, apoio psicológico e testes voluntários são fortalecidos quando existe uma capacidade adequada e acesso à atenção, ao apoio e ao tratamento. Oferecer cuidados e apoio, e tratamento para as infeções oportunistas, as infeções sexualmente transmissíveis e o VIH:

- reduz a desigualdade;
- desenvolve a confiança;
- motiva as pessoas a abordar o seu estatuto VIH e a focalizarem -se nos seus comportamentos de prevenção e proteção;
- o tratamento para as mulheres grávidas e as lactantes significa dar atenção às mulheres e oportunidade de prevenir a infeção nos filhos.

- Ir mais além no local de trabalho

As atividades devem ir para além dos locais de trabalho e alargar os serviços às famílias e às comunidades para que sejam eficazes e tenham impacto sobre os que estão desempregados ou na economia informal:

- as políticas governamentais e setoriais podem ter um papel importante na consecução destes objetivos.

- Comunicações

- ter mensagens claras, precisas e compreensíveis é uma questão central para o êxito das campanhas de informação e educação;
- desenvolver mensagens personalizados para cada audiência específica para uma comunicação eficaz.

- Programas específicos para mulheres e homens

O sexo está profundamente relacionado com os fatores de risco da infeção VIH e com o modo como a epidemia afeta as pessoas e as famílias. É essencial:

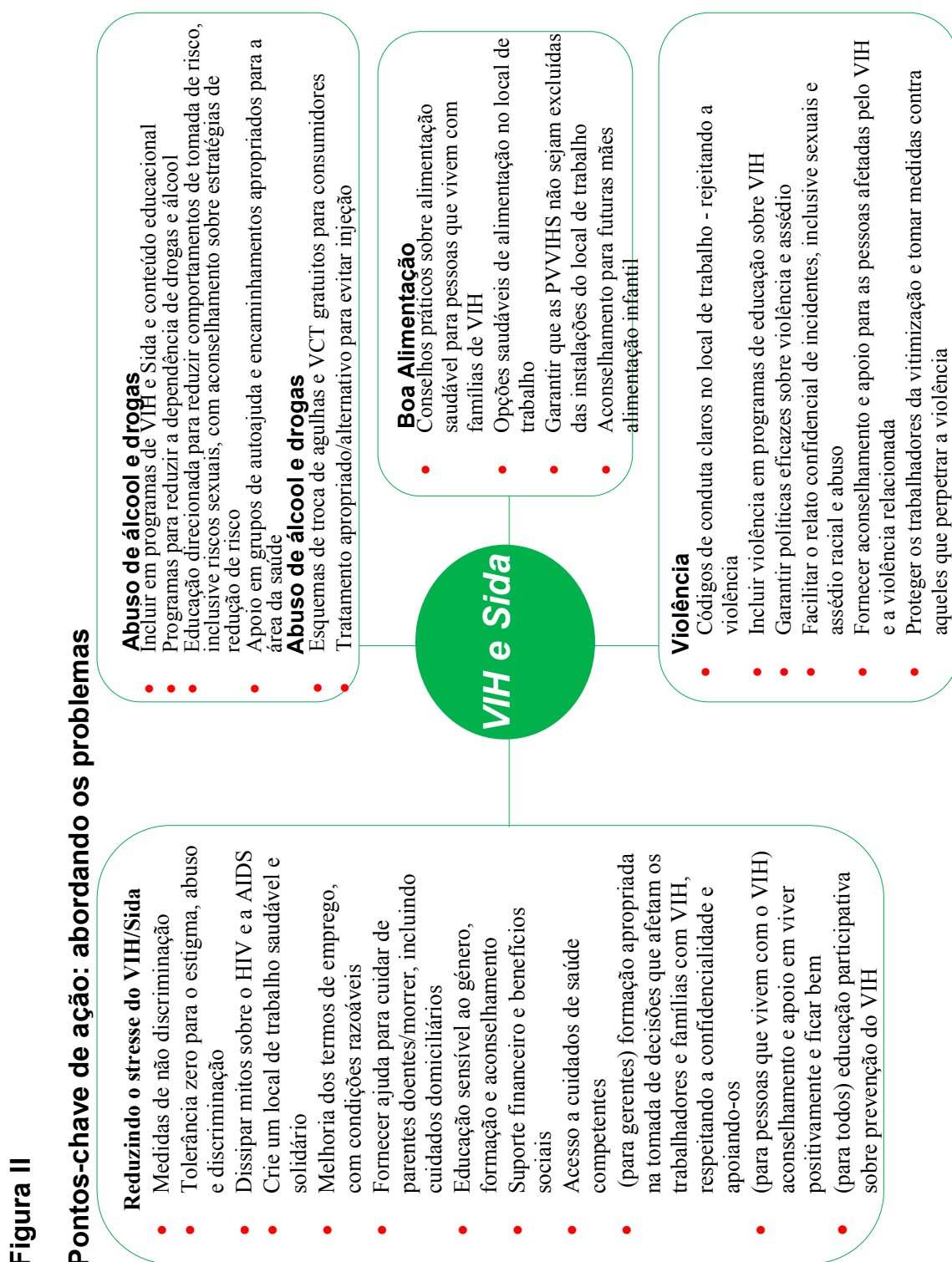
- incorporar a dimensão de género em todas as atividades do local de trabalho;
- abordar a posição social e económica das mulheres assim como os fatores que definem o comportamento dos homens e das mulheres.

- Equidade: acesso para todos os que necessitem

O VIH e Sida tende a atingir os mais desfavorecidos de forma mais dura. Dirigir as respostas aos grupos vulneráveis ajuda a enfrentar a desigualdade, da mesma forma que as campanhas de contacto com a comunidade local e a economia informal. O acesso ao tratamento é uma das questões centrais em termos de igualdade.

Fonte: ILO Consensus Statement, 2003.

O Figura II apresenta algumas medidas chave que podem ajudar na identificação de problemas através de um programa de prevenção:



Bibliografia

-  Ball, L.; Crofts, N. 2002. "HIV Risk reduction in injecting drug users" in P. Lamp-
tey and H. Gayle (eds.): HIV and AIDS Prevention and care in resource-constrai-
ned settings: Handbook for the design and management of programs (Durham,
NC, Family Health International). Disponível em: <http://www.fhi.org/en/hivaidspub/guide/hivaidspreventioncare.htm>
-  De Cock, K.M. et al. 2000. "Prevention of Mother to child HIV transmission in
resource-poor countries: translating research into policy and practice" in Journal
of the American Medical Association, Vol. 283, No. 9.
-  Global Health Initiative. 2004. Business and HIV and AIDS: Who me? A global
review of the business response to HIV and AIDS 2003-2004. Disponível em::
http://www.weforum.org/pdf/Initiatives/GHI_BusinessAIDSWhoMe_All.pdf
-  Goyer, K.C. 2001. HIV and AIDS in Prisons: Problems, Policies and Potential,
Monograph No. 79 (Pretoria, South Africa, Institute for Security Studies).
-  Hamers, F.; Downs, A. 2003. "HIV in Central and Eastern Europe" in The Lancet,
Vol. 361, No. 9362, March 22 (London, UK.)
-  International Labour Office (ILO); Family Health International (FHI). 2005. Beha-
viour Change Communication Toolkit for the Workplace.
-  —. 2001a. ILO Code of Practice on HIV and AIDS and the World of Work (Ge-
neva).
-  —. 2001b. Implementing the ILO Code of practice on HIV and AIDS and the
world of work – an education and training manual (Geneva).
-  —. 2004a. Consensus Statement: Tripartite Interregional Meeting on Best Practi-
ces in HIV and AIDS Workplace Policies and Programmes (Geneva).
-  —. 2004b. HIV and AIDS and work: global estimates, impact and response (Ge-
neva). Disponível em: www.ilo.org/aids.
-  —. 2004c. Women, girls, HIV and AIDS and the world of work. Disponível em:
www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/index.htm
-  —. 2005. Joint ILO/WHO guidelines on health services and HIV and AIDS (Ge-
neva). Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_115049.pdf
-  —. 2005b. Using the ILO Code of practice on HIV/AIDS and the world of work:
Guidelines for the transport sector (Geneva).
-  —. 2009a. Gender equality at the heart of decent work, Report VI, International
Labour Conference, 98th Session, Geneva.
-  —. 2009b. HIV/AIDS and the world of work, Report IV(1), International Labour
Conference, 98th Session, Geneva.

- 📖 —. 2010. Joint WHO/ILO policy guidelines on improving health worker access to prevention, treatment and care services for HIV and TB (Geneva). Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500692_eng.pdf
- 📖 ILOAIDS. 2002. HIV and AIDS + Work – guidelines for employers: Using the ILO Code of Practice and Training Manual (Geneva).
- 📖 —. 2005. HIV/AIDS Behaviour Change Communication – A toolkit for the workplace.
- 📖 —. 2011. Women, Girls and HIV and AIDS: Education, Women's Economic Empowerment and Workplace Violence (OIT/ONUSIDA/UNESCO), Fact sheet, Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_152931.pdf
- 📖 Institute for Security Studies (ISS). HIV and AIDS in prisons: Problems, policies and potential, 2001.
- 📖 International Organization of Employers (IOE); UNAIDS. 2002. Employers' Handbook on HIV and AIDS – A Guide for Action.
- 📖 Michiels, S.; Extension, education and communication Service (SDRE); Food and Agriculture Organization (FAO). 2001. Strategic approaches to HIV prevention and AIDS mitigation in rural communities and households in sub-Saharan Africa.
- 📖 Paul, J. 2003. Best Practices in HIV and AIDS prevention in the Workplace, Draft background paper, Interregional tripartite meeting on best practices in work place policies and programmes on HIV and AIDS.
- 📖 Rau, B. 2002. Workplace HIV and AIDS Programs: An Action Guide for Managers (Family Health International).
- 📖 Tallis, V. 2002. Gender and HIV and AIDS – Overview Report (Brighton, Institute of Development Studies).
- 📖 UNAIDS. 1999. Sex and youth: contextual factors affecting risk for HIV and AIDS: A comparative analysis of multi-site studies in developing countries (Geneva).
- 📖 —. 2001. Young men and HIV: Culture, poverty and sexual risk (Geneva).
- 📖 —. 2008. Report on the global AIDS epidemic (Geneva).

Sítios da internet

-  ILO/AIDS
<http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/index.htm>
-  UNAIDS
<http://www.unaids.org>
-  WHO
Programme on HIV and AIDS <http://www.who.int/hiv/en/>
-  World Economic Forum: Global Health Initiative (GHI)
<http://www.weforum.org/globalhealth>
-  Global Business Coalition on HIV and AIDS (GBC)
<http://www.businessfightsaids.org>
-  Global AIDS Alliance
<http://www.globalaidsalliance.org>
-  Family Health International (FHI)
<http://www.fhi.org>
-  International Organisation of Employers (IOE)
<http://www.ioe-emp.org>
-  International Trade Union Confederation (ITUC)
<http://www.ituc-csi.org>
-  Public Services International (PSI)
<http://www.world-psi.org>
-  Education International (EI)
<http://www.ei-ie.org>
-  The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
<http://www.theglobalfund.org>
-  UNDP China FAQ's
<http://www.undp.org.cn/modules.php?op=modload&name=News&file=article&-catid=34&topic=7&sid=4352&mode=thread&order=0&thold=0>



Tabaco e fumo passivo no trabalho



1. Introdução

Todas as pessoas têm o direito fundamental de respirar ar puro. No entanto, quando no início do século XX se estabeleceu a proibição de fumar no trabalho, o intuito era fundamentalmente a prevenção de fogos e explosões e não questões de saúde. Anos mais tarde, entre as décadas de 1950 e 1980, a proibição de fumar nos locais de trabalho focalizou-se mais na proteção dos trabalhadores vulneráveis, especialmente nos setores da saúde e da educação. Hoje em dia com a crescente consciencialização do perigo do fumo passivo ou ambiental, a legislação e as políticas que proibem fumar no trabalho protegem cada vez mais trabalhadores.

A crescente evidência do impacto da exposição ao fumo do tabaco na saúde das pessoas exige uma maior proteção para os não fumadores bem como para os fumadores face aos perigos identificados. Não há um nível seguro de exposição ao fumo ambiental. A única opção é promover a legislação adequada sobre espaços públicos e locais de trabalho livres de fumo.

Um estudo de 2005 publicado no *British Medical Journal* sugere que a exposição ao fumo do tabaco no trabalho pode contribuir para um quinto do número de mortes causadas pelo fumo do tabaco na população em geral com idades compreendidas entre os 20 e os 64 anos, e até metade dessas mortes entre os trabalhadores na indústria hoteleira (Jamrozik, 2005).

Factos sobre o tabaco

- O tabaco é um fator de risco que contribui para seis das oito principais causas de morte no mundo: doenças cardiovasculares, doenças pulmonares obstrutivas crónicas (DPOC), infeções nas vias respiratórias inferiores, tuberculose e cancro.
- O tabagismo é uma epidemia crescente. No século 20 a epidemia do tabaco matou 100 milhões de pessoas em todo o mundo; atualmente morrem 5.4 milhões de pessoas por ano de cancro nos pulmões, doenças coronárias e outras doenças associadas ao consumo de tabaco. Este número ultrapassará os 8 milhões/ano em poucas décadas.
- A menos que sejam empreendidas ações urgentes, o tabaco pode matar mil milhões de pessoas durante o século 21. Em 2030, mais de 80 por cento das mortes relacionadas com o tabaco ocorrerão nos países em desenvolvimento
- A exposição ao fumo passivo constitui igualmente um importante risco para a saúde em todo o mundo. Pelo menos 200.000 trabalhadores morrem anualmente devido a ela, e inúmeros estudos tem documentado o seu impacto devastador para a saúde em determinados países.

Fonte: OMS, 2008

O desenvolvimento e implementação de estratégias para promover locais de trabalho sem fumo e para ajudar a deixar de fumar pode conduzir a uma redução considerável no número destas mortes evitáveis. Na verdade 168 países em todo o mundo ratificaram em 2010 a Convenção Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controlo do Tabaco, a qual os obriga legalmente a proteger os seus cidadãos da exposição ao fumo passivo através de legislação adequada para proibir o fumo a qual deve incluir os locais de trabalho¹.

Dado que uma percentagem considerável da população passa a maior parte do seu tempo no trabalho, o local de trabalho pode ser usado para informar e educar os trabalhadores sobre os perigos do fumo de tabaco ambiental. De acordo com a OMS, sete em cada 10 trabalhadores querem deixar de fumar e admitem que um local de trabalho sem fumo proporcionaria um ambiente favorável aos trabalhadores que estão a tentar deixar o vício.

¹ Partes da Convenção-Quadro da OMS para o controlo do tabaco, 2005

2. Para compreender o consumo de tabaco

Os efeitos do consumo de tabaco sobre a saúde

O tabaco é uma planta cujas folhas são secas e utilizadas de várias formas. Para os objetivos deste capítulo, consideraremos o consumo de tabaco sob a forma de cigarros e tomaremos em consideração outras substâncias que se utilizam na produção de cigarros. Fumar é muito mau para a saúde afetando igualmente as famílias e os colegas dos fumadores. Metade de todos os fumadores morre na meia-idade. O tabaco mata mais pessoas do que a SIDA, as drogas legais, ilegais, os acidentes de viação, os assassinatos e os suicídios em conjunto².

Quais são os riscos associados ao consumo de cigarros?

- diminuição ou desaparecimento do sentido do olfato e do gosto;
- constipações frequentes;
- catarro de fumador;
- úlcera gástrica;
- bronquite crónica;
- aumento do ritmo e da pressão cardíaca;
- rugas precoces e mais abundantes na face;
- efisema;
- doenças coronárias;
- derrames;
- cancro da boca, faringe, laringe, esófago, pulmões, pâncreas, no colo do útero, útero e bexiga.

Ainda que muitas pessoas fumem porque acreditam que o cigarro lhes acalma os nervos, a verdade é que fumar liberta epinefrina, uma hormona que cria stresse psicológico para o fumador, em vez de relaxamento. A qualidade aditiva desta droga faz com que o utilizador sinta que precisa de fumar mais para acalmar quando na realidade é o ato de fumar que está na origem da agitação.

O consumo de tabaco é aditivo. A maioria dos fumadores desenvolve tolerância à nicotina e necessitam de maiores quantidades para produzir o efeito desejado, tornando-se assim dependentes física e psicologicamente do tabaco e sofrendo os sintomas da abstinência quando deixam de fumar.

Os sintomas físicos da abstinência incluem:

- alterações na temperatura corporal e no ritmo cardíaco;

² O atlas do tabaco, OMS, 2002.

Disponível em : http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_atlas/en/

- problemas na digestão;
- aumento do apetite;

Os sintomas psicológicos incluem:

- Irritabilidade;
- ansiedade;
- perturbações no sono;
- nervosismo;
- dores de cabeça;
- fadiga;
- náusea;
- desejo de tabaco que pode durar dias, semanas, meses, anos ou a vida toda³.

Fumar afeta todos

Quando uma pessoa está na mesma sala com alguém que está a fumar, o ar respirável é contaminado com o fumo passivo ou o tabaco ambiental. O fumo passivo é resultado da combinação do fumo proveniente da ponta acesa do cigarro com o fumo expirado pelo fumador. Estar exposto ao fumo passivo significa a exposição aos mesmos gases tóxicos como se fosse um fumador ativo.

Os não fumadores que respiram fumo passivo sofrem muitas das mesmas doenças dos fumadores regulares. Um fumador passivo está assim em risco de vir a ter os mesmos cancro e doenças cardíacas e pulmonares que um fumador ativo.

O fumo passivo é uma mistura complexa de milhares de químicos. Está provado que pelo menos 50 substâncias no fumo passivo provocam cancro⁴, que pode entrar no organismo através dos pulmões antes de ser absorvido pela corrente sanguínea. O fumo passivo contém igualmente grandes quantidades de monóxido de carbono, um gás que inibe a capacidade do sangue transportar oxigénio aos tecidos do organismo incluindo os órgãos vitais, tais como o coração e o cérebro bem como as outras substâncias que contribuem para doenças cardíacas e enfartes.

Porque é que as pessoas fumam?

Uma razão pela qual tantas pessoas fumam apesar de saberem que é perigoso, é porque é muito difícil deixar de fumar depois de se ter tornado dependente da nicotina uma substância aditiva nos cigarros. Em muitos países, fumar faz parte da herança cultural; fumar é considerado “normal”. Os cigarros são apelativos para muitos jovens, para quem os cigarros estão associados a uma imagem de pessoas adultas e populares (*cool*). Fumar é também considerado por muitos uma forma de lidar com situações stressantes, tais como problemas familiares ou excesso de trabalho.

³ Adaptado de: Straight Facts About Drugs and Alcohol, Copyright © 1996-2010 At Health, Inc. Disponível em: <http://www.athealth.com/Consumer/disorders/Substanceabuse.html>

⁴ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>

As mulheres e o tabaco

As mulheres representam uma percentagem crescente da população fumadora em muitos países do mundo. Nos países onde as mulheres começaram a fumar nos anos de 1950, por exemplo, alguns países europeus e norteamericanos, os cigarros continuam a ser um *iman* para as mulheres (especialmente as jovens) por acreditarem que fumar emagrece. Em alguns países onde até agora era considerado tabu as mulheres fumarem, os produtores de cigarros promovem os seus produtos como símbolo da mulher moderna e emancipada.

Fumar tem consequências particularmente nefastas para as mulheres grávidas: durante a gravidez pode originar bebés com pouco peso à nascença. Além disso é particularmente importante proteger as mulheres do fumo passivo proveniente do tabaco durante a gravidez e informá-las sobre os riscos para o feto. As crianças devem ser protegidas do fumo do tabaco já que são particularmente sensíveis. Asma e infeções nos ouvidos são duas consequências possíveis da exposição ao fumo passivo.

Apesar do desenvolvimento legislativo, apenas uma minoria de trabalhadores em todo o mundo estão protegidos contra a exposição ao fumo passivo no local de trabalho. Irónicamente, o nível de carcinogénicos em média num local de trabalho que permite fumar é muito mais elevado do que a exposição mínima recomendada a esses carcinogénicos por qualquer outra fonte. Em muitos países a exposição a estes níveis pode ser contrária à legislação sobre SST. O objetivo principal da legislação sobre ambientes

As mulheres e o tabaco: efeitos sobre a saúde e a mortalidade

- Estima-se que fumar mata 178.000 mulheres por ano nos Estados Unidos e que as três principais causas de morte relacionadas com o consumo de tabaco nas mulheres são o cancro nos pulmões (45.000), doenças cardíacas (40.000) e doenças pulmonares crónicas (42.000).
- Noventa por cento das mortes por cancro do pulmão nas mulheres são atribuídas ao consumo de tabaco. Desde 1950 as mortes por cancro do pulmão nas mulheres registaram um aumento de mais de 600%. Em 1987, o cancro nos pulmões tinha já ultrapassado o cancro da mama como causa principal de morte por cancro nas mulheres.
- As mulheres fumadoras têm um risco acrescido de contraírem outros tipos de cancro incluindo o cancro na cavidade oral, na faringe, na laringe, no esófago, no pâncreas, nos rins, na bexiga e no colo do útero. Duplicam ainda o risco de desenvolverem doenças coronárias e aumentam mais de dez vezes a probabilidade de morrerem por doença pulmonar obstrutiva crónica.
- Fumar aumenta o risco de infertilidade, de parto prematuro, de nado-morto, de baixo peso à nascença, e de síndrome de morte súbita do lactente.
- Mulheres fumadoras na fase pós-menopausa têm menor densidade óssea do que as que nunca fumaram. As mulheres que fumam têm um risco acrescido de fraturas na anca do que as que nunca fumaram.

Fonte: Center for Disease Control and Prevention (CDC).

Disponível em: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/populations/women/

livres de fumo é a proteção da população (fumadores e não fumadores) das graves lesões para a saúde causadas pela exposição ao fumo passivo.

Por que é que fumar é uma questão do local de trabalho?

Para além de ser nefasto para a saúde dos próprios fumadores, a exposição ao fumo do tabaco pode causar doenças graves às famílias dos trabalhadores e colegas de trabalho. Fumar pode também estar na origem de incêndios, explosões e acidentes. Nalguns locais de trabalho, fumar está na origem de tensões e conflitos entre os trabalhadores e este stress negativo transfere-se para as famílias dos trabalhadores e para a sociedade. A introdução de um local de trabalho livre de fumo é uma forma de demonstrar a preocupação do empregador com a saúde e o bem-estar de todos os trabalhadores e das suas famílias; fumadores ou não-fumadores. Transmite igualmente um sinal positivo aos clientes e à sociedade.

No local de trabalho

- Na Suécia, os fumadores ausentam-se mais 9.7 dias por doença do que os não fumadores;
- Um fumador que faz pausas de 10 minutos para fumar durante 9 vezes por dia de trabalho dispense aproximadamente 1 dia por semana a fumar;
- As publicações sobre o impacto psicológico da interação entre fumadores e não fumadores concluem que estes grupos podem perceber-se negativamente afetando desta forma o desempenho laboral dos dois grupos.

Fonte: Lundborg, 2007; Gibson, 1997

Os riscos para a saúde do fumo passivo convertem-no num problema de saúde em casa e no trabalho, especialmente para pessoas com alergias ou asma, crianças e mulheres grávidas. Cerca de 40 por cento das crianças em todo o mundo tem pelo menos um dos seus pais fumador (OMS *Factsheet*, 2010).

Um inquérito em Hong Kong em 1995 demonstrou que dos 5142 agentes de segurança que nunca tinham fumado, 22 por cento referiram ter estado expostos ao fumo passivo em casa e 77.9 por cento no trabalho, e 58,6 por cento apenas estiveram expostos no trabalho.

Um inquérito a 239 pacientes com asma que nunca tinham fumado realizado na Finlândia, entre 1997 e 2000, demonstrou que o risco de asma aumenta com a exposição ao fumo passivo. Num ambiente de trabalho em que se fumem 10 cigarros por dia este risco aumentará em 44 por cento.

Fonte: McGhee *et al.*, 2000; Jaakkola *et al.*, 2003.

3. Impacto do consumo de tabaco

Em muitos países o consumo de tabaco está a aumentar porque cada vez mais pessoas tem poder económico para fumar e porque se está a tornar cada vez mais comum. O número de fumadores apresenta um crescimento mais lento em países onde decorrem campanhas abrangentes contra o tabaco. Estas campanhas incluem frequentemente restrições legais ao fumo em determinados locais, proibições de publicidade, campanhas de sensibilização e impostos sobre o tabaco.

O número de mortes causado pelo tabaco atualmente é aproximadamente o mesmo nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, mas é expectável que até 2030 este número duplique nos países em desenvolvimento.

Apesar de os cigarros normais serem o tipo de tabaco fumado mais comum há outros produtos de tabaco para fumar como as *bidis*, *kreteks* e a *shisha*, que estão a ganhar adeptos – muitas vezes devido à crença errada de que são menos perigosos para a saúde: na verdade, todas as formas de tabaco são mortais.

Os fumadores não são os únicos que adoecem e morrem devido ao tabaco. O fumo passivo tem igualmente consequências graves e fatais para a saúde. Nos EUA, por exemplo, o fumo passivo é o causador de cerca de 3,400 mortes por cancro no pulmão e 46,000 por doenças coronárias por ano. É ainda o responsável por uma estimativa de 430 casos de síndrome de morte súbita infantil; 24.500 bebés com baixo peso à nascença; 71.900 partos prematuros e 202.300 episódios de asma infantil anualmente.

Para além das consequências para a saúde, o fumo passivo representa igualmente uma sério revés nos recursos económicos (*California Environmental Protection Agency*, 2005). Na Região Administrativa Especial de Hong Kong na China, o custo dos cuidados médicos imediatos, a longo prazo e as perdas de produtividade devidas à exposição ao fumo passivo é de aproximadamente 156 milhões de dólares anualmente (McGhee *et al.*, 2006).

Perguntas frequentes sobre o fumo passivo⁵

O que é o fumo passivo?

O fumo passivo é resultado da “corrente secundária” de fumo proveniente da ponta acesa do cigarro e da “corrente principal” do fumo expirado pelo fumador. As expressões tabagismo passivo, fumo passivo, fumo involuntário ou exposição ao fumo ambiental do tabaco referem-se todas ao fenómeno de respirar o fumo dos outros.

O fumo passivo é o fumo que as pessoas respiram quando se encontram no mesmo espaço aéreo dos fumadores; é uma mistura da corrente principal de fumo exalado

⁵ Esta parte é uma adaptação de: Second-hand smoke kills. Let's clear the air. World No Tobacco Day, 31 May 2001, Pan American Health Organization/ World Health Organization. Disponível em: <http://www.paho.org/english/ad/sde/ra/wntd-factsheet1.doc>

Quando é utilizada outra fonte a mesma é referenciada.

pelo fumador, da corrente secundária emitida pelo cigarro aceso entre cada baforada, dos contaminantes lançados para o ar durante a baforada e dos contaminantes que se difundem através do papel do cigarro e da boca entre baforadas. É uma combinação complexa de milhares de químicos sob a forma de partículas e gases. Segundo o *US Surgeon General Report* (2006), pelo menos 250 dos químicos do fumo passivo são tóxicos ou carcinogênicos⁶.

O fumo passivo inclui irritantes e venenos sistêmicos, como o cianeto de hidrogénio, dióxido de enxofre, monóxido de carbono, amoníaco, e formaleído. Contém igualmente carcinogêneos e mutagénios como o arsénico, o crómio, nitrosaminas e ben-zopireno. Muitos dos químicos, como a nicotina, o cádmio e o monóxido de carbono danificam o processo reprodutivo. O fumo passivo é um grande contaminante dos espaços fechados. Foi classificado pela Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos como um carcinogénio humano de “classe A” para o qual não existe nenhum nível seguro de exposição⁷.

De que modo o fumo passivo afeta a saúde?

Os não fumadores que respiram fumo passivo sofrem de muitas das mesmas doenças que os fumadores regulares. As mortes por doenças coronárias e por cancro de pulmão e nasal, têm sido associadas causalmente à exposição a fumo passivo, o qual está igualmente na origem de uma ampla variedade de efeitos nefastos sobre a saúde das crianças incluindo bronquites e pneumonia, o desenvolvimento e exacerbação da asma, infeções do ouvido médio, e otite média, que representam as causas mais comuns de surdez infantil.

A exposição ao fumo passivo durante a gravidez de mulheres não fumadoras reduz o crescimento do feto e a exposição pós-natal das crianças aumenta consideravelmente o risco do síndrome de morte súbita do lactente. O fumo do tabaco causa igualmente efeitos imediatos tais como irritações nos olhos e nariz, dores de cabeça, garganta irritada, enjoos, náuseas, tosse e problemas respiratórios.

O fumo passivo no local de trabalho

O fumo passivo representa igualmente uma ameaça no local de trabalho. As toxinas e os carcinogêneos disseminam-se rapidamente nos escritórios, hotéis, restaurantes e outros locais de trabalho fechados. A maioria dos trabalhadores não está em posição de mudar o seu ambiente de trabalho ou abandonar os seus empregos para proteger a sua saúde. Em muitos casos, em que não estão garantidos locais de trabalho sem fumo os empregados são obrigados a passar a maior parte das suas vidas de trabalho numa situação perigosa para a saúde. No caso dos empregados de restaurante, a tabela seguinte mostra uma seleção de agentes químicos que poderiam inalar diretamente numa área de 300 metros quadrados durante um único turno de oito horas!

6 US Surgeon General (2006). The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta GA, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

7 Environmental Protection Agency: Setting the Record Straight: Secondhand Smoke is a Preventable Health Risk. Disponível em: <http://www.epa.gov/smokefree/pubs/strsfs.html>

Agente Químico	Quantidade (µg)	Agente Químico	Quantidade (µg)
monóxido de carbono	5606	benzopireno	18
alcatrão	3218	propionaldeído	17
nicotina	678	resóis	15
acetaldeído	207	cianeto de hidrogénio	14
óxido nítrico	190	estireno	13
isopreno	151	Butiraldeído	12
resorcinol	123	acrilonitrilo	11
acetona	121	crotonaldeído	10
tolueno	66	cádmio	9,7
formaldeído	54	1-aminonaftaleno	8,5
fenol	44	crómio	7,1
acroleína	40	chumbo	6,0
benzeno	36	2-aminonaftaleno	5,2
piridina	33	níquel	4,2
butadiene	25	3-aminobifenil	2,4
hidroquinona	24	4-aminobifenil	1,4
metiletilcetona	23	quinolina	1,3
catecol	22		

Os químicos a negrito são carcinogénicos conhecidos. Nesta lista há irritantes, mutagénicos, toxinas, e substâncias que aumentam a pressão sanguínea, promovem os tumores, afetam o sistema nervoso central, lesionam os pulmões e causam mau funcionamento dos rins.

Quer seja em casa, no trabalho, na escolar, em restaurants, teatros ou bares - o fumo passivo constitui uma ameaça comprovada para a saúde de jovens e adultos, de todas as condições e países.

Qual é o alcance do problema do fumo passivo?

A exposição ao fumo passivo é um problema abrangente que afeta as pessoas de todas as culturas e países. Esta exposição ocorre durante situações da vida diária: em casa, no trabalho, na escola, em zonas de lazer, nos transportes públicos, em restaurantes e bares, literalmente em todos os locais normais de atividade.

Inquéritos realizados em todo o mundo confirmam uma exposição generalizada. Um inquérito estimou que 79 por cento dos europeus com idade superior a 15 anos de idade estavam expostos ao fumo passivo. Outro estimou que 88 por cento de todos os não-fumadores nos Estados Unidos estavam expostos ao fumo passivo. Dados recentes da África do Sul mostraram que 64 por cento das crianças menores de 5 anos do Soweto vivem com pelo menos um fumador em casa. A Sociedade para o Cancro da Nova Zelândia informa que o fumo passivo é a terceira causa de morte no país atrás do fumo ativo e do consumo de álcool.

Serão as áreas para não fumadores bem ventiladas resposta suficiente?

Não. Apesar da boa ventilação poder ajudar a reduzir a irritabilidade do fumo, ela não elimina os seus componentes tóxicos. Quando as áreas para fumadores partilham a ventilação com as áreas para não fumadores o fumo dispersa-se por todos os lados. As áreas para fumadores apenas protegem os não fumadores quando são totalmente fechadas, tem um sistema independente de ventilação que sai diretamente para o exterior sem recircular o ar para o interior do edifício, e quando os empregados não tem que as atravessar. No entanto, os fumadores estão demasiado expostos.

Então como podemos proteger as pessoas do fumo passivo?

Os governos podem legislar e regulamentar o tabaco através da sua proibição em locais públicos, educando as pessoas sobre os perigos do fumo passivo e proporcionando assistência a quem quer deixar de fumar. Os empregadores podem dar início e implementar a proibição de fumar nos locais de trabalho. Os pais podem deixar de fumar em casa e no carro, especialmente perto das crianças, e pedir aos outros para fazerem o mesmo.

Podem também garantir que os infantários, escolas e atividades extra curriculares são locais livres de fumo. As pessoas podem transmitir às suas famílias, amigos e colegas de trabalho que se importam se fumarem perto delas. Pode trabalhar com as suas organizações locais para empreender ações sobre o fumo passivo.

As restrições ao tabaco são difíceis de impor?

Na sua maioria a população (mesmo os fumadores) apoia os locais sem fumo. As proibições de fumar nos locais de trabalho e nos locais públicos são bem-sucedidas quando as pessoas têm consciência delas. O público deve ser informado com antecedência que estão a ser implementadas proibições de fumar e quais as razões de saúde que fundamentam essa proibição.

Boa educação e planeamento antecipado conduzem ao cumprimento automático e ao sucesso das restrições ao tabaco.

As restrições ao tabaco afetam economicamente as empresas?

Não. A maioria dos empregadores que implementam a proibição de fumar poupa dinheiro aumentando a produtividade, reduzindo os custos de manutenção e limpeza e reduzindo a cobertura dos seguros. Um estudo recente nos EUA mostra que as políticas de proibição de fumar não têm qualquer impacto negativo sobre as receitas de restaurantes e bares em 80 localidades; na verdade, nalguns casos até aumentaram!

Então porque não há locais sem fumo em todo o lado?

A indústria do tabaco gasta milhões no financiamento de campanhas de desinformação sobre o fumo passivo. Foram contratados cientistas e consultores não apenas para confundir a opinião pública sobre a validade dos dados científicos mas também para lançar dúvidas sobre os investigadores que produzem os dados e sobre as próprias evidências científicas. Para além de atacarem os estudos legítimos, são financiados e promovidos projectos de investigação falsos que desvalorizam a questão do fumo passivo.

Os *lobbys* do tabaco e os advogados desviam a regulamentação governamental sobre o fumo passivo, o que é complementado por grandes contribuições da indústria tabaqueira para campanhas políticas. Quando o dinheiro e a desinformação não funcionam, a indústria promove soluções falsas para controlar o fumo passivo.

Apesar de as evidências demonstrarem que a ventilação não é uma solução eficaz para o problema do fumo passivo, a indústria continua a querer impulsionar esta opção, inclusivamente através da formação de grupos de falsos consultores sobre a qualidade do ar em espaços fechados que desvalorizam os riscos do fumo passivo.

Foi lançada mundialmente uma campanha de promoção da “liberdade de escolha” como alternativa à proibição de fumar em lugares públicos. Isto significa que o grave problema do fumo passivo pode ser resolvido pelos fumadores ao pedirem licença antes de acenderem o cigarro, ou tendo seções separadas para fumadores e não fumadores.

O fumo passivo é assim retratado como um mero incómodo para os não fumadores em vez de um sério risco para a saúde. A indústria tabaqueira também financia os movimentos dos defensores dos direitos dos fumadores a criarem uma suposta oposição independente às proibições de fumar.

Os fumadores não são os únicos que adoecem e morrem por causa do tabaco. O tabaco passivo tem consequências graves e muitas vezes fatais para a saúde. Por exemplo, nos Estados Unidos o fumo passivo é causa de cerca de 3400 mortes por cancro no pulmão e 46,000 mortes por doenças coronárias. O fumo passivo é responsável por cerca de 430 casos de síndrome de morte súbita infantil, 24,500 bebés com pouco peso à nascença; 71,900 partos prematuros, e 202,300 episódios de asma infantil anualmente. Para além das consequências para a saúde o fumo passivo representa também uma sobrecarga para os recursos económicos (Cal/EPA, 2005). Na Região Administrativa Especial de Hong Kong na China, por exemplo, o custo dos cuidados médicos diretos, a longo prazo e as perdas de produtividade devidas à exposição ao fumo passivo é de aproximadamente 156 milhões de dolares anualmente (McGhee *et al.*, 2006).

Fumar é caro

Apesar do crescente aumento do preço dos cigarros em muitos países a maioria dos fumadores são trabalhadores com rendimentos baixos ou desempregados. Para agravar a situação, o hábito de fumar está a aumentar principalmente nos países mais pobres e prevalece especialmente entre os mais pobres do país. No Bangladesh, a probabilidade de os agregados familiares mais pobres fumarem é o dobro comparando com os mais ricos (McGhee *et al.*, 2006). Custos adicionais para o fumador incluem elevados custos com os cuidados de saúde e menores rendimentos devido às doenças e a uma vida produtiva mais curta. Deixar de fumar ou reduzir, pode assim ser económico não apenas para os trabalhadores e as suas famílias mas para o conjunto da sociedade (Efroymson, 2001).

Minutos de trabalho necessários para comprar 20 cigarros de uma marca internacional em cidades selecionadas

Copenhaga, Dinamarca	22
Jakarta, Indonésia	62
Mumbai, Índia	102
Nairobi, Quênia	158
Santiago, Chile	38

Fonte: Tobacco Atlas, “Cost to the worker”

Fumar é especialmente perigoso em algumas profissões

Em algumas profissões, fumar pode interagir com outras substâncias perigosas, como por exemplo: carvão, grãos, amianto, sílica, materiais de soldadura, petroquímicos, pesticidas, pós de algodão e radiações ionizantes. Os trabalhadores do amianto e da construção civil que fumam apresentam um risco muito mais elevado de contraírem cancro do pulmão ou doenças pulmonares crónicas do que os não fumadores.

Os mineiros do urânio fumadores e outros trabalhadores em ambientes radioativos expostos ao rádio, correm um risco de contraírem cancro no pulmão superior ao dos não fumadores. Fumar é a causa principal dos incêndios e explosões no trabalho, especialmente quando se utilizam substâncias químicas inflamáveis e explosivos.

Os produtos do tabaco podem provocar queimaduras e reduzir a visibilidade. Devido à distração no momento de acender o cigarro, fumar pode ser também um fator de risco para os motociclistas.

Um trabalhador do amianto fumador tem uma probabilidade 50 vezes maior de desenvolver cancro nos pulmões do que um trabalhador que não fume.

Fonte: Wallace, 2008

Os incêndios ocasionados pelo cigarro foram responsáveis por:

- 10% de todas as mortes causadas por incêndios;

Um custo total de 27 mil milhões de dólares

Fonte: Wallace, 2008

4. A gestão do tabaco no trabalho

Os empregadores podem poupar dinheiro adotando uma estratégia de locais de trabalho sem fumo, que pode reduzir o absentismo, os custos de limpeza e manutenção, de riscos de incêndio, com os cuidados de saúde e com seguros de vida, incêndio e saúde. Um local de trabalho sem fumo significa, igualmente, uma redução no pagamento de indemnizações aos trabalhadores em caso de incapacidade causada pela exposição ao fumo passivo.

Um inquérito a 156 locais de trabalho na Escócia em 1996 revelou que o custo estimado das ausências ao trabalho por motivos relacionados com o tabaco era de 7 milhões de libras esterlinas por ano. As perdas totais de produtividade foram estimadas em 827 milhões de libras esterlinas por ano. Devem igualmente ser considerados os custos por incêndios causados pelos cigarros - aproximadamente 74 milhões por ano bem como os custos relativos às mortes por doenças relacionadas com o tabaco e os danos nas instalações motivados pelos cigarros.

Fonte: Parrott *et al*, 2000.

Programas de assistência

A existência de programas de assistência para os fumadores que pretendam abandonar o vício é muito importante. A Administração tem de ter conhecimento dos programas de assistência disponíveis para a empresa e garantir o cumprimento dos princípios de confidencialidade e não discriminação.

A ventilação é a solução?

Não há um nível seguro de exposição ao fumo passivo, pelo que a ventilação não pode ser recomendada como solução para o problema. Uma solução mais simples e económica é disponibilizar áreas de fumo em espaços abertos, as quais devem ser confortáveis e seguras, ser equipadas com cinzeiros, assentos, ser abrigadas e talvez aquecidas; devem ainda ser localizadas longe das entradas ou das janelas para evitar que o fumo entre no edifício.

O que pode ser feito?

- **Informar e educar:** a consciência é a base sobre a qual deve ser construída a estratégia para alcançar um local de trabalho livre de fumo. Durante a fase preparatória, pode ser útil realizar uma avaliação dos hábitos de fumo dos trabalhadores e das suas atitudes em relação ao assunto. Poderia ainda realizar-se nesta fase uma campanha de sensibilização sobre o impacto do fumo na saúde dos trabalhadores e de que forma todos poderiam beneficiar de uma política de proibição de fumar nos locais de trabalho. À medida que a estratégia se vai desenvolvendo e integrando na política de saúde no local de trabalho todos os trabalhadores devem ser informados

sobre quais as mudanças que irão ocorrer e o que está previsto na nova política em matéria de áreas para fumar, pausas e se possível assistência para quem pretende deixar o vício.

- **Introduzir uma política livre de fumo em todos os locais de trabalho:** todos os trabalhadores devem ser protegidos do fumo passivo proveniente do tabaco nas áreas de trabalho e noutras zonas comuns como cantinas, corredores, instalações sanitárias e elevadores. Fumar apenas deve ser permitido em espaços abertos no exterior ou em áreas no interior separadas e ventiladas de forma a que o fumo do tabaco não se infiltre nas áreas de trabalho através de entradas, janelas, portas, etc..
- **Evitar a discriminação:** uma forma de evitar que os fumadores sejam estigmatizados ao converter o local de trabalho num lugar livre de fumo é realçar que o problema é o fumo do tabaco e não o fumador. A alteração deve ser apresentada como um desenvolvimento positivo no sentido de melhores condições de trabalho e não como uma ação negativa contra os fumadores. A discriminação e estigmatização de pessoas que fumam durante o processo de recrutamento ou durante o exercício da profissão não devem ser tolerados, nem se devem estigmatizar os trabalhadores que solicitem locais de trabalho sem fumo. Podem ser reduzidas as tensões entre os fumadores e os não fumadores incluindo-os no desenvolvimento da estratégia para as áreas de não fumar, fornecendo informação sobre os efeitos do tabaco e apoiando os fumadores que pretendem deixar.
- **Dê estímulos:** Uma boa maneira de reduzir os conflitos associados à mudança para um ambiente de trabalho sem fumo poderia ser associar a nova política a um evento positivo: por exemplo, os fumadores poderiam ser estimulados a aderir uma competição para deixar de fumar; a declaração de uma empresa sem fumo poderia ser acompanhada pelo lançamento de um novo produto; ou todos os trabalhadores poderiam ser convidados para um retiro onde fosse promovido o hábito de não fumar. Deixar de fumar é mais fácil se a pessoa praticar exercício físico regular e quando não se estiver em situação de stresse. Uma campanha anti-tabaco pode ser combinada com uma campanha genérica sobre o bem-estar.

5. Boas práticas

O enquadramento legal internacional para os países criarem locais de trabalho sem fumo

A **Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco (CQCT)** - um tratado multilateral a que aderiram 171 Estados até novembro de 2010 - é o primeiro passo na luta global contra a epidemia do tabaco. Este tratado representa um modelo para os países reduzirem a oferta e a procura de tabaco. A Convenção Quadro da OMS estabelece que o direito internacional tem um papel vital na prevenção das doenças e na promoção da saúde. Os países que ratificaram a Convenção Quadro da OMS comprometeram-se a proteger a saúde da sua população ao aderirem à luta contra a epidemia do tabaco. O artigo 8.º da Convenção estabelece que:

“Cada Parte adotará e implementará, em áreas da competência do Estado nos termos do seu direito interno, e encorajará activamente, nas áreas em que se exerçam outras competências, a adopção e a aplicação de medidas legislativas, executivas, administrativas e ou outras eficazes com vista à protecção contra a exposição ao fumo do tabaco em locais de trabalho fechados, transportes públicos, locais públicos fechados e, se for caso disso, em outros locais públicos.”

Em conformidade com outras disposições do Tratado, a Conferência de Partes da CQCT da OMS adotou as “**Diretrizes para a proteção contra a exposição ao fumo do tabaco**” para apoiar as partes no cumprimento das suas obrigações no âmbito do Artigo 8.º da Convenção. Estas Diretrizes contêm declarações de princípios e definições de termos relevantes, bem como recomendações que foram objeto de acordo sobre os passos necessários para cumprir as obrigações da Convenção. Para além disso, as diretrizes identificam as medidas necessárias para conseguir uma proteção eficaz contra os riscos do tabaco passivo.

Estas diretrizes foram acordadas com base em evidências científicas que também foram apresentadas pelas **Recomendações de política da OMS para a proteção contra a exposição ao fumo passivo**. À luz da evidência e das boas práticas a OMS recomenda que no sentido de proteger os trabalhadores e o público da exposição ao fumo passivo os países devem “eliminar o contaminante (fumo do tabaco) implementando ambientes 100 por cento livres de fumo”.

Tal como as Diretrizes do Artigo 8º da CQCT e as Recomendações de políticas da OMS expressam claramente:

- o fumo passivo é causa de morbilidade, mortalidade e saúde precária nos não-fumadores;
- a proteção eficaz da exposição ao fumo do tabaco exige a eliminação total do fumo do tabaco num determinado edifício ou área;

- as abordagens distintas da eliminação total do fumo do tabaco, incluindo a ventilação, a filtração do ar e o uso de áreas de fumo designadas (seja com sistemas de ventilação independentes ou não), tem repetidamente demonstrado a sua ineficácia; e
- é necessária legislação exigindo a eliminação do fumo do tabaco pelo menos em todos os locais públicos e de trabalho fechados para assegurar a proteção universal, uma vez que as políticas voluntárias são menos eficazes.

Há inúmeros instrumentos de direito internacional que protegem o direito à saúde, à vida e a um ambiente saudável, entre outros, apoiando as diretrizes e recomendações de políticas da OMS.

Para além da proteção da saúde, a implementação de uma legislação anti-tabágica tem benefícios complementares, incluindo custos económicos reduzidos e o consumo reduzido de tabaco.

Impacto de uma legislação anti-tabágica

Em todo o mundo existem exemplos de legislação anti-tabágica no local de trabalho a nível nacional, estatal ou local, que mostram que é viável implementar essa legislação. Demonstram ainda que, a curto e médio prazo, esta medida conduz a uma significativa redução da exposição dos trabalhadores ao fumo ambiental quando comparados com situações em que não existem restrições voluntárias ao fumo ou apenas se verificam de forma limitada. (Jaakkola; Jaakkola, 2006).

Após a implementação de legislação anti-tabágica na Finlândia, as atitudes dos fumadores começaram a mudar em prol das restrições. As evidências sugerem que a legislação conduziu à redução do fumo ativo, o que por sua vez fortaleceu o potencial de benefício de medidas para a saúde pública.

Na República da Irlanda, a introdução de legislação anti-tabágica decorreu em paralelo com uma diminuição nos sintomas de problemas respiratórios com reduções significativas na expetoração e na produção de catarro. Foi igualmente observada uma diminuição na ocorrência de olhos vermelhos e gargantas irritadas após a implementação da legislação.

Nos EUA, o Estado da Califórnia promulgou um amplo programa de controlo de tabaco em 1998. Um estudo aos trabalhadores dos bares realizado um mês antes e um mês depois do programa ter entrado em vigor detetou uma redução significativa nos sintomas no trato respiratório superior, na irritação nos olhos, nariz e garganta bem como menores sintomas no trato respiratório inferior, tais como a pieira, a tosse por dispneia e a produção de catarro. Além disso,, após a proibição ter entrado em vigor verificou-se um aumento na Capacidade Vital Forçada (CVF) dos pulmões⁸.

⁸ A Capacidade Vital Forçada (CVF) é o volume de ar que se pode expelir com força após a inspiração total, medido em litros. A CVF é o procedimento mais básico nos testes espirométricos.

6. Inter-relações

Tabagismo e estilo de vida

Iniciativas de bem-estar que promovem a prática regular de exercício físico, uma dieta equilibrada e hábitos regulares de sono são muito benéficas para os fumadores. Um estilo de vida saudável reduz o stress e o que torna muito mais fácil deixar de fumar ou fumar menos. Para as pessoas que praticam exercício físico não fumar ou fumar menos constitui um incentivo devido aos efeitos negativos do tabaco na capacidade pulmonar e cardíaca. Um fumador fica sem fôlego rapidamente quando está a praticar exercício. O fumador médio tende a ter outros fatores no seu estilo de vida que podem conduzir a uma saúde precária, tal como é sugerido no seguinte exemplo da Califórnia, nos EUA.

Um estudo com 16534 homens e 26197 mulheres que se inscreveram num Plano de Saúde no Norte da Califórnia entre 1979 e 1985 demonstrou que as pessoas mais fortemente expostas ao fumo passivo tendiam a ser jovens, com baixas habilitações literárias, consumidores de três ou mais bebidas alcoólicas, trabalhadores sedentários e pessoas com maior probabilidade de exposição a vários riscos no trabalho.

Fonte: Irribarren *et al*, 2001.

Vícios e tabaco

Vários estudos têm demonstrado que as pessoas que começaram a fumar têm maiores probabilidades de consumir outras drogas. O estudo seguinte elaborado pelo Departamento de Saúde e Recursos Humanos dos EUA confirma esta teoria.

O inquérito realizado em 1997/98 mostrou que entre as raparigas finalistas do ensino secundário (com 16 anos de idade) que nunca tinham fumado, apenas 20 por cento bebiam álcool e 5 por cento tinham consumido marijuana, comparado com cerca de 80 e 40 por cento respetivamente das que fumavam à época.

Fonte: U.S. Department of Health and Human Services, 2001

Beber e fumar andam normalmente de mãos dadas: as pessoas que fumam ocasionalmente em jantares ou em *pubs* ou cafés, as chamadas “fumadoras sociais” ou “fumadoras de festa”, tendem a fumar apenas quando bebem álcool. Quando uma empresa decide deixar de servir bebidas alcoólicas na cantina, tal pode ter um efeito positivo não só no hábito de beber mas também no de fumar. Eliminando a venda de cigarros e restringindo a venda de bebidas alcoólicas no local de trabalho, a administração demonstra o seu compromisso numa força de trabalho mais saudável já que os trabalhadores estão menos expostos à tentação de fumar ou consumir álcool e drogas durante o horário de trabalho.

O stresse e o tabaco

Os estudos têm mostrado que os trabalhadores que experimentam stresse no trabalho tendem a fumar e a aumentar o número de cigarros fumados. Um estudo a 2584 homens e 2836 mulheres de 63 profissões diferentes na Suécia ilustra este facto.

Profissões com uma percentagem elevada de trabalho noturno ou por turnos, por exemplo, motoristas, seguranças, e cozinheiros, tendem a concentrar um número elevado de fumadores. Entre os trabalhadores por turnos, fumar pode ser uma forma de combater o sono. O trabalho noturno está muitas vezes relacionado com uma supervisão passiva e fumar pode ser uma maneira de lidar com tarefas monótonas.

Fonte: Knutsson *et al*, 1998.

O tabaco e o stresse

Os trabalhadores experimentam principalmente dois tipos de stresse relacionado com o tabaco no local de trabalho. Um advém do vício em si mesmo, uma vez que os fumadores sentem os sintomas da abstinência quando não fumam durante um tempo; o outro tipo de stresse é o tipo de irritação experimentada pelos não fumadores que trabalham num ambiente contaminado pelo fumo do tabaco.

Estes efeitos podem incluir irritação nos olhos e nariz, dores de cabeça, garganta irritada, tonturas, náuseas, tosse e problemas respiratórios. Também é muito comum que os fumadores e não fumadores sofram de stresse motivado por tensões ou conflitos relacionados com o tabaco o que nos leva ao próximo tópico: o tabaco e a violência.

Tabaco e violência

A tensão entre os fumadores e os não-fumadores, combinada com um sentido de injustiça causado pelo estigma ou discriminação pode conduzir à agressão. A violência psicológica pode assumir a forma de assédio e conflito aberto mas também de exclusão e isolamento.

7. Integração de políticas

Quando uma estratégia de não fumar é introduzida, há aspetos práticos e psicológicos a ter em conta:

- O **lado prático** de criar um local de trabalho sem fumo: Quando e onde deve ser permitido fumar? Os trabalhadores têm acesso a áreas confortáveis e seguras para fumar que não permitem que o fumo do tabaco emane para as áreas onde as pessoas trabalham?
- O **lado psicológico** de criar um local de trabalho sem fumo: Os fumadores sentem que estão a ser ouvidos ou discriminados? É claro o que a estratégia anti-tabaco significa e quem é o responsável pelo seu cumprimento?

Da mesma forma que no caso das drogas e do álcool, do stresse e de outras questões psicosociais, há vários aspetos a tomar em consideração quando se inclui a proibição de fumar numa política de SST no local de trabalho: enumeram-se de seguida os elementos mais importantes a incluir.

- **Avaliação e gestão de riscos:** Pode ser realizada uma avaliação aos hábitos de consumo de tabaco dos trabalhadores, às suas atitudes em relação a fumar nos locais de trabalho, bem como um inventário das áreas exteriores disponíveis para fumar.
- **Trabalho de equipa, participação e consulta dos trabalhadores:** A participação de gestores, representantes sindicais e trabalhadores em todos os trabalhos que conduzam a decisões sobre a estratégia é importante. Este diálogo pode prevenir conflitos, malentendidos e tensões. Os fumadores podem ser incluídos oferecendo-lhes assistência para deixarem de fumar e áreas adequadas para fumarem, no entanto, o direito a trabalhar num local sem fumo procede sobre a pretensão dos fumadores a fumar. O processo de definição da política deve ainda envolver o departamento de recursos humanos, uma vez que é necessário que cada novo funcionário seja informado que o seu local de trabalho é um ambiente sem fumo. Os serviços de Segurança e Saúde no Trabalho tem um papel importante a desempenhar nas áreas da informação, educação e assistência para deixar de fumar.
- **Informação, educação, formação e promoção da saúde:** compreender as razões pelas quais a empresa adotou uma política sem fumo pode reduzir as tensões. Esta compreensão pode ser alcançada através de informação regular a todo o pessoal sobre a política e educação sobre os aspetos de saúde e segurança do fumo ativo e passivo. O pessoal dos departamentos de recursos humanos e médico devem ter formação para poderem apoiar e informar os trabalhadores em questões relacionadas com o tabaco.
- **Assistência e tratamento:** os trabalhadores que se sintam discriminados em virtude dos seus hábitos de consumo de tabaco ou porque pretendem um ambiente de trabalho sem fumo devem receber ajuda do seu empregador e do seu sindicato. Os fumadores devem ter acesso a aconselhamento e assistência sobre como deixar de fumar. Caso esse apoio não esteja disponível internamente deve ser disponibilizada uma lista de centros externos de auxílio.

- **Distribuição de responsabilidades:** No processo de conversão do local de trabalho num lugar sem fumo é útil saber quem é responsável pelas tarefas práticas, tal como a criação de uma área de fumadores, a eliminação dos cinzeiros e a colocação de sinalização de proibido fumar. É igualmente importante conhecer os procedimentos de queixa e quem é a pessoa responsável pelo cumprimento da política. Todos os trabalhadores devem saber a quem se dirigir em caso de problemas.
- **Ética e confidencialidade no recrutamento e seleção:** Os registos de saúde sobre os hábitos de fumar dos trabalhadores devem ser confidenciais e nenhum trabalhador deve ser tratado de forma diferenciada durante um processo de recrutamento ou seleção devido ao seu hábito, no entanto devem ser informados de que o seu local de trabalho é livre de fumo.
- **Sistema de gestão para a melhoria contínua:** Um grupo de trabalho pode efetuar avaliações regulares da política de não fumar, através de medições da qualidade do ar, de inquéritos anónimos ou analisando as queixas sobre o tabaco. Deve ser dada a possibilidade aos trabalhadores de fazerem sugestões que permitam a melhoria contínua da política.

Bibliografia

- 📖 At Health, Inc. 2010. Straight Facts About Drugs and Alcohol. Disponível em: <http://www.athealth.com/Consumer/disorders/Substanceabuse.html>
- 📖 Brownson, R.C.; Hopkins, D.P.; Wakefield, M.A. 2002. “Effects of Smoking Restrictions in the Workplace” in Annual Review of Public Health, Vol. 23, pp. 333–48.
- 📖 California Environmental Protection Agency. 2005. Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant. Disponível em: http://oehha.ca.gov/air/environmental_tobacco/pdf/app32005.pdf
- 📖 Efroymson, D. *et al.* 2001. “Hungry for tobacco: An analysis of the economic impact of tobacco consumption on the poor in Bangladesh” in Tobacco Control, Vol. 10, No. 3, pp. 212–217.
- 📖 Fichtenberg, C.M.; Glantz, S.A. 2002. “Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review” in British Medical Journal, Vol. 325, No. 188.
- 📖 Gibson, B. 1997. “Smoker – Non Smoker Conflict: Using a social psychological framework to understand a current social controversy” in Journal of Social Issues, Vol. 53, No. 1, pp. 97–112.
- 📖 Häkansta, C. 2004. Workplace Smoking: A Review of Practical and Regulatory Measures (Geneva, ILO).
- 📖 International Bank for Reconstruction and Development. 1999. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control (Washington, D.C., World Bank).
- 📖 Iribarren, C. *et al.* 2001. “Exposure to environmental tobacco smoke: association with personal characteristics and self reported health conditions” in Journal of Epidemiology and Community Health, Vol. 55, No. 10 (BMJ Publishing Group), pp. 721–728.
- 📖 Jaakkola, M.S.; *et al.* 2003. “Environmental Tobacco Smoke and Adult-Onset Asthma: A Population-Based Incident Case-Control Study” in American Journal of Public Health, Vol. 93, No.12 (American Public Health Association), pp. 2055–2060.
- 📖 Jaakkola, M. S.; Jaakkola, J. J. K. 2006. “Impact of smoke free workplace legislation on exposures and health: possibilities for prevention” in European Respiratory Journal, Vol. 28, No. 2, pp. 397–408.
- 📖 Jamrozik, K. 2005. “Estimate of Deaths attributed to passive smoking among UK adults: database analysis” in British Medical Journal, Vol. 330, No. 7495, p. 821.
- 📖 Jha, P.; Chaloupka, F. 2000. Tobacco Control in Developing Countries (Oxford, United Kingdom, Oxford University Press).
- 📖 Knutsson, A.; Nilsson, T. 1998. “Tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke in relation to certain work characteristics” in Scandinavian Journal of

Public Health, Vol. 26, No. 3 (Informa Healthcare), pp. 183–189.

-  Lundborg, P. 2007. “Does Smoking Increase Sick Leave? Evidence using register data on Swedish Workers” in Tobacco Control, Vol. 16, No. 2, pp. 114–118.
-  Mackay, J.; Eriksen, M. 2002. The Tobacco Atlas (Geneva, World Health Organization).
-  McGhee, S. *et al.* 2000. “Passive smoking at work: the short-term costs” in Journal of Epidemiology and Community Health, Vol. 54, No. 9 (BMJ Publishing Group), pp. 673–676.
-  McGhee, S. *et al.* 2006. “Cost of tobacco related diseases, including passive smoking in Hong Kong” in Tobacco Control, Vol. 15, No. 2, pp. 125–130.
-  Nurminen, M.M.; Jaakkola, M.S. 2001. “Mortality from Occupational Exposure to Environmental Tobacco Smoke in Finland” in Journal of Occupational and Environmental Medicine, Vol. 43, No. 8, pp. 687–693.
-  Parrott, S.; Godfrey, C.; Raw, M. 2000. “Costs of employee smoking in the workplace in Scotland” in Tobacco Control, Vol. 9 (BMJ Publishing) pp. 187–192.
-  Pascale, M.W. *et al.* 2002. “Exposure to Secondhand Smoke in the Workplace: Serum Cotinine by Occupation” in Journal of Occupational and Environmental Medicine, Vol. 44, No. 6, pp. 503–509.
-  Wallace, R. B. 2008. Maxcy-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine (McGraw-Hill Medical).
-  Warner, K. 2000. “The economics of tobacco: myths and realities” in Tobacco Control, Vol. 9 (BMJ Publishing), pp. 78–89.
-  World Health Organization. 2004. Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence (Geneva). Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_E.pdf
-  - 2008. “Report on the global tobacco epidemic” The MPOWER package (Geneva).
-  -. 2009. “Report on the Global Tobacco Epidemic” The MPOWER package (Geneva) Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf

Sítios da Internet

- ☞ Environmental Protection Agency
Second-hand smoke:
<http://www.epa.gov/smokefree/pubs/strsfs.html>
- ☞ World Health Organization WHO
<http://www.who.int/tobacco/en/>
- ☞ WHO's Framework Convention on Tobacco Control
http://www.who.int/tobacco/framework/final_text/en/
- ☞ Tobacco in the workplace: Meeting the challenges. A handbook for employers. WHO Europe (2002)
http://www.free4ever.info/assets/applets/Tobacco_in_the_Workplace_2002_WHO.pdf
- ☞ Documents related to the Framework Convention on Tobacco Control:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563413_eng.pdf
- ☞ Smoke-Free Workplaces at a Glance World Bank
<http://www1.worldbank.org/tobacco/>
- ☞ International Programme on Chemical Safety, IPCS Environmental Health Criteria 211 Health Effects of Interactions between Tobacco Use and Exposure to other Agents (1999), www.inchem.org/documents/ehc/ehc/ehc211.htm
- ☞ An independent union magazine from Great Britain covering occupational safety and health topics Hazards Magazine
<http://www.hazards.org>
- ☞ National Occupational Health and Safety Commission, Australia: Guidance Note on Passive Smoking in the Workplace, NOHSC: 3019 1994.
<http://www.ashaust.org.au/SF'03/files/NOHSCnote0310.pdf>
- ☞ National Cancer Institute: Health effects of exposure to environmental tobacco smoke
<http://www.cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/10/>
- ☞ Center for Disease Control (CDC), USA: Making Your Workplace Smokefree. A Decision Maker's Guide.
www.cdc.gov/tobacco/research_data/environmental/etsguide.htm
- ☞ Food and Agriculture Organization: "Number of Smokers growing - production shifting to developing countries".
<http://www.fao.org/english/newsroom/news/2003/26919-en.html>
- ☞ Pan American Health Organization / World Health Organization
<http://www.paho.org/english/ad/sde/ra/wntd-factsheet2.pdf>
- ☞ World Health Organization: Tobacco Atlas. Cost to the Economy
<http://www.who.int/tobacco/en/atlas13.pdf>

-  World Health Organization: Tobacco Atlas, Cost to the Worker
<http://www.who.int/tobacco/en/atlas14.pdf>
-  WHO NO Smoking Day. How Second Hand Smoke Harms and Kills Non Smokers
<http://www.paho.org/english/ad/sde/ra/wntd-factsheet2.pdf>
-  World Health Organization, World No Tobacco Day, 31 May 2010
http://www.who.int/tobacco/wntd/2010/gender_tobacco/en/index.html
-  World Health Organization, Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control.
http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/index.html



Alimentação no trabalho



1. Introdução

A saúde das pessoas, a sua capacidade de trabalho e de lazer e os seus estados de humor são influenciados pelos seus hábitos alimentares. Um trabalhador que siga uma dieta equilibrada é provavelmente mais saudável e produtivo.

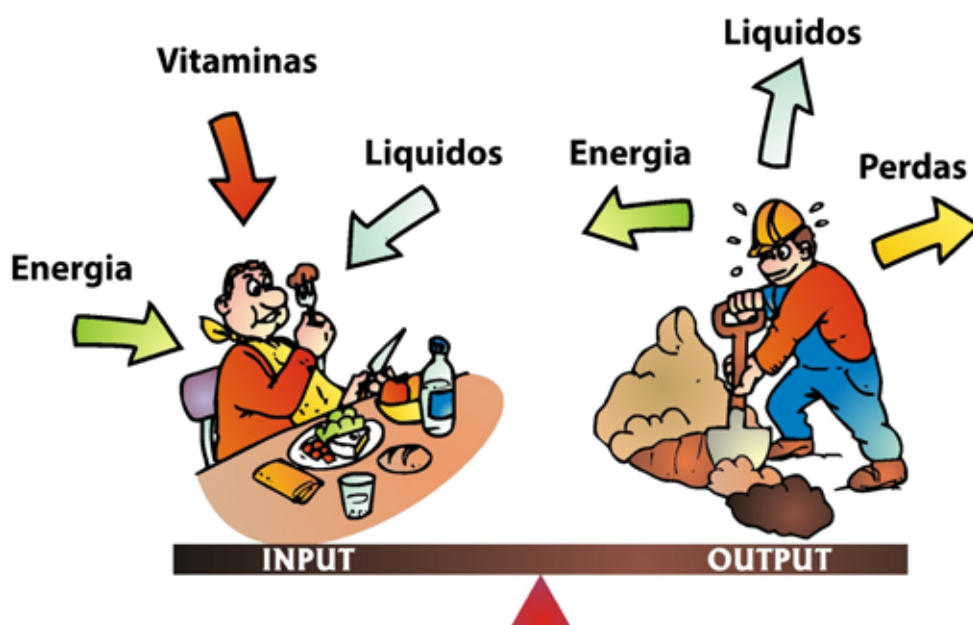
Muitas pessoas dispõem a maior parte do seu tempo a trabalhar, e a maioria necessita de se alimentar durante o dia de trabalho. Dado que o que os trabalhadores comem pode determinar a forma como trabalham, faz sentido que os empregadores prestem atenção ao acesso dos trabalhadores aos alimentos mais adequados.

Incentivar as pessoas a comer de forma saudável pode depender da sua localização: em casa, no trabalho, na estrada, mas depende igualmente do indivíduo. Pode estar ainda dependente da sua situação económica e do tempo livre para comer. Alterar o que as pessoas comem no trabalho estará dependente não apenas das suas próprias atitudes mas também do que está disponível, a que preço e em que condições. A mudança de atitudes em relação à alimentação no trabalho pode igualmente conduzir a uma mudança no seio familiar, melhorando não apenas a saúde dos trabalhadores mas igualmente a da comunidade em que estão inseridos.

2. Para compreender a alimentação

O que é uma alimentação equilibrada?

Seguir uma dieta saudável e equilibrada significa extrair a quantidade correta de energia e nutrientes da comida que ingerimos para vivermos uma vida saudável. Como acontece com um automóvel, em que a utilização de combustível de boa qualidade na quantidade certa significa que ele vai funcionar em perfeitas condições: se utilizarmos combustível de má qualidade e em quantidade insuficiente o motor será danificado impedindo-nos de chegar ao nosso destino. Com as dietas, a utilização de demasiado “combustível” de má qualidade pode resultar em obesidade e numa lista de doenças crónicas e potencialmente fatais como a diabetes de tipo 2 e doenças cardíacas podendo contribuir igualmente para algumas formas de cancro.



O triângulo alimentar é utilizado frequentemente para mostrar demonstrar o equilíbrio das proporções das diferentes categorias de alimentos. Há consenso entre os especialistas relativamente ao facto de que o consumo de grandes quantidades de hidratos de carbono, tais como arroz, pão, batatas e de quantidades reduzidas de outros grupos de alimentos indicados na parte inferior do triângulo representa uma dieta saudável. Isto significa, por exemplo, que são necessárias quantidades diminutas de açúcar em comparação com as quantidades de fruta e vegetais.

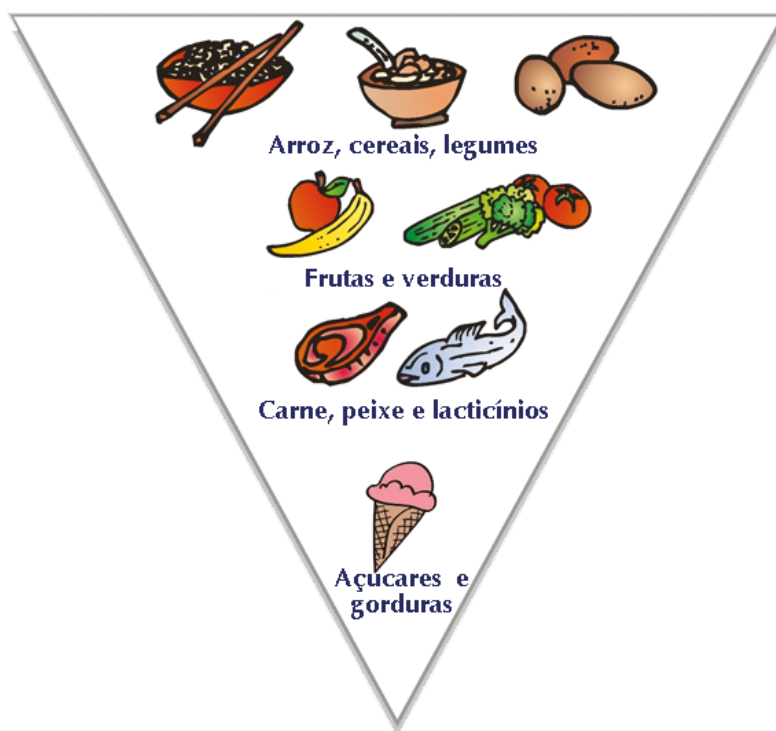


Fig. 8.1 O triângulo alimentar

Ingerir alimentos nestas proporções saudáveis significa comer as doses adequadas de macronutrientes e de micronutrientes. Há quatro tipos principais de macronutrientes: hidratos de carbono, proteínas, gorduras e óleos, e água. Na Folha Informativa sobre os Macronutrientes constante do Anexo II são fornecidas mais informações sobre estes tipos de alimentos. Podemos encontrar os Macronutrientes em grandes quantidades na comida desempenhando uma função vital para uma vida saudável.

A refeição “saudável”

Para ter uma refeição equilibrada devemos incluir no prato todos os ingredientes dos diversos grupos alimentares e combiná-los nas proporções recomendadas: por exemplo, 2/5 de hidratos de carbono, (arroz, cereais, batatas); 2/5 de frutas e vegetais e 1/5 de proteínas (peixe, carne, ovos, produtos lácteos) proporcionam uma refeição equilibrada. Desta forma ficam garantidos os nutrientes essenciais como o cálcio, as fibras alimentares ou os ácidos gordos como o ómega 3. Para manter o corpo devidamente hidratado deve beber-se entre 1,5 e 2 litros de água por dia.

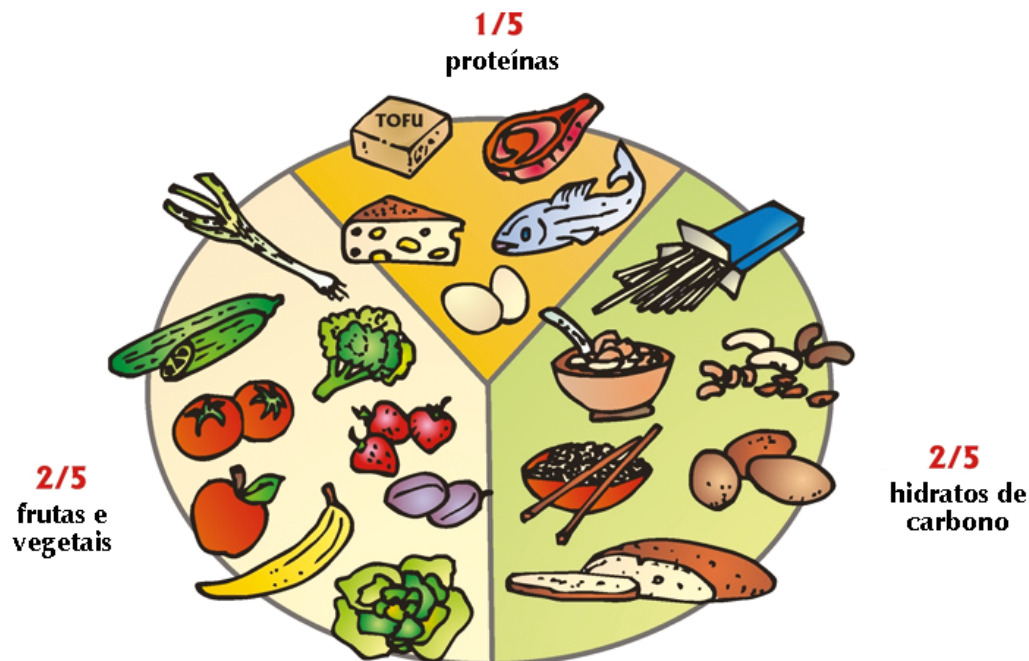
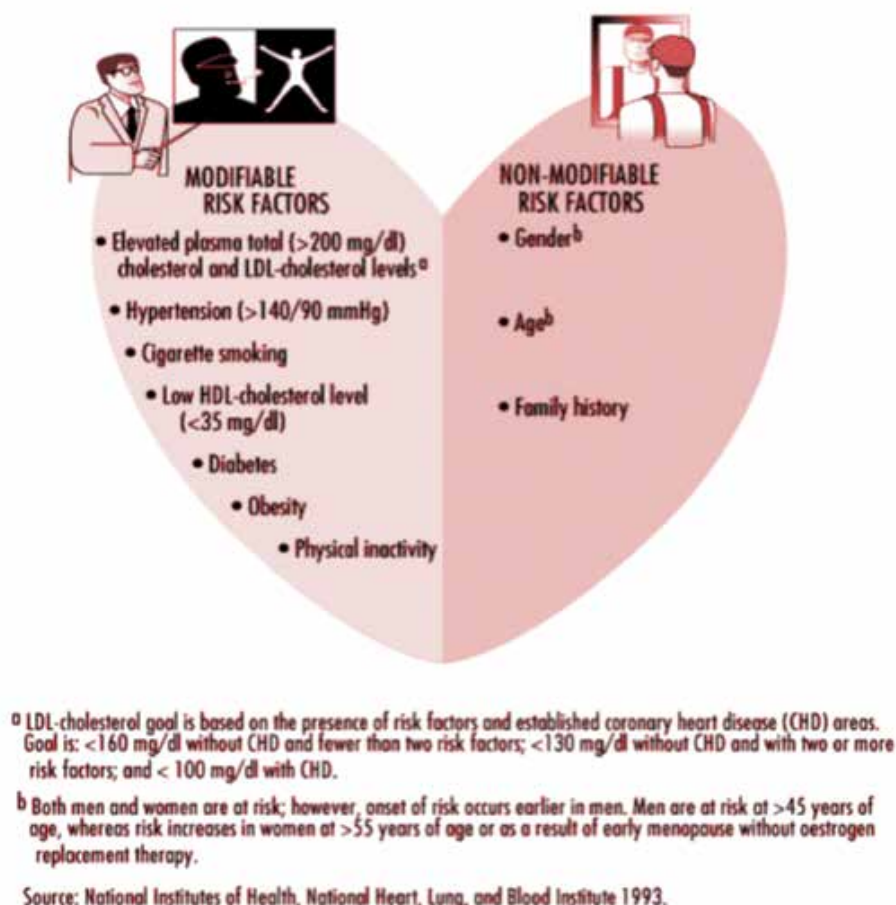


Fig. 8.2 A refeição saudável. Adaptado de: Société Suisse de Nutrition (SSN). Table de composition nutritionnelle suisse, Office fédéral de la santé publique, Ecole polytechnique fédérale de Zurich, 2009.



Fonte: ILO Encyclopaedia of Occupational Health and Safety, 1998

Micronutrientes

Os micronutrientes encontram-se nos alimentos em quantidades muito inferiores aos macronutrientes. As vitaminas, os minerais e os oligoelementos são essenciais para que o organismo processe os alimentos e funcione de forma adequada. No total existem treze vitaminas, sete minerais e onze oligoelementos necessários para a sobrevivência. No Anexo III, no final deste capítulo, pode encontrar-se uma tabela de micronutrientes.

3. Impacto

Desafios para uma alimentação equilibrada em todo o mundo

Muitos trabalhadores não seguem um regime alimentar equilibrado o que se traduz frequentemente num sério impacto para a sua saúde e o seu trabalho. Os motivos são extremamente variados podendo divergir consideravelmente de país para país e de região para região.

Quantidade de alimentos

Com trabalho pesado pode surgir a necessidade de ingerir quantidades razoavelmente grandes de alimentos para conseguir desempenhar as suas tarefas. No entanto, severas condições climáticas e baixos níveis de desenvolvimento nalguns países conduzem com frequência a um défice de segurança alimentar. Nalguns países pode nem haver alimentos suficientes para sustentar a população ou os rendimentos serem tão baixos em relação ao preço dos alimentos que cada refeição tem um impacto significativo no orçamento familiar. Nestes casos, uma alimentação deficiente diminui a saúde das pessoas e a sua capacidade de trabalho.

Quantidade de micronutrientes

Quando os alimentos são escassos, verifica-se igualmente uma escassez de micronutrientes o que está frequentemente na origem da desnutrição. A desnutrição de micronutrientes decorre principalmente de regimes alimentares com défice de vitaminas essenciais e minerais, tais como ferro, vitamina A e zinco, que se podem encontrar em frutas frescas e vegetais, na carne, nos produtos lácteos e noutros alimentos ricos em vitaminas e minerais. Regimes alimentares pobres em micronutrientes estão na origem de doenças, cegueira, morte prematura, deterioração do desenvolvimento mental, e susceptibilidade a doenças infecciosas, especialmente entre as crianças nos países em desenvolvimento, estando ainda na origem de uma redução na produtividade ao atingirem a idade adulta.

Ferro

O transtorno alimentar mais comum no mundo é a carência de ferro, sendo o seu sintoma principal a fadiga extrema, podendo o seu impacto negativo na capacidade de trabalho ser grave. Além disso a falta de ferro nas crianças afeta o desenvolvimento físico e mental.

CARÊNCIA DE FERRO

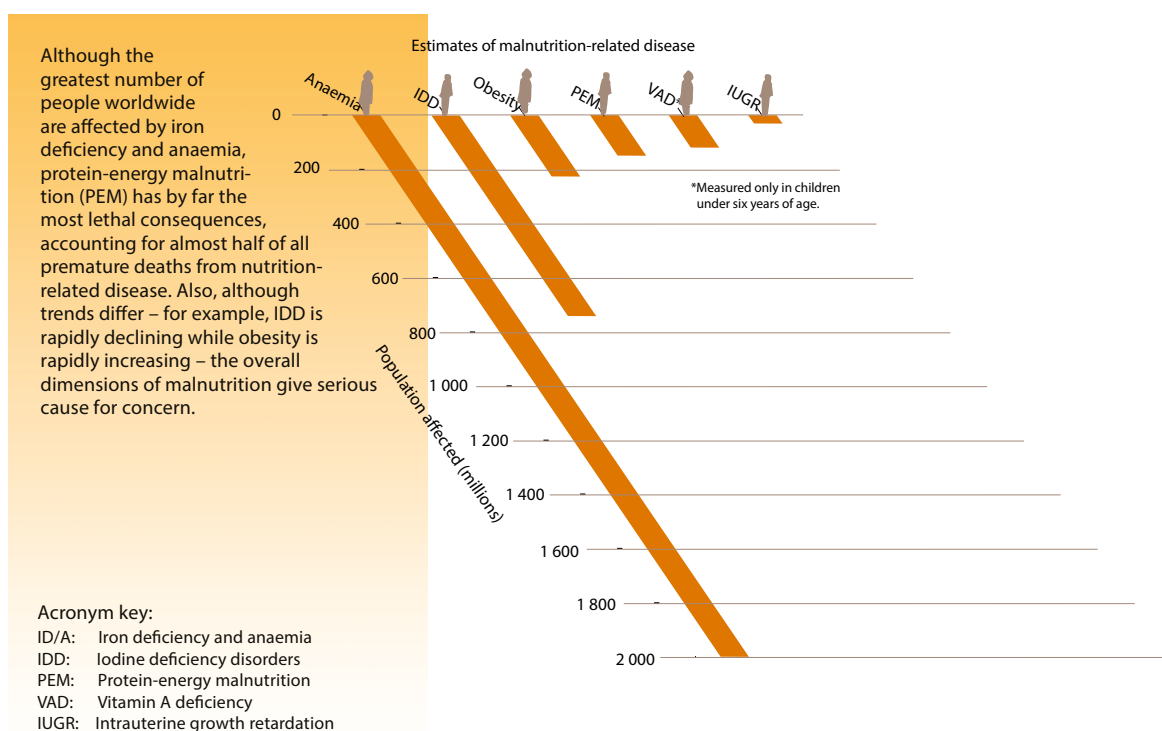
A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 24.8 por cento da população mundial sofre de carência de ferro (OMS 2008).

CARÊNCIA DE IODO

Quase dois mil milhões de pessoas em todo o mundo padecem de carência de iodo, de acordo com a OMS. Ela manifesta-se mais frequentemente sob a forma de deficiência mental, e estima-se que para cerca de 15.8 por cento da população em geral, a carência de iodo resulta em bócio. (OMS, 2004).

Iodo

A carência de iodo tem igualmente um forte impacto negativo sobre o crescimento e o desenvolvimento e a saúde precária dos adultos. A carência de iodo pode igualmente causar bócio e problemas cerebrais nos recém-nascidos debilitando ainda mais a população.



(Do original) Fonte: OMS, 2000.

A “transição nutricional”

Em locais onde os alimentos são mais abundantes e há maior variedade de escolha, a falta de consciência pode conduzir à desnutrição. As pessoas precisam de conhecer as necessidades do seu corpo, quais são os alimentos que as podem colmatar e em que proporções; devem igualmente estar conscientes do impacto para a sua saúde de um regime alimentar desequilibrado.

Nalguns países, à medida que as economias vão crescendo e as urbanizações aumentando, os estilos de vida estão a mudar. Estes países estão a experimentar uma “transição nutricional”, afastando-se dos regimes alimentares tradicionais para regimes que podem ser mais variados mas que por outro lado contém mais alimentos processados, mais produtos animais, mais açúcar e gorduras e possivelmente mais álcool.

- Os países em transição nutricional apresentam um risco mais elevado de terem doenças relacionadas com a nutrição.
- Alguns setores da população podem sofrer de doenças relacionadas com a desnutrição como as ocasionadas pela carência de ferro ou de iodo.
- Outros setores da população podem ter experimentado uma rápida e radical alteração dos regimes alimentares tradicionais para outros ricos em gorduras, acompanhada por uma redução na prática de atividade física. Isto resultará provavelmente em excesso de peso ou obesidade e consequentemente em maiores riscos de pressão elevada e doenças como a diabetes Tipo 2.
- Nestes países alguns trabalhadores podem estar sub-nutridos e sub-produtivos ao passo que outros morrem antes do final da sua vida ativa devido a doenças relacionadas com a obesidade.

Obesidade

Nos países industrializados, as pessoas estão normalmente conscientes dos problemas que um regime alimentar pobre pode originar, mas devido ao estilo de vida que escolheram, acabam por não comer saudavelmente. A escolha dos alimentos torna-se uma questão de conveniência, de hábito, de moda, e nalguns casos de rendimento: os alimentos de baixo teor nutricional são geralmente mais baratos do que os alimentos saudáveis. A combinação de regimes alimentares ricos em açúcar, gorduras e pobres em fibras conhecidos como regimes densos energéticos, aliados a um estilo de vida inativo (ou sedentário) resultou numa população em crescente excesso de peso nos países industrializados e nos países com economias em transição. As consequências negativas para a saúde e o trabalho são imensas e com previsões de que venham a aumentar.

Estar com excesso de peso ou obeso pode conduzir a um número de doenças com um sério impacto na saúde das pessoas, na sua capacidade de trabalho e nos sistemas nacionais de saúde.

OBESIDADE

De acordo com a OMS:

- mais de 1.6 mil milhões de adultos tinham excesso de peso em 2005;
- 400 milhões desses eram obesos (i.e. com um excesso de peso extremo);
- noventa por cento das pessoas com diabetes tem diabetes Tipo 2, estreitamente relacionados com excesso de peso e inatividade física;
- O número de pessoas com diabetes em 2009 era de 220 milhões;
- vinte e nove por cento das mortes a nível mundial em 2004 foram devidas a doenças cardiovasculares, por outras palavras, 17.1 milhões de mortes;
- oitenta e dois por cento dessas mortes ocorreram em países em desenvolvimento e de rendimentos baixos e médios;
- mais de um milhão de pessoas morreram de diabetes em 2005;
- oitenta por cento dessas mortes ocorreram em países em desenvolvimento e de rendimentos baixos e médios.

Fonte: Folhas Informativas da OMS: "Obesidade e excesso de peso", 2006; "Diabetes", 2009; "Doenças Cardiovasculares", 2009.

- A diabetes Tipo 2 é um sério problema relacionado com a obesidade. De acordo com a OMS, os países com um maior número de diabetes são a Índia, a China, os EUA, a Indonésia, o Japão, o Paquistão, a Rússia, o Brasil, a Itália e o Bangladesh.
- As doenças coronárias estão igualmente fortemente associadas com o excesso de peso e um regime alimentar pobre.
- O Cancro está igualmente relacionado com o regime alimentar. A OMS sugere que os fatores alimentares contribuem em cerca de 30 por cento de todos os cancros nos países industrializados e até 20 por cento nos países em desenvolvimento. Em todos os países o tabaco é o principal fator contributivo para o cancro.

Nutrição e produtividade no trabalho

As consequências para a saúde de uma alimentação desequilibrada variam consideravelmente, dependendo do facto de as pessoas comerem demasiado, muito pouco ou ingerirem as proporções erradas de macro e micronutrientes: todas estas hipóteses têm impacto no trabalho. A deterioração relacionada com o regime alimentar e os problemas de saúde afetam as vidas dos trabalhadores, os empregadores assistem à diminuição da produtividade, e os governos e a sociedade enfrentam despesas com os cuidados de saúde mais elevadas e menores retornos económicos.

A imagem seguinte mostra como isto se processa:



Fonte: baseado no diagrama da OMS, 2000

Uma alimentação inadequada pode conduzir a um aumento dos riscos psicossociais, tais como o stresse ou a violência. Por exemplo, o cansaço devido à falta de ferro pode tornar as pessoas irritáveis. O sistema de defesas do organismo (ou sistema imunitário) padece de doenças relacionadas com a nutrição. Se as pessoas adoecerem a ponto de não poderem trabalhar podem perder os seus empregos.

A carência de ferro e a anemia podem ter um severo impacto na saúde e na produtividade laboral. A falta de ferro significa que menos oxigénio é transportado no organismo e consequentemente menos energia é produzida. Os suplementos de ferro (por

exemplo fornecidos com refeições equilibradas no local de trabalho) podem ajudar a reduzir a fadiga e a aumentar a produtividade.

Comer em excesso traduz-se num aumento de despesas para os indivíduos e os empregadores. Os custos resultam das doenças relacionadas com o excesso de peso como a diabetes e doenças coronárias.

ALIMENTAÇÃO

Os resultados de um estudo a camponeses que cultivam cereais na Etiópia demonstraram que a alimentação afeta a produtividade na agricultura. Demonstraram ainda uma ampla margem de manobra para a melhoria da produtividade através de uma melhor alimentação.

Fonte: Croppenstedt; Muller, 2000.

DIABETES

Nos EUA, o custo total estimado da diabetes em 2007 era de 174 mil milhões de dólares, incluindo 116 mil milhões em despesas médicas excedentes e 58 mil milhões na redução da produtividade nacional.

Os custos indiretos incluem: aumento do absentismo (2.6 mil milhões) e redução da produtividade no trabalho (20.0 mil milhões) para a população economicamente ativa que estava empregada nesse momento, redução da produtividade para os que não estavam a trabalhar (0.8 mil milhões), desemprego por incapacidade resultante de doença (7.9 mil milhões), e perda da capacidade produtiva em resultado de mortalidade precoce (26.9 mil milhões).

Fonte: American Diabetes Association, 2008.

Há uma forma de sair desta espiral negativa. Mudanças nos estilos de vida, tais como melhorar os hábitos alimentares e de exercício físico bem como reduzir o consumo de álcool e tabaco podem conduzir a uma diminuição do risco de doenças coronárias e diabetes Tipo 2 bem como a um aumento da produtividade.



Os benefícios são imensos para todos os envolvidos. Para os trabalhadores, melhor saúde significa melhor qualidade de vida e menor gasto com medicamentos. Para os empregadores, significa maior produtividade e menos absentismo. Se os empregadores assegurarem alguns custos de saúde, estes também são reduzidos. Para os governos, há menos encargos com o sistema nacional de saúde e a economia nacional terá uma maior produtividade.

DIETA E EXERCÍCIO

- Num estudo realizado ao longo de quatro anos na Finlândia verificou-se uma diminuição em cerca de 58 por cento dos casos de diabetes em consequência da melhoria dos hábitos de vida (comer menos gorduras e mais fibras aliado à prática de exercício físico), Tuomilehto *et al.*, 2001
- A OMS estima que:
 - 80 por cento dos casos de doenças cardíacas;
 - 90 por cento de diabetes Tipo 2;
 - 33 por cento dos cancros podiam ser prevenidos com um melhor regime alimentar e exercício (OMS, 2003).
- Pode ser alcançado um aumento de 20% na produtividade nacional reduzindo a deficiência de ferro (OMS, 2008).
- Num cálculo estimativo conservador considerou-se que a desnutrição representa uma redução de 3 por cento do PIB potencial dos países. Quando a desnutrição se verifica nas primeiras fases da vida é expectável que o custo do PIB perdido seja maior (Haddad, 2002).



DIETA

- Nutricionalmente adequada
- Variada
- Hipocalórica
- Ajustada às atuais recomendações alimentares
- Proporciona sensação de saciedade
- Pode ser seguida por tempo suficiente para garantir a perda de peso
- Acessível
- Flexível e adaptável a necessidades específicas
- Ensina novos hábitos alimentares e facilita a sua adopção para o controle de peso a longo prazo



EXERCÍCIO

- Adequado à pessoa
- Ensina hábitos de exercício duradouros
- Cómodo e divertido
- Permite a participação durante todo o ano
- Acessível



MODIFICAÇÃO DO COMPORTAMENTO

- Ensina novos hábitos e estratégias de controlo de peso
- Promove o apoio social
- Recompensa
- Ensina a enfrentar desafios e dificuldades

Fonte: ILO Encyclopedia of Occupational Safety and Health, 1998

4. A gestão da alimentação no trabalho

O que pode ser feito?

Considerando que toda a gente beneficia das melhorias na alimentação dos trabalhadores, faz sentido que todos contribuam para elas. Após ter analisado uma alimentação inadequada e o seu impacto no local de trabalho, o texto seguinte contém sugestões sobre medidas que podem ser adotadas por governos, empregadores e trabalhadores e os seus representantes para melhorar a alimentação no local de trabalho.

Governos

Os governos definem o enquadramento da política nacional para a gestão da alimentação no trabalho. Um governo que transmite uma mensagem sólida, através das suas disposições sobre cuidados de saúde e atividades de promoção da saúde pode criar um ambiente favorável a uma alteração comportamental positiva.

Os governos podem desenvolver políticas para incentivar a melhoria da alimentação nos locais de trabalho; podem incluir os locais de trabalho e as escolas nas prioridades de distribuição de suplementos alimentares para garantir um alcance mais vasto da população; podem providenciar subsídios para iniciativas de alimentação no local de trabalho e podem igualmente regulamentar a rotulagem dos alimentos no sentido de garantir que seja disponibilizada informação nutricional correcta, rigorosa e abrangente. O número de pessoas abrangidas por estas medidas pode ser considerável e as vantagens para a saúde dos trabalhadores reflectem-se em vantagens para a economia face ao consequente aumento da produtividade. Os Governos podem ainda promover iniciativas como os sistemas de *vouchers*/senhas, os quais são analisados mais à frente.

O papel do Governo

Nos Estados Unidos em 2009, estimou-se que se os cuidados médicos disponibilizassem aconselhamento nutricional e terapia dirigidos a doentes com diabetes e doenças cardiovasculares, poderia haver uma poupança estimada em 200 milhões de dólares em três anos.

Fonte: The Lewin Group, 2004.

Empregadores

Os empregadores estão numa posição chave para poder influenciar a alimentação no local de trabalho. Utilizando uma política de Saúde e Segurança no Trabalho integrada que cubra os elementos básicos comuns a todas as áreas da promoção da saúde, os empregadores podem criar um enquadramento para a empresa que incentive a alimentação saudável, a saúde dos trabalhadores e um negócio saudável.

Nalguns casos, os empregadores podem ainda contribuir para o fornecimento de alimentação no local de trabalho. Ao disponibilizarem comida nas suas instalações, os empregadores podem incentivar os trabalhadores a comerem bem, contribuindo dessa forma para a sua saúde e produtividade.

Os empregadores podem implementar soluções de baixo-custo, tais como suplementos alimentares ou disponibilizarem comida saudável nas suas instalações recolhendo depois os benefícios no aumento da produtividade.

A disponibilização de comida no ambiente de trabalho pode ter várias vantagens:

- poupa tempo uma vez que os trabalhadores não precisam de sair das instalações para comer;
- melhora a saúde dos trabalhadores na medida em que o empregador pode escolher o fornecimento do tipo de alimentação mais adequado aos trabalhadores ;
- torna a empresa um local de trabalho mais atrativo o que pode reduzir a rotatividade do pessoal,
- pode beneficiar igualmente a saúde da comunidade.

Sindicatos

Os trabalhadores com conhecimentos ao nível dos valores nutricionais estão em condições de mudarem os seus hábitos alimentares e viverem vidas mais longas, saudáveis e felizes. Considerando que os trabalhadores passam dois terços das suas vidas no local de trabalho onde poderão não ter grandes opções alimentares, incentivar essas mudanças faz todo o sentido para as pessoas envolvidas.

A consulta e a participação dos trabalhadores no desenvolvimento e execução de políticas de SST através dos representantes dos trabalhadores contribui igualmente para uma melhor implementação das medidas de promoção da saúde, devendo ainda ajudar a garantir a alimentação adequada dos trabalhadores.

O papel de aconselhamento dos sindicatos assume particular importância no que diz respeito à alimentação mas também a fatores psicosociais. A alteração de comportamentos começa com a consciencialização da necessidade de mudança, dos benefícios a ela inerentes para todos e da viabilidade da sua implementação ao nível organizacional e individual.

Os sindicatos podem desempenhar um papel vital nessa consciencialização, especialmente se o fizerem em colaboração com os empregadores. Podem ainda assumir um papel chave ao nível da educação, formação e informação sobre questões relacionadas com a alimentação no trabalho: estarão a cuidar da saúde dos seus membros.

Trabalhando em conjunto

Os trabalhadores e os seus representantes devem ser sempre envolvidos na conceção e implementação das políticas, por exemplo desenvolvendo, executando e avaliando uma estratégia de fornecimento de alimentos. Trabalhando em conjunto com os empregadores podem ser desenvolvidas as seguintes iniciativas:

- Implementar melhorias nas cantinas;
- instalar uma cozinha;
- mudar as modalidades de fornecimento *ad hoc* de produtos alimentares existentes no local de trabalho;
- negociar com vendedores ambulantes;
- transitar para um sistema de *vouchers*;

Na próxima seção deste capítulo são apresentados exemplos de estudos de caso de iniciativas de empregadores e de trabalhadores para melhorar a alimentação no trabalho.

5. Boas práticas

Fornecimento de alimentos para uma boa nutrição

As empresas podem complementar o seu quadro de políticas com medidas relativas ao fornecimento de alimentos aos trabalhadores que podem variar desde a previsão de pausas para os trabalhadores poderem ter acesso a comida ou a serviços completos de cantina (tipo restaurante) com enfoque na comida saudável.

Estudo de caso: Finlândia

Mudar o que as pessoas comem no trabalho pode ser uma parte essencial da alteração dos hábitos alimentares em toda a comunidade. Na Finlândia, através da utilização de estratégias abrangentes e baseadas na comunidade tem sido possível alterar os hábitos alimentares das pessoas e consequentemente reduzir as doenças cardíacas. No início da década de 1970, a Finlândia apresentava taxas de mortalidade por doenças cardíacas particularmente elevadas, sendo que as taxas de mortalidade masculina eram as maiores do mundo.

Após uma série de campanhas de sensibilização, gradualmente, cada vez mais parceiros da comunidade, como locais de trabalho, escolas, e serviços de saúde começaram a reagir. Lançaram campanhas de informação e educação e introduziram opções de alimentação saudável. Acompanhando o crescimento do interesse público, os setores da agricultura e da indústria alimentar desenvolveram produtos alimentares saudáveis e com baixo teor de gordura e promoveram a sua comercialização. Neste contexto, foram introduzidas políticas e legislação relativas, por exemplo, à correta rotulagem dos produtos alimentares no que diz respeito ao teor de sal e gorduras.

Um estudo sobre as alterações no consumo de bens alimentares na Finlândia demonstrou uma redução de 75 por cento no número de mortes por doenças cardíacas da população masculina em idade ativa.

Fonte: Puska, 2003.

Em muitas empresas as pausas no trabalho podem ajudar a determinar qual é o tipo de solução alimentar mais apropriada. Quando as pausas são muito curtas isso pode significar que os trabalhadores não conseguem descansar, comer e recuperar energia suficiente para o período de trabalho seguinte. Para manter a duração das pausas de acordo com os requisitos mínimos e ainda assim permitir que os trabalhadores disponham de tempo para descansar, pode ser útil considerar a instalação de algum tipo de fornecimento de bens alimentares no local de trabalho. Isto é especialmente relevante para as empresas localizadas longe de qualquer fonte de abastecimento de bens alimentares, tais como sítios remotos longe das cidades. Pode ser igualmente verdade

para empresas localizadas em parques industriais ou em zonas francas industriais de exportação nos arredores das cidades, onde os trabalhadores teriam de percorrer uma distância considerável para adquirir bens alimentares. Há uma série de diferentes opções para o fornecimento de alimentos e de boa nutrição como por exemplo: cantinas, salas de refeições ou cozinhas, lanches nas reuniões e máquinas de venda de produtos, vendedores ambulantes e sistemas de cheques-refeição.

Cantinas (cafetarias)

Uma cantina é um local nas instalações da empresa onde as refeições são preparadas e vendidas. Pode ser construída de raiz com o equipamento necessário já instalado: nesse caso, o pessoal é contratado pela empresa para preparar e servir as refeições bem como para assegurar a manutenção das instalações.

Em alternativa, pode ser contratado um fornecedor externo para fornecer os serviços localmente.

As vantagens de uma cantina são:

- os trabalhadores poupam tempo comendo no local de trabalho;
- é oferecida oportunidade aos trabalhadores de comer de forma saudável e regular;
- o empregador pode subsidiar a alimentação .
- Subsidiar refeições tem uma série de vantagens:
- a alimentação fornecida aos trabalhadores pode ser mais saudável e segura do que aquela disponibilizada fora do local de trabalho;
- para o empregador, trata-se de um benefício social que pode ser considerado como um incentivo para o emprego e que pode melhorar a imagem corporativa da empresa e a sua base de recrutamento.

Uma opção para empresas pequenas pode ser a instalação de uma cantina conjunta. Numa ótica de economia de escala, várias empresas situadas no mesmo parque industrial ou edifício podem usufruir das vantagens de uma cantina sem terem de enfrentar custos elevados.

As cantinas têm a vantagem de permitir escolher a qualidade da alimentação disponibilizada podendo assim ser promovidas opções saudáveis. Uma alimentação saudável pode significar simplesmente ter comida suficiente e consumir as quantidades adequadas de micronutrientes, nalguns casos através de suplementos alimentares ou noutros casos limitando o consumo de alimentos ricos em gorduras e açúcares nos casos em que se tenha um estilo de vida sedentário .

Estudo de caso: Uma cantina na África Ocidental	
Tipo de empresa:	Fábrica pública de ferramentas de metal
Número de trabalhadores:	180 (149 homens, 31 mulheres)
Solução para a alimentação:	Uma cantina com descontos gerida por um comité sindical e responsável perante o sindicato.
Duração da pausa:	Aproximadamente uma hora
Descrição da cantina:	• serve pequeno-almoço, almoço e jantar para o turno da noite; • emprega oito trabalhadores; • cerca de metade dos trabalhadores utilizam-na; • localizada aproximadamente a 20-150 metros da maioria dos postos de trabalho
Alimentação fornecida:	Comida tradicional local: • cereais - trigo, cevada, milho; • legumes - feijão, ervilhas, lentilhas, grão; • ocasionalmente guisados de carne de vaca ou de cordeiro com ou sem pimenta; • vegetais - normalmente batatas, tomates, couves, cebolas e alho.
Custo das refeições:	Aproximadamente 0.23 dólares americanos – cerca de 50 por cento mais barato do que nos estabelecimentos locais (a cantina opera com uma margem de lucro reduzido, apenas o suficiente para cobrir os salários dos seus 8 trabalhadores).
Outros benefícios relacionados com a alimentação / saúde:	Os trabalhadores recebem meio litro de leite ou o valor equivalente em dinheiro.
Benefícios:	O fornecimento de refeições subsidiadas no local de trabalho permite aos trabalhadores terem acesso a pelo menos uma refeição por dia. Auferindo salários que apenas cobrem o custo de vida básico os trabalhadores tendem a poupar na alimentação para cobrir outras despesas. Como podemos verificar no testemunho de um trabalhador: <i>“Eu poupo bastante dinheiro por mês ao almoçar na cantina e utilizo-o para pagar as faturas de eletricidade e água.”</i>

Fonte: baseado em Wanjek, 2005.

Salas de refeições ou cozinhas

Outra opção para as pequenas e médias empresas é uma sala de refeições ou uma cozinha. Dependendo dos recursos e das necessidades, uma cozinha pode ser básica ou mais completa: muitas das opções adicionais podem ser fornecidas pelo empregador ou pelos próprios trabalhadores; a limpeza da cozinha, por exemplo, pode ser efetuada pelos trabalhadores por turnos ou ser da responsabilidade da empresa. Os móveis e aparelhos de cozinha podem ser em segunda mão provenientes das casas dos trabalhadores ou comprados pelas empresas se tiverem disponibilidade para efetuar esse investimento.

Ter uma sala de refeições apresenta várias vantagens:

- os trabalhadores permanecem nas instalações, o que lhes deixa mais tempo para relaxar durante a pausa;
- possibilita opções de baixo custo aos empregadores ou aos representantes dos trabalhadores para incentivarem uma alimentação saudável, como por exemplo a disponibilização de fruta fresca ou aperitivos nutritivos;
- a sala de refeições pode ser o ponto focal para informação e formação sobre nutrição, contribuindo igualmente para melhorar a saúde da comunidade.

No entanto, a existência de uma sala de refeições não garante necessariamente que os trabalhadores comem saudavelmente; a comida que trazem de casa ou que compram no caminho para o trabalho pode não representar uma dieta equilibrada: neste caso deve-se enfatizar a informação e a educação.

O que é necessário para uma cozinha?	
BÁSICA:	• uma divisão com água corrente afastada dos postos de trabalho das pessoas; • os trabalhadores comem o que trouxeram com eles.
CLÁSSICA:	• mobilada; • equipada com aparelhos de cozinha (frigorífico, microondas); • serviço de limpeza.
DE LUXO:	• disponibilização de alimentos como fruta, chá ou leite; • convite a um fornecedor local de comida para trazer refeições pré-preparadas para venda na copa.

Ter uma sala de refeições apresenta várias vantagens:

- os trabalhadores permanecem nas instalações, o que lhes deixa mais tempo para relaxar durante a pausa;
- possibilita opções de baixo custo aos empregadores ou aos representantes dos trabalhadores para incentivarem uma alimentação saudável, como por exemplo a disponibilização de fruta fresca ou aperitivos nutritivos;

- a sala de refeições pode ser o ponto central para informação e formação sobre nutrição, contribuindo igualmente para melhorar a saúde da comunidade.

No entanto, a existência de uma sala de refeições não garante necessariamente que os trabalhadores comem saudavelmente; a comida que trazem de casa ou que compram no caminho para o trabalho pode não representar uma dieta equilibrada: neste caso deve-se enfatizar a informação e a educação.

Estudo de caso: Uma sala de refeições na América do Norte	
Tipo de empresa:	Uma empresa de eletrónica com quatro filiais separadas.
Número de trabalhadores:	158 no seu conjunto.
Solução para a alimentação:	Em cada filial há uma copa equipada com mesas, cadeiras, microondas, frigorífico e banca para lavar louça.
Duração da pausa:	Meia hora.
Descrição da cantina:	• A sala maior está ligada a uma área recreativa com uma mesa de ping pong, uma mesa de bilhar e um ginásio; • a limpeza é assegurada regularmente por um serviço especializado; • localizada nas instalações.
Alimentação fornecida:	• A maioria dos trabalhadores traz as suas marmitas ou compram as suas refeições às carrinhas de venda de comida que visitam a empresa durante as pausas; • as carrinhas disponibilizam opções saudáveis como por exemplo frango com arroz, burritos de vegetais, fruta, iogurtes e sanduiches de peru e atum, para as quais há muita procura na empresa.
Custo das refeições:	• Preços razoáveis em relação aos salários.

Estudo de caso: Uma sala de refeições na América do Norte

Outros benefícios relacionados com a alimentação / saúde:

Um programa de bem-estar para proporcionar uma atmosfera favorável à mudança de comportamentos:

- atividades de educação alimentar nas salas de refeições;
- um programa para incentivar os trabalhadores a comer frutas variadas e vegetais, incluindo a oferta de fruta todas as segundas-feiras de manhã para todos os participantes, juntamente com um sorteio semanal de um vale no valor de 25 dólares a descontar em estabelecimentos locais de comida saudável para os participantes que preencham os seus diários alimentares.
- a empresa emprega um “Coordenador de bem estar”;
- Salas de refeições agradáveis incentivam os trabalhadores a comer lá o que tende a ser mais saudável do que frequentar os restaurantes da zona. A conveniência é igualmente um fator a ter em conta considerando que os trabalhadores apenas dispõem de 30 minutos para almoçar.

Fonte: baseado em Wanjek, 2005.

Lanches durante as reuniões e máquinas de venda de produtos

Há uma variedade de outras formas em que o local de trabalho pode influenciar os hábitos alimentares das pessoas, como por exemplo, lanches disponibilizados nas reuniões, ou máquinas de venda de produtos; são ambas formas de disponibilizar alimentos aos trabalhadores a custo reduzidos. Já que se está a ter em atenção a saúde e uma alimentação saudável, faz sentido garantir que os lanches e a comida disponibilizada nas máquinas correspondam às necessidades nutricionais dos trabalhadores.

Nalguns casos isto significa substituir os refrigerantes com elevado teor de açúcar por água ou sumos de fruta, e servir nas reuniões lanches ricos em cereais em vez de bolachas confeccionadas à base de farinha branca refinada e contendo um elevado teor de açúcar. No final deste capítulo encontra uma lista de substitutos saudáveis para os lanches no trabalho.

As máquinas de venda de produtos não têm necessariamente de conter produtos com elevado teor de açúcar ou gorduras uma vez que os alimentos saudáveis também apresentam uma extensa durabilidade na montra. As máquinas de venda de produtos podem disponibilizar igualmente sopas quentes e têm capacidade para manter os alimen-

tos quentes durante horas, aumentando a conveniência e a disponibilidade de refeições quentes, o que é particularmente útil para os trabalhadores por turnos. Uma vez que não há necessidade de pessoal, o serviço de refeições nestas máquinas representa um custo menos elevado do que as refeições servidas nas cantinas.

As empresas que não podem suportar o custo de uma cantina podem optar por uma máquina de venda de produtos como um dos principais mecanismos para fornecimento de refeições.

Combinando com outras medidas, como a educação, informação e a promoção da saúde, a alteração no fornecimento *ad hoc* de bens alimentares pode ser uma maneira útil de promover uma boa alimentação e incentivar os trabalhadores a mudarem os seus hábitos alimentares.

Vendedores ambulantes

O contributo de muitos locais de trabalho para a nutrição dos seus trabalhadores consiste em proporcionar acesso às suas instalações a vendedores ambulantes de alimentos. Um vendedor de sanduíches pode ser autorizado a entrar nas instalações da empresa para vender comida ou, em alternativa, o empregador pode negociar o fornecimento de água ou eletricidade a vendedores de rua para garantir que as normas sanitárias e de segurança alimentar são cumpridas e que os seus trabalhadores não serão vítimas de intoxicação alimentar.

Ao negociar com os vendedores ambulantes é possível garantir não só que os alimentos disponibilizados se encontram nas melhores condições de higiene e segurança alimentar no curto prazo, mas também que serão saudáveis a longo prazo quer em termos do conteúdo adequado de micronutrientes quer da adequada energia fornecida.

Estudo de caso: Mercados de agricultores na América do Norte

Tipo de empresa:	Organização de prestação de cuidados médicos
Número de trabalhadores:	Mais de 54.300
Solução para a alimentação:	Instalar mercados agrícolas no exterior de três das suas instalações.
Duração da pausa:	Meia hora.

Estudo de caso: Mercados de agricultores na América do Norte

Descrição da cantina:	● Os agricultores locais montam as suas bancas em frente das instalações da organização todas as sextas-feiras; ● suficientemente pequenos para caberem no espaço disponível na entrada das instalações (passeio, estacionamento de automóveis). ● convenientemente localizado perto das instalações. ● de acordo com as estimativas, cerca de dois terços do pessoal utiliza o mercado. ● a população local também utiliza o mercado
Alimentação fornecida:	Frutas locais, vegetais, pães e flores que são frequentemente mais frescos do que os produtos do supermercado
Custo das refeições:	Preços razoáveis em relação aos salários.
Outros benefícios relacionados com a alimentação / saúde:	A organização leva a cabo várias atividades de promoção da saúde: ● Estão a ser envidados esforços concertados no sentido da redução ou substituição de alimentos não saudáveis nas reuniões do pessoal, trabalhando com fornecedores locais e respeitando os desejos dos trabalhadores. ● Algumas cantinas estão a introduzir opções saudáveis rotulando-as como tal; algumas afixam o conteúdo calórico das refeições e outras reduzem o tamanho das doses; ● A organização pôs em prática um programa de atividade física e controlo de peso.
Benefícios:	● Melhoria do acesso a frutas e vegetais frescos para os trabalhadores e locais; ● Em combinação com as outras atividades de promoção da saúde a utilização do mercado é elevada. ● Custo mínimo para a organização

Fonte: baseado em Wanjek, 2005

Senhas-refeição

Os empregadores podem considerar a opção das senhas-refeição: neste sistema, os empregadores distribuem pelos trabalhadores senhas que lhes dão direito a adquirir alimentos até determinado valor em determinados fornecedores. A vantagem para o empregador é que determinado montante em dinheiro será destinado à alimentação e potencialmente à melhoria da saúde. Para o trabalhador a vantagem traduz-se em que a senha é um complemento ao seu salário. Estas senhas refeição são igualmente vantajosas para os restaurantes locais participantes na medida em que lhes fornecem uma base de clientes quase garantida, incentivando a criação de novas empresas. Podem igualmente estabilizar os preços das refeições devido à concorrência entre restaurantes rivais, frequentemente focada no valor das senhas.

Senhas-refeição na América Latina	
Número de trabalhadores:	Cerca de 30 por cento dos 30 milhões de trabalhadores no setor formal
Solução para a alimentação:	Sistema de senhas-refeição gerido pelo governo.
Descrição das senhas refeição:	• As senhas refeição são distribuídas em primeiro lugar aos trabalhadores com os salários mais baixos em empresas que têm um orçamento limitado; • maioritariamente são em papel mas a utilização dos cartões magnéticos está a crescer; • integram frequentemente os acordos coletivos de negociação; • são aceites mais de 200,000 restaurantes e lojas de produtos alimentares.
Alimentação fornecida:	• Cada senha refeição deve corresponder pelo menos a 1.400 kilocalorias para a maior parte das profissões. • 1.200 kilocalorias no caso de empregos que não implicam um grande esforço físico; • 300 kilocalorias para o pequeno almoço; • a qualidade e a quantidade de proteínas deve ser pelo menos equivalente ao de um prato de arroz e feijão; • as lojas de produtos alimentares devem oferecer refeições prontas a comer respeitando as normas de higiene alimentar definidas pelo departamento de saúde.
Custo das refeições:	A contribuição dos trabalhadores não pode exceder 20 por cento do valor facial da senha.

Senhas-refeição na América Latina

Outros benefícios relacionados com a alimentação / saúde:	O programa de senhas integra o Programa de Alimentação dos Trabalhadores (PAT) estabelecido em 1976 com o objetivo principal de fornecer alimentos a trabalhadores com baixos salários, aqueles que auferiam até 5 vezes o salário mínimo. Atualmente o programa atinge 40 por cento mais empresas do que no seu primeiro ano testemunhando o seu sucesso.
Benefícios:	• Mais de 60 por cento dos trabalhadores que participa no PAT auferem um salário inferior a cinco vezes o salário mínimo, a meta de rendimentos visada pelo governo; • o número de restaurantes no país cresceu de 320.000 nos anos de 1980 para 756.000 em 1997.

Fonte: baseado em Wanjek, 2005.

Na maior parte destes sistemas, os restaurantes não estão autorizados a dar troco pelos cheques pelo que os trabalhadores são incentivados a consumir no valor total do cheque, ou estes podem especificar um determinado montante calórico que tem de ser atingido. A atribuição aos trabalhadores de senhas que apenas são válidas para refeições em vez de dinheiro garante igualmente que os salários ganhos arduamente são gastos em comida de qualidade o que se traduz em benefícios para a saúde. Nalguns casos, os cheques são válidos igualmente em lojas onde podem ser adquiridos produtos alimentares de qualidade, em benefício da saúde da comunidade. Bebidas alcoólicas e tabaco devem ser excluídos destes sistemas de senhas.

Estilo de vida pessoal

Embora os empregadores e os sindicatos precisem de criar o quadro correto do que está disponível em termos de nutrição, a longo prazo a decisão de comer saudavelmente ou não pertence sempre ao indivíduo. Antes de mais as pessoas precisam de saber o que constitui uma dieta saudável. O Anexo I inclui pirâmides alimentares de diferentes regiões do mundo, refletindo preferências culturais na comida mas respeitando as necessidades nutricionais de todos os seres humanos.

6. Inter-relações

Ligações com fatores psicosociais

Os riscos psicosociais raramente ocorrem isoladamente. Na realidade, comportamentos de risco como fumar, beber, comer comida de plástico e a falta de exercício tendem a conjugar-se, daí que mudanças no local de trabalho para reduzir qualquer um destes comportamentos (ou idealmente todos de uma vez) poderiam reduzir a sua ocorrência e melhorar consideravelmente a saúde e a produtividade da população ativa.

Alimentação e stresse

Quando as pessoas estão sob o efeito do stresse, alimentam-se de forma diferente. O que comemos e com que frequência parece ser afetada pelo estado emocional. Algumas pessoas tendem a consumir comida saudável quando estão a passar por emoções positivas e a preferir comida de plástico em momentos de emoções negativas. Algumas pessoas quando estão furiosas comem impulsivamente e consequentemente fazem-no de forma rápida, irregular e descuidada. A comida disponível a qualquer hora (em vez de no horário normal das refeições), e que ser consumida rapidamente tende a ser a comida de plástico. No entanto quando as pessoas se sentem felizes, comem frequentemente com prazer, o que pode na verdade incluir quer alimentos com alto teor de gordura quer alimentos consumidos pelo seu valor para a saúde.

Alimentação e álcool e drogas

A ingestão de bebidas alcoólicas aumenta o apetite. Normalmente, o seu consumo excessivo é acompanhado pela necessidade de comer comida de plástico para saciar a fome; assim não é apenas a quantidade mas também a qualidade do que comem as pessoas que bebem que se revela problemática. No que respita às outras drogas é sabido que o consumo de marijuana gera uma sensação de fome e a comida ingerida em horários irregulares provavelmente será comida de plástico. Os adictos das drogas duras normalmente têm um peso abaixo do normal, consequência psicológica típica do consumo de drogas bem como o resultado de gastar o dinheiro em drogas em vez de comida.

Num estudo no Reino Unido, os participantes que beberam quatro unidades de álcool comeram 17 por cento mais do que os que não beberam, mas sentiram-se igualmente satisfeitos. Também, não precisaram de consumir mais energia para compensar a energia das bebidas alcoólicas.

Fonte: Caton et al., 2004..

Alimentação e Tabaco

Muitos fumadores, especialmente mulheres, defendem que o tabaco diminui o apetite e as ajuda a perder peso. Há poucas provas que sugiram que fumar reduz a ingestão calórica. Na verdade, não se registam muitas diferenças entre as calorias consumidas pelos fumadores e pelos não fumadores. O que se verifica nos fumadores é a tendência para a ingestão de mais calorias e consequentemente ganharem peso nas primeiras semanas após deixarem de fumar. Esta tendência, no entanto cai caso o hábito de fumar se mantenha. Não obstante alguns fumadores tiram a conclusão errada de que fumar os mantem magros.

Alimentação e VIH e SIDA

Com um vírus como o VIH a afetar o sistema imunitário, uma dieta alimentar melhorada pode retardar a progressão do VIH e da SIDA. As pessoas com o vírus VIH precisam de tomar combinações específicas de suplementos vitamínicos na medida em que o retrovírus e os medicamentos do VIH podem implicar um consumo elevado de determinados nutrientes, especialmente vitamina B, magnésio e zinco.

Alimentação e exercício

É sabido que uma dieta saudável é metade da equação quando se trata de alcançar e manter um peso saudável. Sem o exercício adequado os esforços para gerir a alimentação serão provavelmente infrutíferos. Se uma empresa aborda a alimentação como parte das suas atividades de promoção da saúde, tem necessariamente de incluir o exercício ou outra atividade física para a saúde para boas oportunidades de sucesso.

7. Integração de políticas

Empregadores e trabalhadores atuando em conjunto

Existe uma variedade de soluções para uma boa alimentação dos trabalhadores que frequentemente podem ser mais fáceis de implementar se os empregadores e os representantes dos trabalhadores trabalharem conjuntamente. É necessário desenvolver uma política apropriada, integrada que aborde todas as áreas da promoção da saúde e da segurança e saúde no trabalho utilizando o diálogo social entre a administração e os trabalhadores. Da mesma forma é mais fácil que as decisões sobre a alimentação no local de trabalho satisfaçam as necessidades de todos se forem o resultado do diálogo social. O remanescente desta secção destaca as possíveis soluções de políticas de fornecimento de alimentos que os empregadores e trabalhadores podem implementar em conjunto para promover a alimentação no local de trabalho.

Elementos de política para uma boa alimentação

As questões da alimentação no local de trabalho podem ser abordadas utilizando uma abordagem de avaliação e gestão de riscos. O risco da redução da produtividade devido ao elevado absentismo, à falta de energia durante o trabalho ou a ambos, pode ser gerido por uma combinação de medidas. Para avaliar o risco é necessário um determinado grau de monitorização da situação, incidindo sobre o que os trabalhadores comem e até que ponto os problemas de produtividade que a empresa enfrenta podem ser atribuídos à alimentação dos trabalhadores. Na condução desta avaliação a confidencialidade é obviamente a chave para evitar a discriminação devendo ainda estar ancorada nas políticas da empresa.

Dado que os problemas psicosociais tendem a conjugar-se pode ser difícil analisar a alimentação separadamente como causa da perda de produtividade. A empresa deve desenvolver e implementar um programa de promoção da saúde que incentive os trabalhadores não apenas a melhorarem a sua alimentação, mas também fomente a prática de exercício físico e promova medidas para eliminar ou reduzir o consumo de tabaco e álcool.

Ao incentivar as melhorias na saúde dos trabalhadores a empresa está igualmente a contribuir para a sua responsabilidade social, uma vez que trabalhadores saudáveis equivalem a uma comunidade saudável.

Os meios para atingir esta melhoria na saúde dos trabalhadores devem igualmente estar incorporados na política da empresa:

- A informação, educação e formação contribuem para sensibilizar para a necessidade de atuar e para o que pode ser feito.
- A prestação de assistência ou tratamento pelo médico do trabalho ou através de um sistema de referência a serviços médicos comunitários para pessoas com problemas

de saúde pré-existentes relacionados com a alimentação podem ajudar a melhorar a saúde dos trabalhadores e a reduzir as perdas de produtividade a longo prazo. A questão da confidencialidade surge aqui de novo uma vez que, em qualquer caso, ela deve integrar as políticas da companhia.

- No processo de consulta aos trabalhadores sobre a política é essencial estabelecer que as necessidades das duas partes estão a ser tomadas em consideração e que estão a trabalhar para atingirem os mesmos objetivos. Sem a participação de ambas as partes a probabilidade do programa funcionar é menor.
- A participação dos trabalhadores deve ser contínua para garantir que a política seja implementada suavemente.

Anexo I

Diretrizes para um programa eficaz de redução de peso

Nalgumas partes do mundo, a redução de peso é uma parte importante da melhoria da alimentação. As Diretrizes seguintes foram retiradas da Enciclopédia da OIT sobre Saúde e Segurança no Trabalho e incluem alguns aspetos relevantes sobre como manter uma dieta saudável: por exemplo, reduzir as calorias (seguindo uma dieta hipocalórica) necessita de criar uma sensação de saciedade na pessoa: ela tem de sentir-se saciada, ou então provavelmente desistirá. É igualmente muito importante que uma dieta baixa em calorias forneça o equilíbrio nutricional descrito neste capítulo.

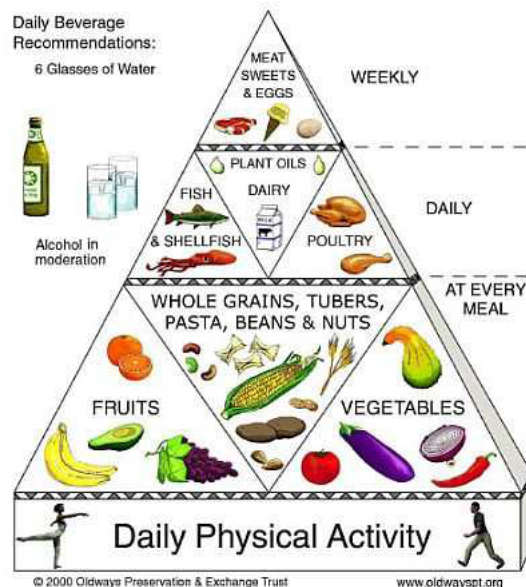
The Traditional Healthy Mediterranean Diet Pyramid



The Traditional Healthy Vegetarian Diet Pyramid



The Traditional Healthy Latin American Diet Pyramid



The Traditional Healthy Asian Diet Pyramid



Anexo II

Ficha técnica dos macronutrientes

Hidratos de carbono:

São a principal fonte de energia na maior parte das dietas

Incluem açúcar (ou hidratos de carbono simples), e **hidratos de carbono complexos** como o arroz, cereais e leguminosas. **Amidos e fibras** são igualmente hidratos de carbono complexos, fundamentais para a digestão e para a absorção lenta do açúcar.

Alimentos ricos em hidratos de carbono:

Tipos de alimentos

Tipos de hidratos de carbono

Açúcar, mel

Hidratos de carbono simples

Arroz, feijões, cereais, batatas

Hidratos de carbono complexos, incluindo...

Algumas frutas, cereais

...amidos e fibras

Proteínas

Necessárias para desenvolver e manter os músculos, ossos, a pele e os órgãos.

As proteínas de alta qualidade encontram-se nos **produtos de origem animal**, especialmente na carne mas também no leite e nos ovos. No entanto os produtos de origem animal podem ocultar outros perigos (p.e. a gordura animal não é tão saudável como a vegetal e os óleos) por isso a chave está no equilíbrio. As **proteínas vegetais** normalmente não são de tão grande qualidade como as proteínas animais por isso as pessoas vegetarianas ou com acesso limitado aos produtos de origem animal têm necessidade de comer mais proteínas do que os carnívoros.

Alimentos ricos em proteínas:

Tipos de alimentos

Tipos de proteínas

Carne, leite, ovos, peixe

Animal de elevada qualidade

Vegetais de folha verde, legumes, em especial a soja

Vegetal de menor qualidade

A água é sempre necessária e essencial à sobrevivência.	A água também é considerada um macronutriente. Encontra-se quer nos alimentos quer nas bebidas. O corpo perde água naturalmente através da respiração, do suor e da urina, por isso necessitamos de beber água para repor o que perdemos.
Gorduras e óleos ou ácidos gordos ajudam a regular a pressão sanguínea, a coagulação do sangue e a inflamação e são necessárias para obter um cabelo e pele saudáveis.	O consumo de alguma gordura é importante para a saúde mas a ingestão de demasiadas gorduras e óleos contribui para ficar com excesso de peso e para doenças cardíacas. Há dois tipos de gorduras: saturadas e não saturadas: as primeiras encontram-se em alimentos com elevado teor de colesterol e as segundas em alimentos marinhos e em muitos óleos vegetais.
Alimentos que contêm diferentes tipos de gorduras:	
Tipos de alimentos	Tipos de gordura
manteiga, queijo, leite gordo, partes da carne de bovino e do porco com gordura, óleo de coco, óleo de palma e de palmito	Saturada: o seu consumo deve ser limitado
Alimentos do mar e óleos vegetais	Não saturadas: sim em pequenas quantidades
Gorduras, doenças cardíacas e enfartes	O consumo de gorduras saturadas deve ser limitado porque aumenta os níveis de colesterol. O colesterol é um tipo de gordura que normalmente se encontra no sangue que é saudável nas quantidades corretas mas em demasia pode tapar as artérias e conduzir a doenças cardíacas e enfartes. As gorduras não saturadas são saudáveis desde que consumidas em pequenas quantidades; incluem: • gorduras polinsaturadas, que reduzem os níveis do colesterol “mau” (LDL) • monoinsaturadas que aumentam os níveis do colesterol “bom”(HDL).

Principais fatores de risco das doenças cardíacas	● Há uma série de causas que aumentam a probabilidade de que alguém venha a ter uma doença cardíaca. ● Alguns fatores de risco podem ser influenciados pela dieta e pelo estilo de vida, incluindo os elevados níveis de colesterol “mau” (LDL), os baixos níveis de colesterol “bom”(HDL) e a pressão alta (hipertensão). ● Outros fatores de risco, como a idade, o sexo e os antecedentes familiares não podem ser alterados mas podem ser geridos através da sensibilização para o risco.
--	---

Fonte: baseado em Wanjek, 2005.

Anexo III

Ficha técnica dos micronutrientes, vitaminas e minerais

Vitaminas	Onde se encontram	Servem para	A sua falta gera
Vitamina A	manteiga, gordura do leite, gema do ovo, algumas frutas (ameixas, ananás, laranja, lima, limão, melão), vegetais de folha verde e cenoura	crescimento, pele, dentes, desenvolvimento dos ossos	cegueira noturna, infecção de partes do olho, cordas vocais, folículos de cabelo, sistema renal
Vitamina B1 (Tiamina)	Grãos inteiros, nozes, gema de ovo, frutas e muitos vegetais	crescimento, apetite, forma como o corpo processa os hidratos de carbono	A deficiência de tiamina é rara embora possa ocorrer no caso dos alcoólicos. Pode causar dificuldades na respiração, perda de agilidade mental e lesões cardíacas
Vitamina B2 (Riboflavina)	figado, carne, aves, ovos, leite e vegetais verdes	crescimento, capacidade das células assimilarem os alimentos, convertê-los em energia e rejeitar os desperdícios	fadiga, crescimento mais lento, problemas digestivos
Vitamina B6 (Niacina)	figado, carne, ovos, leite e vegetais verdes	libertar o corpo de químicos tóxicos e lesivos, melhorar a circulação e reduzir os níveis de colesterol no sangue.	indigestão, fadiga, depressão, dermatite, diarreia, demência e morte
Vitamina B9 (Ácido fólico)	espinafres, vegetais de folha verde-escura, pargos, nabos, beterraba, couves de bruxelas, favas, soja, figado de vitela, levedura de cerveja, vegetais de raiz, grãos inteiros, germen de trigo, trigo, bulgur, feijão comum, branco, lima, mungo, ostras, salmão, sumo de laranja, abacate e leite	essencial ao bom funcionamento do cérebro e para a saúde mental e emocional ajuda na produção do ADN e ARN, a matéria genética do corpo e é particularmente importante durante os períodos de crescimento como a infância, adolescência e a gravidez	A deficiência mais comum de vitamina B; pode gerar problemas de crescimento inflamação da língua, gengivite, perda de apetite, falta de ar ao respirar, diarreia, irritabilidade esquecimento, torpeza mental; o alcoolismo contribui para a deficiência deste importante nutriente

Vitaminas	Onde se encontram	Servem para	A sua falta gera
Vitamina B12 (Cianocobalamina)	Vegetais de folha verde, órgãos de animais, carnes magras e vitela, ovos e cereais de trigo	É especialmente importante para manter as células nervosas saudáveis e ajuda à produção de ADN e ARN, a matéria genética do corpo	Fadiga, falta de ar, diarreia, nervosismo, anemia perniciosa e problemas neurológicos, incluindo dormência e fraqueza
Vitamina C	laranja, feijão verde, melancia, papaia, toranja, melão, morango, kiwi, manga, bróculos, tomates, couve-flor, couve, sumo de citrinos, vegetais verdes crus e cozinhados (nabos verdes, espinafres, pimento vermelho e verde, tomate fresco e enlatado, batatas, abóbora de inverno, framboesas, amoras, mirtilos e ananás	Crescimento e reparação dos tecidos em todas as partes do corpo; cicatrização de feridas; reparação e manutenção da cartilagem, ossos e dentes.	Cabelo seco e frágil; gengivite (inflamação das gengivas) e hemorragias das gengivas; pele seca e descamada; diminuição da taxa de cicatrização, equimoses; hemorragias nasais; enfraquecimento do esmalte dos dentes; inchaço e dores nas articulações; anemia; redução das defesas contra as infeções
Vitamina D	Elabora-se na pele através da exposição solar; encontra-se igualmente no leite, no óleo de fígado de bacalhau, no salmão, nas gemas de ovo e na gordura da manteiga	Desenvolvimento dos ossos e dos dentes	Raquitismo e deterioração dos dentes
Vitamina E	gérmen de trigo, milho, avelãs, sementes, azeitonas, espinafres, espargos e outros vegetais de folha verde, óleos vegetais (milho, girassol, soja e semente de algodão), e produtos derivados tal como a margarina	Cicatrização das feridas	A sua deficiência é extremamente rara
Vitamina K	gorduras, aveias, trigo, centeio, alfafa, couves, couve-flor, espinafres e outros vegetais verdes, cereais, soja e outros vegetais	Coagulação sanguínea	A sua deficiência é muito rara

Minerais	Onde se encontram	Servem para	A sua falta gera
Crómio	carne, avelãs, cogumelos, ameixas, alimentos não refinados, gorduras e óleos vegetais	Manutenção dos níveis normais de açúcar no sangue	Aumento dos níveis de colesterol e do risco de diabetes e doenças cardíacas
Cobre	carne, aves, mariscos, tofu, avelãs e sementes	Produção de glóbulos vermelhos e formação dos tecidos conectores; Defesa contra os radicais livres	Baixa temperatura corporal, fratura óssea e osteoporose, batimentos cardíacos irregulares
Fluor	água (em algumas áreas), mariscos, rins, fígado e outras carnes	Manter a estrutura dentária	Cáries dentárias
Iodo	moluscos, peixes brancos de águas profundas, algas marinhas, alho, lima, feijões, sementes de sésamo, soja, espinafres, acelga, abóbora e grelos frescos	Crescimento e desenvolvimento normal	Baixos níveis de hormonas da tiróide, refletidos em lentidão, aumento de peso e sensibilidade às mudanças de temperatura; Nas crianças fraco crescimento e desenvolvimento mental.
Ferro	fígado e outros órgãos, carne vermelha magra, aves, peixe e molucos (fontes fáceis); outras fontes: feijões secos e ervilhas, legumes, avelãs e sementes, cereais integrais, melão escuro e vegetais verdes se acompanhados por vitamina C para uma adequada absorção de ferro	Oxigenar o organismo	anemia, cujos sintomas mais comuns são a fraqueza e a fadiga
Manganésio	grão e cereais integrais, frutas e vegetais	Ativador de muitas enzimas, é igualmente necessário para o funcionamento normal do cérebro e do sistema nervoso	infertilidade, má formação óssea, fraqueza

Minerais	Onde se encontram	Servem para	A sua falta gera
Selénio	bróculos, frango, pepinos, gema de ovo, alho, fígado, leite, cogumelos, cebola, marisco e atum	Funcionamento adequado do sistema imunológico, e proteção da oxidação dos lípidos das membranas celulares (camada gordurosa das paredes celulares), proteínas, e ácidos	Envelhecimento prematuro (o consumo de tabaco e álcool reduz o nível de selénio)
Zinco	carnes, ostras e outros frutos dos mar, leite e gema de ovo	crescimento; processamento de proteínas, ADN e ARN	Perda de apetite, fraco crescimento, perda de peso, deterioração do paladar ou do olfacto, dificuldade de cicatrização das feridas, anormalidades na pele (tais como o acne, dermatite atópica e psoríase), perda de cabelo, ausência do período menstrual, cegueira nocturna. (o consumo reduzido de zinco é detetado frequentemente nos idosos, alcoólicos, pessoas com anorexia, e indivíduos com dietas restritivas para perda de peso).

Anexo IV

Lista de alimentos saudáveis de substituição

Apresenta-se de seguida uma lista dos tipos de alterações que podem ser introduzidas no aprovisionamento *ad hoc* de alimentos para reduzir as gorduras saturadas e as calorias.

ESCOLHER...	EM VEZ DE...
No caso das bebidas	
Água engarrafada (filtrada, mineral, com sabores sem açúcar) chás, café, ou sumos de frutas e vegetais a 100 por cento)	Gasosas ou bebidas aromatizadas
Leite magro ou meio gordo	Leite gordo ou natas
No caso do pequeno-almoço	
Fruta fresca, frutos secos, sumos sem açúcar	Fruta enlatada e sumos de fruta com açúcar
logurtes magros (naturais com fruta fresca)	logurtes normais (açucarados)
Pães pequenos (menos de 9 cm)	Pães normais (12 cm)
Pequenos queques (<i>muffins</i>) (6,5 cm)	Queques (<i>muffins</i>) normais
Barras de cereais de granola de baixas calorias	<i>Croissants</i> , <i>donuts</i> , pães doces, pastéis
Margarina <i>light</i> , requeijão magro, compotas naturais ou preparados de fruta	Manteiga, queijo gordo
Cereais sem açúcar ou com baixo teor de açúcar	Cereais com açúcar
<i>Waffles</i> ou torrada francesa integrais	<i>Waffles</i> ou torrada francesa normal (farinha branca)
Fiambre magro de porco ou peru, salsichas vegetarianas ou substitutos do toucinho	Toucinho ou salsichas
No caso do Almoço ou Jantar	
Saladas com molhos à parte	Saladas já temperadas com molhos
Molhos de baixas calorias, sem gorduras, vinagres balsâmicos ou azeite extra virgem	Molhos normais de saladas
Sopas feitas com puré de vegetais ou leite desnatado	Sopas à base de natas ou metade-metade
Saladas de massa com molhos com baixo teor de gordura	Salada com molho de natas ou maionese

ESCOLHER...	EM VEZ DE...
No caso do Almoço ou Jantar	
Sandwiches de pão integral	Sandwiches em pão branco ou <i>croissants</i>
Carnes magras, aves sem pele, peixe, tofu	Carnes gordas ou fritas, toucinho, aves com pele, enchidos, peixe enlatado em óleo
Vegetais ao vapor	Vegetais fritos ou cozinhados em natas ou manteiga
Pão ou baguete de cereais	<i>Croissants</i> ou pão branco
Margarina sem ácidos gordos saturados	Manteiga
Sobremesas com baixo teor de gorduras e calorias, como a fruta fresca, gelados e iogurtes magros, gelados, bolos de fruta com cobertura de frutas	Sobremesas com elevado teor de gorduras e calóricas como os gelados, os bolos de queijo, as tortas, bolos com creme e grandes fatias de bolos
No caso das Receções	
Vegetais frescos em pedaços ou miniatura servidos com molhos de baixo teor de gordura, salsa ou tofu	Vegetais fritos
Fruta fresca em pedaços	Tortas, tartes e bolos
Tiras de frango grelhadas ou assadas	Frango frito e com pele
Almôndegas miniatura de carnes magra ou peru	Almôndegas grandes de carnes gordas ou servidas em molhos pesados e gordurosos
Mariscos grelhados ou cozidos	Mariscos fritos e com molhos gordurosos
Cogumelos com recheio com baixo teor de gordura	Cogumelos recheados com queijo gordo ou cremoso
<i>Pizzas</i> miniatura com <i>mozzarella</i> e vegetais	<i>Pizzas</i> grandes com <i>pepperoni</i> , salsicha italiana ou outras carnes gordas
Rolos de primavera de vegetais, frescos e sem fritar	Rolos de ovo fritos
Pequenos cubos de queijo (2 cm)	Grandes fatias de queijo
Bolachas integrais com baixo teor de gorduras	Bolachas normais com gorduras saturadas
Pipocas sem manteiga	Pipocas fritas em óleo e com manteiga
Batatas assadas ou fritas com baixo teor de gordura	Batatas fritas de pacote
Molhos feitos à base de humus, requeijão ou queijo fresco	Molhos feitos com maionese, natas ácidas, queijo creme ou molho de queijo
Pequenas fatias de bolo (5 cm)	Grandes fatias de bolo

Esta tabela foi adaptada de recomendações apresentadas nas “*Guidelines for Offering Healthy Foods at Meetings, Seminars, and Catered Events*” da University of Minnesota School of Public Health.

Bibliografia

- 📖 American Diabetes Association. 2008. “Economic costs of diabetes in the U.S.A. in 2007” in *Diabetes Care*, Vol. 31, No. 3, pp. 596–615.
- 📖 Arcand, J. 2001. “Undernourishment and economic growth: The efficiency cost of hunger” FAO Economic and Social Development Paper 147 (Rome, Food and Agriculture Organization).
- 📖 Canetti, L.; Bachar, E.; Berry, E. M. 2002. “Food and emotion” in *Behavioural Processes*, Vol. 60, No. 2, pp.157–164.
- 📖 Caton, S. J. et al. 2004. “Dose-dependent effects of alcohol on appetite and food intake” in *Physiology and Behaviour*, Vol. 81, No.1, pp. 51–59.
- 📖 Croppenstedt, A.; Muller, C. 2000. “The Impact of Farmers’ Health and Nutritional Status on their Productivity and Efficiency: Evidence from Ethiopia” in *Economic development and cultural change*, Vol. 48, No. 3 (University of Chicago Press), pp. 475–502.
- 📖 Galenson, W.; Pyatt, G. 1964. “The quality of labor and economic development in certain countries” in *Studies and Reports, New Series*, No. 68 (ILO, Geneva).
- 📖 Haas, J. D.; Brownlie, T. 2001. “Iron deficiency and reduced work capacity: A critical review of the research to determine a causal relationship” in *The Journal of Nutrition*, Vol. 131, No. 2, pp. 676–688.
- 📖 Haddad, L. 2002. “Nutrition and Poverty” in *Nutrition: A Foundation for development* (Geneva, UN ACC).
- 📖 —. 2003. “What can food policy do to redirect the diet transition?” Discussion Paper 165 (Washington, D.C., International Food Policy Research Institute).
- 📖 Horton, S.; Levin, C. 2004. Commentary on “Evidence That Iron Deficiency Anaemia Causes Reduced Work Capacity” in *The Journal of Nutrition*, Vol. 131, No. 2, pp. 691–696.
- 📖 International Labour Office (ILO). 1998. *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety* (Geneva).
- 📖 Kedir, A.M. 2009. “Health and Productivity: Panel Data Evidence from Ethiopia” in *African Development Review*, Vol. 21, No.1 (Wiley-Blackwell, African Development Bank), pp. 59–71.
- 📖 Perkins, K. A. 1992. “Effects of tobacco smoke on caloric intake” in *British Journal of Addiction*, Vol. 87, pp. 193–206.
- 📖 Popkin, B. M.; Horton, S.; Kim, S. 2001. “The nutritional transition and diet-related chronic diseases in Asia: Implications for prevention”, Discussion Paper 105 (International Food Policy Research Institute).
- 📖 Puska, P. 2003. “Successful strategies to influence national diets: The Finnish experience” in *Zdrav Var*, Vol. 43, pp. 191–196.

- 📖 The Lewin Group. 1997. The Cost of Covering Medical Nutrition Therapy Under Medicare: 1998 through 2004 (The American Dietetic Association). Disponível em: <http://www.lewin.com/publications/publication/205/>
- 📖 Thomas, D.; Strauss, J. 1997. “Health and wages: Evidence on men and women in urban Brazil” in *The Journal of Econometrics*, Vol. 77, No. 1, pp. 159–185.
- 📖 Tuomilehto, J. et al. 2001. “Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance” in *The New England Journal of Medicine*, Vol. 344, No. 18 (Massachusetts Medical Society), pp. 1343–1350.
- 📖 University of Maryland Medical Center (UMMC). 2004. Comprehensive information on macro - and micronutrients. Disponível em: <http://www.umm.edu/altmed/ConsLookups/Supplements.html>
- 📖 Wanjek, C. 2005. Food at work: Workplace solutions for malnutrition, obesity and chronic diseases (Geneva, ILO).
- 📖 Wolf, A. M.; Colditz, G. A. 1998. “Current estimates of the economic cost of obesity in the United States” in *Obesity Research*, Vol. 6, pp. 173–175.
- 📖 World Health Organization (WHO). 2000. Turning the tide of malnutrition: Responding to the challenge of the 21st century (Geneva). Disponível em: <http://www.who.int/mip2001/files/2232/NHDbrochure.pdf>
- 📖 —. 2003a. “Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases” Technical Report Series, No. 916.
- 📖 —. 2003a. Global strategy on diet, physical activity and health (Geneva).
- 📖 —. 2004. Iodine Status Worldwide (Geneva).
- 📖 —. 2006. Fact sheet No. 311, Obesity and overweight (Geneva).
- 📖 —. 2008. World Prevalence of Anaemia 1993-2005. (Geneva).
- 📖 —. 2009. Fact sheet No. 312, Diabetes (Geneva).
- 📖 —. 2009. Fact sheet No. 317, Cardiovascular diseases (Geneva).

Sítios da Internet

-  University of Maryland, Medical Encyclopaedia Index:
<http://www.umm.edu/altmed/index.htm>
-  World Health Organization, Nutrition:
<http://www.who.int/nut/en>
-  World Health Organization, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>
-  World Health Organization, Micronutrient Deficiencies:
<http://www.who.int/nutrition/topics/ida/en/index.html>



Atividade física para uma vida saudável



1. Introdução

Como vai para o trabalho? Caminha uma parte do caminho? Ou pedala?

O que faz quando chega lá? Muitas pessoas ou têm uma profissão que exige uma atividade física ou andam de um lado para o outro no seu local de trabalho durante o dia.

O corpo humano foi feito para se movimentar, uma das funções básicas e essenciais dos humanos; durante milhares de anos foi um elemento fundamental para a sobrevivência humana tendo sido concebido para elevados níveis de atividade física, no entanto, nos últimos tempos tem-se vindo a verificar uma queda brusca na necessidade de movimento na vida quotidiana de muitas pessoas.

Movimento, atividade física e exercício proporcionam o estímulo essencial ao corpo. Sem esse estímulo, o corpo enfraquece e fica em risco de contrair doenças graves: os sintomas que acompanham reduzem a capacidade de trabalho e a qualidade de vida; felizmente que há formas de incrementar a atividade física para bem da saúde em benefício de todos sendo o local de trabalho um bom local para começar.

A ausência de qualquer atividade física está a tornar-se um lugar comum em muitas partes do mundo e a crescer rapidamente noutros lugares; há muitas razões para isso: por um lado a redução da atividade física envolvida no trabalho e nas tarefas domésticas graças à eletricidade e a melhores ferramentas e automatismos; por outro lado, a motorização do transporte. Nos países ricos, a falta de atividade física é parcialmente compensada pelo aumento da prática de exercício físico durante os tempos de lazer, no entanto muitas pessoas não o praticam de forma suficiente para se manterem saudáveis e em forma.

A situação pode ainda ser pior nos países em desenvolvimento e nos países com setores em transição duma economia rural, agrícola para sociedades urbanas industrializadas. O trabalho pode envolver uma atividade física significativa, mas, em vez de melhorar a saúde, frequentemente contribui para o cansaço, em parte devido à má nutrição e ao trabalho pesado. Simultaneamente, alguns setores da população tornaram-se cada vez mais inativos fisicamente, com poucas possibilidades de praticar algum tipo de exercício físico para melhorar a sua saúde ou por lazer com o consequente aumento das doenças, dos custos com os cuidados de saúde e da diminuição da produtividade, o que representa um encargo crescente para todas as partes: trabalhadores, as suas famílias, os empregadores e a sociedade.

Obesidade e diabetes em Samoa

Com a modernização dos estilos de vida nos últimos anos, as populações de muitas ilhas do pacífico tornaram-se cada vez mais fisicamente inativas. As taxas de obesidade e doenças relacionadas como a diabetes registaram igualmente um aumento.

Em Samoa, por exemplo, 57 por cento da população é obesa, resultado da ausência de qualquer atividade física, particularmente nas áreas urbanas. Vinte e um por cento da população em geral pratica pouca ou nenhuma atividade física. O problema é agravado pelo tabaco, má nutrição e consumo de álcool.

As taxas de diabetes em Samoa são elevadas: 23% da população está afetada pela doença.

Fonte: OMS, Country Health Information Profiles, 2008.

2. Para compreender a falta da atividade física

A atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pela contração de músculos que aumenta substancialmente a frequência cardíaca e o consumo energético. Esta seção analisa as definições das várias modalidades de atividade física (ou inatividade) e demonstra como por vezes as distintas modalidades de atividade física podem ser úteis para diferentes finalidades.

A inatividade física pode ser absoluta, como por exemplo o repouso na cama, ou muito reduzida com uma utilização muito ligeira e pouco frequente dos músculos.

A falta ou a insuficiência de qualquer atividade física refere-se à prática demasiado ligeira, de curta duração ou pouco frequente para poder proporcionar estímulo suficiente ao corpo para ele manter a sua estrutura e funções normais; as distintas partes do corpo necessitam de estímulos em quantidades diferentes; da mesma forma, diferentes pessoas tem diferentes necessidades; por exemplo, os jovens trabalhadores em boa forma física necessitam de praticar níveis e modalidades diferentes de exercício físico para a sua saúde diferentes dos trabalhadores mais velhos; igualmente uma pessoa que é muito inativa extrairá grandes benefícios da prática de uma atividade física ligeira, ao passo que alguém que já é muito ativo precisará de praticar muito mais para notar uma diferença significativa.

Um estilo de vida sedentário é caracterizado por ficar sentado ou permanecer inativo a maior parte do tempo, em casa ou no trabalho. A mecanização no trabalho e a televisão em casa tornaram as vidas das pessoas mais sedentárias.

A atividade física realizada no desempenho das suas funções é considerada como parte integrante do trabalho; hoje em dia, muitos empregos são em grande medida sedentários enquanto outros são muito exigentes fisicamente podendo dar origem a acidentes de trabalho e a doenças.

As atividades físicas praticadas nos tempos livres, fora do horário de trabalho, consoante os interesses e necessidades pessoais do trabalhador; podem ser levadas a cabo de forma sistemática como exercício ou esporadicamente por lazer como por exemplo caminhar, jardinar, dançar, etc.

Atividades físicas que fazem parte do estilo de vida são as atividades físicas que integram os hábitos quotidianos, como por exemplo, as tarefas domésticas, deslocar-se a pé ou de bicicleta para o trabalho ou outras atividades, ou utilizar as escadas em vez do elevador.

O exercício refere-se a sessões programadas de qualquer atividade física normalmente praticadas com objetivo de melhorar a condição física ou a saúde.

O exercício físico é uma forma planeada, estruturada e repetitiva de praticar atividades físicas.

Os exercícios de aeróbica ou de resistência envolvem grandes grupos de músculos em

atividades dinâmicas em níveis de esforço moderados ou vigorosos mas não máximos, o que resulta em aumentos significativos da frequência cardíaca e do consumo energético. A participação regular em atividades de aeróbica gera melhorias no funcionamento do coração e do sistema circulatório, dos pulmões, a nível muscular e na resistência, o que resulta num aumento da capacidade para trabalhar num ritmo moderado e intenso por períodos longos sempre que seja necessário. A prática regular de aeróbica durante um período de vários anos diminui o risco de muitas doenças crónicas, nomeadamente doenças coronárias, enfartes, diabetes e alguns tipos de cancro.

Os treinos de força ou de resistência consistem em exercícios que exigem uma utilização moderada ou elevada do poder ou da força muscular e que aumentam o poder, a força e a resistência dos músculos exercitados dependendo das características do programa de treinos.

Os desportos incluem uma vasta gama de atividades praticadas de acordo com regras definidas que incluem a avaliação do rendimento e normalmente aspectos competitivos.

Os treinos levados a sério nos desportos tradicionais constituem uma forma muito sistemática de exercício. Em muitos países, o termo “desporto” é utilizado com o mesmo significado de atividade física recreativa. A expressão “desporto para todos” é frequentemente utilizada para traduzir atividades físicas ou exercícios para uma vida saudável, para manter a forma física e para o bem-estar de todas as pessoas mesmo sem um carácter competitivo.

A boa condição física é medida através da avaliação da capacidade de praticar diversas modalidades de atividades físicas. Tradicionalmente, o enfoque tem sido o de considerar a condição física em função do desempenho, avaliando os atributos que são importantes para um bom desempenho físico de vários tipos.

Condição física de nível satisfatório significa que a pessoa é capaz de desempenhar as tarefas quotidianas com determinação e concentração, sem fadiga indevida e com energia suficiente para apreciar os tempos livres e lidar com situações urgentes imprevisíveis.

Formas de avaliar a condição física:

- vigor cardio-respiratório;
- resistência muscular;
- poder e força;
- flexibilidade;
- agilidade;
- equilíbrio;
- melhoria dos tempos de reação;
- composição do organismo.

Condição física saudável:

- capacidade satisfatória dos sistemas cardio-respiratórios e musculoesqueléticos;
- baixos níveis de fatores de risco para doenças crónicas;
- peso e massa corporal ideais;
- bem estar psicológico e social.

A condição de vida saudável adquiriu recentemente um interesse significativo; refere-se aqueles atributos que estão claramente relacionados com os vários aspectos da saúde apresentados na caixa e que podem ser influenciados pela prática regular de atividade física. Medir a condição física permite a avaliação do estado de saúde e indagar sobre a necessidade de intervir.

Recomendações sobre a prática de atividade física

Ao longo dos anos têm sido emitidas várias recomendações para orientar as pessoas sobre o tipo, duração, frequência e intensidade da prática de atividade física que é necessária para os diferentes propósitos. O quadro seguinte é baseado na Recomendação de Saúde Pública para a atividade física (*Public Health Recommendation of Physical Activity*) emitida pelo Centro de Prevenção e Controlo das Doenças dos Estados Unidos (*Disease Control and Prevention of the United States*) e pelo Centro de Controle das Doenças da Universidade Americana de Medicina do Desporto (*American College of Sports Medicine Center for Disease Control*, 1996).

- Todas as pessoas com 2 ou mais anos devem acumular pelo menos 30 minutos de uma atividade física de resistência de moderada intensidade em todos ou quase todos os dias da semana.
- Podem ser obtidos benefícios complementares para a saúde e funcionais da atividade física aumentando a duração da atividade de intensidade moderada ou substituindo-a por uma atividade mais enérgica.
- Pessoas com doenças cardiovasculares, diabetes, ou outros problemas de saúde crónicos que pretendam aumentar a sua atividade física devem ser sujeitas a uma avaliação médica devendo ser-lhes proporcionado um programa de exercícios adequado ao seu estado clínico.
- Homens anteriormente inativos com 40 ou mais anos e mulheres com 50 ou mais anos, e pessoas em risco elevado por sofrerem de doenças cardiovasculares devem consultar um médico antes de iniciarem um programa de atividades físicas enérgico ao qual não estão acostumadas.
- Atividades de desenvolvimento da força muscular (treinos de resistência) devem ser praticadas pelo menos duas vezes por semana. Pelo menos 8 a 10 exercícios de desenvolvimento da força muscular que trabalham os maiores grupos musculares das pernas, do tronco, dos braços e dos ombros devem ser praticados em cada sessão com um ou dois conjuntos de 8 a 10 repetições de cada exercício.

Uma análise à atividade física e à saúde realizada pelo Departamento Médico Central do Reino Unido em 2004 defendeu as mesmas recomendações com algumas exceções dignas de registo. Para não aumentar de peso, é necessária uma duração maior da atividade física quando comparada com a Recomendação para a saúde pública supra referida: 45 a 60 minutos de atividade moderada por dia. Para a gestão do peso após a sua redução são necessários 60 a 90 minutos diários de atividade moderada ou 35 minutos de atividade enérgica. Os jovens precisam pelo menos de 60 minutos por dia.

O que é importante de salientar é que a atividade física regular não só previne as doenças como também torna a pessoa mais saudável. Um nível elevado de atividade física reduz o risco de aparecimento de alguns tipos de cancro. A saúde pode ser entendida como a energia que necessitamos para conseguir obter o potencial para sobrevivermos e nos realizarmos na vida não apenas fisicamente mas também mental e socialmente.

Quanto melhor estiver a nossa saúde, melhor funciona o nosso corpo e melhores defesas tem contra as doenças. O exercício pode ainda ser benéfico para as pessoas que já se encontram doentes.

O aumento da atividade física não é necessariamente a cura para todos os males. Devem ainda ser tomados em consideração fatores genéticos, psicosociais e estilos de vida. Em última análise o risco de ficar doente depende de uma combinação de vários fatores, no entanto a atividade física, o estilo de vida e os fatores psicosociais podem ser influenciados, por isso há margem de manobra para alterações positivas para melhorar a saúde e a produtividade dos trabalhadores.

3. Impacto para a saúde da falta de atividade física

Qual a extensão do problema da prática insuficiente de atividade física? Qual o impacto para a saúde e para o trabalho?

As estatísticas sobre os níveis de atividade física insuficiente apresentam grandes variações por muitas razões, em parte devido aos diferentes métodos de medição; ainda assim, a falta de atividade física constitui um grave problema à escala mundial. O Relatório sobre a Saúde Mundial (*World Health Report*) estima que globalmente 17 por cento da população é fisicamente inativa. Entre aqueles que praticam alguma atividade física, 41 por cento da população mundial tem apenas “alguma mas não suficiente” atividade física, definida pela OMS como inferior a 2½ horas por semana de atividade moderada (OMS, 2002). Analisados conjuntamente, estes números significam que mais de metade da população global está a colocar em risco a sua saúde e bem-estar por não praticar suficiente atividade física.

Apenas se encontram disponíveis dados limitados sobre as tendências e as mudanças na atividade física, no entanto, é evidente que a atividade física no trabalho, nos transportes e nas tarefas domésticas está a diminuir na maior parte dos países. As atividades de lazer estão a crescer lentamente nalguns países mas a diminuir noutros. A situação é particularmente difícil em países em que a atividade física no trabalho, em casa e como meio de transporte está a diminuir rapidamente, mas por razões culturais, económicas e de estilo de vida a atividade física por lazer apenas é praticada num âmbito restrito e pelas pessoas com melhor poder económico.

A ausência de atividade física está relacionada com muitas doenças, incluindo a osteoporose, enfartes, doenças coronárias, diabetes e cancro. É ponto assente que as pessoas que se movimentam menos estão doentes com mais frequência e que os médicos e os cientistas conseguiram provar recentemente que a ausência de atividade física pode ser um fator que contribui para isso.

Dores lombares e cervicais

Setenta a 85 por cento das pessoas já sentiu dor, tensão muscular e rigidez na região lombar nalgum momento da sua vida e 15 a 45 por cento da população pode ter estes sintomas em qualquer altura (Nachemson, 2000). Na maior parte dos casos os sintomas desaparecem após algumas semanas mas têm tendência para regressar e tornar-se crónicos caso a causa do problema não sofra alterações. As dores lombares são uma das principais causas de absentismo no trabalho. Cerca de 50 por cento da população nos países industrializados já teve dores e rigidez cervical, que são especialmente comuns nas mulheres (Anderson, 1999).

Para as pessoas que sofrem de dores lombares ser ativo tem demonstrado ser no seu conjunto melhor para as suas costas do que permanecer inativo. Felizmente, as ativi-

dades físicas mais praticadas por lazer não aumentam o risco de dores lombares, e a atividade física ocupacional não causa lombalgias se for devidamente organizada e monitorizada.

Os programas de exercícios têm demonstrado ser bons para as dores lombares prolongadas e crônicas mas não para as dores agudas e atuais, no entanto, é importante que cada pessoa se exercite de forma proporcional porque um esforço físico violento e prolongado seja no trabalho ou quando está a praticar desporto pode por vezes ser a causa de dores lombares se não for utilizado de forma adequada. O exercício pode igualmente prevenir as lombalgias mantendo ou aumentando a força e a resistência muscular das costas e do tronco.

Alguns estudos recentes bem conduzidos evidenciam que a atividade física para treinar os músculos do pescoço é boa para diminuir as dores e a deficiência crónica que está na origem das dores cervicais mas o exercício físico não previne necessariamente as dores cervicais.

Doenças coronárias e enfartes

As doenças coronárias e os enfartes são caracterizadas pelo aperto/estreitamento das artérias. No caso das doenças coronárias, trata-se das artérias que conduzem ao músculo cardíaco que são afetadas e no caso do enfarte (ou AVC) são as artérias que ligam ao cérebro. Se não chegar sangue em quantidade suficiente ao coração ou ao cérebro, esses órgãos terão falta de oxigénio, o que lhes causará lesões e potencialmente resultará em morte. Anualmente as doenças coronárias estão na origem de cerca de 7,2 milhões de mortes e de mais de 10 milhões de ataques cardíacos no mundo. O enfarte é a terceira causa de morte a nível mundial, sendo responsável por cerca de 5,5 milhões de mortes anualmente, para além de ser a causa principal de deficiência nos países desenvolvidos.¹

As elevadas taxas destas doenças coronárias são em grande medida devidas a uma alimentação deficiente, à ausência de atividade física e ao consumo de tabaco. Se for fumador, tiver uma pressão arterial elevada ou níveis de colesterol altos, é muito provável que tenha ou venha a contrair estas doenças. Há também um risco genético. Em pessoas fisicamente inativas o risco de doenças coronárias ou enfartes é 30 a 50 por cento mais elevado do que para aquelas pessoas que são pelo menos moderadamente ativas (Wannamethee, 2002).

Doenças Cardiovasculares: Impacto nos Empregadores

As doenças cardiovasculares na União Europeia têm um custo anual estimado de 169 mil milhões de euros, sendo que a produtividade é responsável por 21 por cento destes custos ou 35.5 mil milhões de euros.

Fonte: Leal, 2006.

¹ *Cardiovascular disease: prevention and control*, WHO, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/cvd/en/>

O risco pode diminuir substancialmente através do aumento da atividade física, sendo que o exercício desempenha um papel importante na reabilitação cardíaca. Está comprovado que mesmo uma atividade física moderada como uma pequena caminhada de meia hora diária diminui o risco de enfarte.

Cancro

O cancro é um tipo de doença caracterizada pelo crescimento anormal e descontrolado do número de células. Se o crescimento não for controlado pode resultar em morte. Algumas pessoas têm uma predisposição genética para o cancro, o que significa que tem uma maior probabilidade de contrair a doença durante a sua vida,

o que explica que algumas sejam afetadas por ele e outras não; o cancro surge de uma combinação de fatores e de causas potenciais, no entanto, o risco de o contrair pode aumentar como consequência de comportamentos de risco, como fumar, seguir uma alimentação deficiente ou beber demasiado, ou ainda de fatores ambientais incluindo aditivos alimentares e contaminantes alimentares. Embora o consumo de tabaco seja hoje em dia o principal fator que contribui para o aparecimento do cancro, outros como a ausência de atividade física combinada com uma alimentação deficiente que conduz ao excesso de peso e à obesidade desempenham igualmente um papel importante na taxa elevada e em crescimento do número de surgimento de cancro em populações geneticamente predispostas nos países industrializados.

Num estudo nos EUA sobre a perda de produtividade devido a doenças, 66 por cento dos casos de faltas por doença ou redução de desempenho foram identificados trabalhadores com cancro.

Fonte: Kessler *et al.*, 2001.

De acordo com a organização britânica *Cancer Research UK*, metade dos cancros poderiam ser prevenidos pela alteração de estilos de vida. Para prevenir o cancro, os especialistas recomendam a prática de atividade física várias vezes por semana com uma intensidade moderada e duração mínima de meia hora por sessão. Isto ajudará ao controle do peso e a estimular o sistema imunitário, o que por sua vez pode prevenir o cancro. A atividade física, por exemplo, está associada a uma redução de 25 por cento do risco de contrair cancro do cólon e da mama no Reino Unido (*Cancer Research UK*).

Obesidade

A obesidade é um excesso de gordura corporal que pode contribuir significativamente para os problemas de saúde, incluindo doenças cardio-vasculares, diabetes e artrite (sobrecarregando as articulações).

De acordo com a OMS, regista-se por todo o mundo um aumento para níveis alarmantes da prevalência do excesso de peso e da obesidade afetando homens, mulheres e crianças. Estima-se que atualmente existam mais de 300 milhões de pessoas obesas no mundo.² (WHO, *Factsheet*, 2006).

² “*Obesity and overweight*”, Fact sheet No. 311, WHO, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

São afetados quer os países desenvolvidos quer os países em vias de desenvolvimento. Nos países de baixos rendimentos, a obesidade é mais comum nas mulheres de meia idade, nas pessoas com um estatuto sócio-económico elevado e nos habitantes de comunidades urbanas. Nos países desenvolvidos registam-se níveis de obesidade mais elevados nos grupos sócioeconómicos mais baixos. A obesidade é comum não apenas nas pessoas de meia idade mas tem vindo a aumentar entre os jovens adultos e as crianças. Além disso, tende a ser associada com o baixo estatuto socio-económico, especialmente no caso das mulheres. A transição dum estilo de vida rural para um urbano está associada a um aumento dos níveis de obesidade, os quais estão por sua vez ligados a alterações dramáticas nos estilos de vida das pessoas (consumo crescente de elementos muito energéticos e diminuição da atividade física), no entanto regista-se uma tendência em determinadas regiões onde as diferenças urbano/rural diminuíram ou mesmo inverteram o seu sentido.

Os níveis de obesidade também variam em função da origem étnica. A etnicidade e os hábitos alimentares culturais estão igualmente associados com a variação dos níveis de obesidade. Nos EUA, especialmente entre as mulheres, há grandes diferenças na prevalência da obesidade entre populações de diferentes origens étnicas dentro do mesmo país.

De acordo com dados disponíveis em 2000, a prevalência da obesidade a nível global apresenta uma variação inferior a cinco por cento na China rural, no Japão e em alguns países africanos, atingindo os 75 por cento da população adulta na Samoa urbana, valor mais elevado do que a prevalência de 65,7 por cento no Estados Unidos da América para o mesmo período.³

O relatório previsional sobre a obesidade de 2007 (FORESIGHT), refere que os custos do Sistema Nacional de Saúde relativas ao excesso de peso e à obesidade irão duplicar prevendo-se que atinjam os 10 mil milhões de Libras esterlinas por ano em 2050. Os custos diretos e indiretos com a obesidade para a economia do Reino Unido ascenderão a 49.9 mil milhões de libras anuais até 2050, se a epidemia não for controlada através de fortes mudanças na sociedade. O Sistema Nacional de Saúde da Escócia já dispende anualmente 175 milhões de libras no tratamento de problemas de saúde associados ao excesso de peso, dos quais 48 milhões no combate à Diabetes de Tipo 2, 38 milhões para a hipertensão e 4.4 milhões em equipamento médico especializado para lidar com pacientes de peso elevado. Os custos indiretos para a sociedade, tais como os dias de ausência ao trabalho estão estimados nuns adicionais 282 milhões de libras anuais (FORESIGHT, 2007).

A causa mais comum da obesidade traduz-se no consumo de alimentos que fornecem mais energia do que aquela que a pessoa utiliza. Isto acontece normalmente face à disponibilidade de alimentos ricos em gorduras e energéticos em grandes quantidades a um preço relativamente baixo assistindo-se simultaneamente à diminuição das necessidades de dispêndio de energias no trabalho, nos transportes e nas tarefas domésticas. Por outras palavras mexemo-nos menos mas comemos mais.

A atividade física aliada a uma dieta baixa em calorias pode ser utilizada para prevenir a obesidade sendo igualmente útil para combater o problema quando ele surge, no entanto, perder peso é um desafio porque é necessária a prática de muita atividade fi-

3 O Desafio Global da Obesidade e o Grupo de Trabalho Internacional sobre a Obesidade – União das Ciências Nutricionais, 2002. Disponível em: <http://iuns.org/features/obesity/obesity.htm>

sica para uma perda substancial de gordura. Vale sempre a pena incentivar a atividade física nas pessoas obesas e não obesas porque melhora a saúde em geral mesmo se o peso se mantiver o mesmo.

O treino de *endurance*, por exemplo, pode reduzir o risco de doenças cardiovasculares e o treino de resistência melhora a massa muscular juntamente com uma dieta apropriada.

“Influência da obesidade nos custos com os cuidados de saúde e no absentismo entre os trabalhadores de uma companhia mineira.”

Um estudo a mais de 4000 trabalhadores mineiros do sexo masculino no Chile, realizado pela *Pontificia Universidad Católica* de Chile em Santiago, concluiu que:

- Os custos anuais com cuidados de saúde eram 17 por cento mais elevados para os trabalhadores obesos do que para os trabalhadores com um peso normal e 58 por cento mais elevados para os trabalhadores com uma obesidade extrema.
- Os trabalhadores obesos tiveram 25 por cento mais baixas por doença do que os outros trabalhadores aumentando para 57 por cento entre os trabalhadores com uma obesidade extrema.

Hipertensão

Níveis elevados de pressão arterial danificam as artérias que fornecem sangue ao coração, cérebro rins e outras partes do corpo e podem resultar em lesões para esses outros órgãos.

Cerca de dois terços dos enfartes e metade dos casos de doenças coronárias estão ligados com a pressão arterial elevada. Em 2001, 40 por cento dos adultos em Inglaterra e no País de Gales eram hipertensos, o que representava 15 por cento do custo total anual de todas as drogas prescritas no sistema de cuidados de saúde primários. Não há uma distinção rigorosa entre a pressão normal e a elevada, mas atualmente a fronteira entre a pressão normal (satisfatória) e a elevada (suave) é colocada nos 140/90 mmHg (Serviço Nacional de Saúde, Inquérito para Inglaterra, 2006).

O problema é fundamentalmente causado por dietas alimentares pouco saudáveis e estilos de vida sedentários. As pessoas cuja alimentação inclui muito sal, gorduras e álcool, que tem excesso de peso, não praticam muito exercício e sofrem de stress correm um risco muito maior de terem tensão arterial elevada.

A ausência de atividade física aumenta em 30 por cento as probabilidades de a pessoa desenvolver hipertensão. Felizmente que o aumento dos níveis de atividade física é benéfico para a pressão sanguínea. Uma simples sessão de atividade física diminui os níveis de pressão sanguínea até cerca de 20 horas.

Diabetes

A diabetes é uma doença comum. É uma condição de saúde crônica em que o corpo não consegue processar adequadamente o açúcar (glucose) no sangue. A diabetes de tipo 2 desenvolve-se em resultado de uma combinação de fatores genéticos e ambientais. Os fatores ambientais mais importantes são a obesidade, a falta de atividade física e uma dieta rica em gorduras saturadas. A atividade física diminui o risco de desenvolvimento de diabetes do Tipo 2 em cerca de 30 por cento. Em 2005 mais de um milhão de mortes foram atribuídas à diabetes estimando-se que o número atual seja muito maior devido a erros de diagnóstico; o risco global de morte entre as pessoas com diabetes é pelo menos o dobro dos seus pares sem a doença. A diabetes do Tipo 2 está a aumentar rapidamente entre os adultos e a OMS prevê que em 2030 o número de pessoas afetadas pela doença mais do que duplicará os números de 2005 (OMS, 2009).

Custos da diabetes nos cuidados de saúde e na produtividade em 2007

O custo total estimado da diabetes nos EUA em 2007 foi de 174 mil milhões de dólares americanos dos quais:

- 116 mil milhões de dólares americanos em despesas médicas excedentárias; e
- 58 mil milhões de dólares americanos em perdas de produtividade

Os custos indiretos foram estimados da seguinte forma:

- 2.6 mil milhões de dólares americanos em absentismo;
- 20 mil milhões de dólares americanos na redução da produtividade apesar de continuarem a trabalhar;
- 7.9 mil milhões de dólares americanos em desemprego causado pela diabetes ;
- 26.9 mil milhões de dólares americanos na perda de capacidade produtiva devida a morte prematura.

Fonte: Associação Americana de Diabetes, 2008.

O aumento da atividade física diminui o risco da diabetes Tipo 2, dependendo da quantidade de atividade praticada. A perda de peso através de uma dieta alimentar e de um aumento da atividade tem demonstrado que reduz o risco de desenvolver diabetes em 60 por cento. Tanto as atividades aeróbicas moderadas como as vigorosas e os treinos de resistência são eficazes ajudando a prática de ambos os tipos de exercício.

A diabetes e a artrite não estão diretamente relacionadas mas frequentemente sobrepõem-se. De acordo com o Centro para o Controlo das Doenças e Prevenção nos Estados Unidos, 52 por cento das pessoas com Diabetes Tipo 2 sofrem igualmente de osteoartrite (Fundação da Artrite, 2010). Estilos de vida sedentários e obesidade podem contribuir para piorar ambos.

Osteoporose e Osteoartrite

A atividade física melhora a força e as funções das articulações, ossos e músculos. A cartilagem nas articulações necessita de ser exercitada regularmente para se manter saudável. A inatividade física pode contribuir para a artrite (ou osteoartrite), que é muito dolorosa e reduz a capacidade de funcionamento.

A ausência de atividade física pode ainda influenciar o desenvolvimento da osteoporose, ou a reduzida massa óssea e a deterioração do tecido ósseo. A osteoporose desenvolve-se normalmente sem quaisquer sintomas e sem a pessoa dar por isso. Dado que a ausência de atividade física afeta igualmente a força muscular e a coordenação, o grau de probabilidade de uma pessoa inativa cair e partir um osso é mais elevado; assim, a combinação de ossos e músculos enfraquecidos aumenta significativamente o risco de lesões. A prática regular de exercício moderado reduz a dor e rigidez nas articulações, fortifica os músculos à volta das articulações e aumenta a flexibilidade e a endurance.

Custos para os empregadores de doenças relacionadas com a ausência de atividade física

Num estudo que abrangeu mais de 8.000 trabalhadores nos Estados Unidos, o impacto do absentismo e do presentismo devido a várias doenças foi avaliado e quantificado em dólares americanos.

As perdas de produtividade total média (absentismo + presentismo) por empregado /ano foram:

- 269 dólares por artrite/reumatismo;
- 105 dólares por hipertensão ou pressão sanguínea elevada;
- 95 dólares por diabetes;
- 40 dólares por doenças coronárias.

Fonte: Lamb et.al., 2006.

O impacto económico da ausência de atividade física

A ausência de atividade física conduz a uma série de condições de saúde graves e de longo prazo, algumas das quais incapacitam a pessoa de trabalhar e algumas são fatais.

Tal como o sofrimento humano, isto significa o aumento do recurso aos serviços de cuidados de saúde e consequências económicas para empregadores, trabalhadores e governos. Num estudo finlandês, desenvolvido ao longo de 16 anos, os homens sedentários passavam mais 36 por cento de dias no hospital e as mulheres 23 por cento do que a maioria dos homens e mulheres ativos (Malmberg et al., 2002).

Uma análise abrangente ao peso económico da inatividade física no Canadá concluiu que 2.5 por cento do total dos custos diretamente relacionados com os cuidados de saúde do país eram atribuídos à inatividade física, atingindo um montante de 2,1 mil milhões de dólares canadianos por ano. O estudo canadiano não calculou os custos

indiretos que incluem a perda de produtividade enquanto ainda estão a trabalhar, o desemprego por incapacidade causada por doença e a perda de produtividade resultante da morte prematura. Considerando que os custos diretos para o Canadá já se cifram em milhões de dólares, os custos globais devem ser ainda mais extensos e provavelmente ainda superiores. (Katzmarzyk et al., 2000).

4. Gestão da atividade física para uma vida saudável no trabalho

Dados científicos indicam que a inatividade física representa um sério risco para a saúde, a capacidade de trabalho e a produtividade, afetando inúmeras pessoas por todo o mundo. Uma grande percentagem dos afetados são pessoas em idade ativa, sendo as perdas em termos de produtividade e custos com cuidados de saúde extremamente dispendiosas. Estes efeitos adversos aumentam com uma dieta inadequada e com outros fatores como o stresse, o tabaco e o consumo excessivo de álcool. Tais fatores estão frequentemente relacionados com estilos de vida em países industrializados e em crescimento nos países em desenvolvimento.

A prática regular de atividade física de intensidade moderada e nas mais variadas formas preveniria muitos dos problemas de saúde que temos vindo a referir, no entanto, há barreiras – potenciais ou reais - à atividade física que entram os esforços, constituindo obstáculos de carácter físico, fisiológico, psicológico, social, cultural ou económico. Estes obstáculos podem ser ultrapassados através do desenvolvimento e implementação de políticas públicas eficazes e de medidas concretas. Apesar de a atividade física pertencer ao domínio privado dos indivíduos, a sociedade é responsável pela disponibilização de informação suficiente sobre a importância da prática regular de atividade física e das oportunidades de ser fisicamente ativo pela sua saúde de formas eficazes e seguras. Isto exige uma multiplicidade de parceiros, na medida em que as políticas e estratégias têm de ser transversais; os locais de trabalho devem ser um elemento chave para a sensibilização como parte integrante de uma estratégia de promoção da saúde; desde logo em virtude dos benefícios para a saúde e o bem-estar dos trabalhadores e a produtividade decorrentes do aumento da atividade física, e em segundo lugar devido às características do local de trabalho as quais tornam o sucesso mais provável.

Estudos empíricos e científicos têm demonstrado que há um bom potencial para programas no local de trabalho destinados a melhorar os níveis de atividade física e a trazer vantagens substanciais para os trabalhadores e os empregadores. Programas bem conduzidos têm resultado em melhor condição física, menos ausência do trabalho, redução dos fatores de risco para doenças crónicas, menos sintomas e potenciais melhorias para a saúde e o bem-estar.

Para o sucesso destes programas alguns elementos já demonstraram ser essenciais:

- serem parte integrante de um quadro de políticas integradas de SST abrangendo fatores psicossociais e medidas de promoção da saúde a elas relacionadas;
- uma visão nítida e uma estratégia específica sobre a atividade física para uma vida saudável;
- compromisso de todas as partes envolvidas de levar a cabo um programa eficaz;
- planeamento e implementação baseados em valores atuais, normas, atitudes, necessidades, expectativas e possibilidades para os trabalhadores;

- implementação de medidas em número suficiente para um período útil de tempo;
- bom acompanhamento;
- recursos económicos, administrativos e humanos em número suficiente.

Os programas que incluem medidas comunitárias têm demonstrado serem particularmente eficazes; podem incluir o incentivo à deslocação para o trabalho a pé ou de bicicleta e o aumento da utilização de instalações desportivas fora do trabalho através da redução das mensalidades. Isto é eficaz na medida em que estimula a atividade física não apenas nos tempos de lazer mas também como parte integrante do estilo de vida em geral.

A motivação pessoal, interna para a prática de exercício é o fator mais importante para qualquer programa bem-sucedido.

Há vários aspectos morais e éticos que têm de ser integralmente respeitados na promoção da atividade física para uma vida saudável no local de trabalho.

A participação nas atividades tem de ser totalmente voluntária, deve ser respeitada a privacidade, e todas as informações relativas aos indivíduos devem ter caráter confidencial. Os programas ou medidas devem ser inclusivos e respeitar as necessidades e as preferências de homens e mulheres. Idealmente, os programas devem ter em consideração os meios disponíveis para os trabalhadores e garantir que os elementos menos privilegiados da mão-de-obra não são excluídos.

Relação custo-eficácia

A promoção da atividade física no local de trabalho pode ser um investimento economicamente lucrativo, se forem adotadas medidas abrangentes de longo alcance. A relação custo-eficácia da promoção da atividade física será provavelmente melhor se for baseada numa política integrada e numa estratégia apropriada.

Um pré-requisito importante para a promoção bem-sucedida da atividade física no local de trabalho é um quadro de política integrada de SST e a sua cabal implementação. Para funcionar adequadamente deve haver uma percepção partilhada no local de trabalho de que a condição física e a saúde são ambas úteis para o trabalhador e o empregador para garantir o sucesso continuado da empresa. Deve haver um programa abrangente integralmente ligado a outras áreas temáticas do trabalho e coordenado com abordagens a outras medidas de promoção da saúde, por exemplo, o incentivo a atividade física no trabalho mas a manutenção do fornecimento de uma alimentação rica em calorias, açúcares e baixa em fibras na cantina da empresa, resultará na eliminação das vantagens positivas das atividades físicas promovidas.

A própria política deve ser implementada numa base contínua com recursos adequados.

O desenvolvimento da política precisa de ser um esforço de colaboração entre os parceiros, incluindo os representantes do pessoal a todos os níveis, desde os diretores aos trabalhadores a tempo parcial, bem como os responsáveis pela saúde e segurança no trabalho. O compromisso com as políticas por todas as partes é fundamental.

5. Boas práticas

Na aplicação do ciclo de melhorias contínuas para a promoção da saúde em geral e a do exercício físico em particular, o quadro seguinte para o desenvolvimento das políticas pode ser visto como um exemplo de boas práticas, baseado na aplicação do ciclo de melhorias contínuas à promoção da saúde para uma atividade física para uma vida saudável.

Atividade física para uma vida saudável

1. Visão:

Sustentabilidade, credibilidade, baseadas em dados, inovação e justiça social.

2. Fundamentação:

O défice atual de atividade física e os elevados custos para a saúde e a produtividade; benefícios potenciais para a saúde e a produtividade; viabilidade; outros benefícios sociais e ambientais.

3. Definição do problema:

Qual a dimensão da inatividade física; quem é inativo e porquê.

4. Soluções:

Utilização de intervenções de eficácia comprovada; apropriadas do ponto de vista cultural; com ligações a outros problemas de saúde e psicosociais; utilização de todas as oportunidades disponíveis e novas; utilização de abordagens normativas adequadas, bem como informação e educação; garantir boa governança e responsabilidade; abranger todas as áreas práticas da vida, incluindo as deslocações.

5. Implementação:

Consulta aos trabalhadores e avaliação das suas necessidades; estratégia e política por escrito; monitorização e resposta às alterações no ambiente laboral e social; estabilidade da base de apoio; coligações, parcerias, líderes e campeões; enfoque na atividade física desfrutável e que promova a interação social; integração com medidas interrelacionadas em áreas como os desportos, a educação, a cultura, os transportes, o planeamento urbano e os meios de comunicação.

6. Avaliação:

Formativa, processual e de impacto (resultados).

Adaptado de Shephard et al., 2004.

Opções estratégicas

Após a implementação duma política integrada é necessário desenvolver uma estratégia específica para a promoção da atividade física saudável. Uma das decisões chave a ser tomada é que medidas devem ser adotadas em cada local de trabalho, uma vez que para situações distintas serão necessárias diferentes combinações de atividades.

Ficou igualmente demonstrado que medidas individuais e de curto prazo não são muito eficazes, especialmente se se limitarem a fornecer informação sob a forma de panfletos, por exemplo, ou concedendo incentivos financeiros para a prática de atividades físicas sem lhes dar tempo para se exercitarem. É igualmente importante a adoção de medidas que respondam às necessidades, expectativas, possibilidades e recursos que foram acordados durante o desenvolvimento da política para evitar uma potencial frustração, devendo ainda corresponder à cultura e ao ambiente do local de trabalho sob pena de não serem aceites.

O leque de possíveis elementos de estratégia inclui os seguintes:

Elementos de uma estratégia para a promoção da atividade física para uma vida saudável	
Informação	Pode assumir a forma de folhetos, <i>posters</i> , artigos, sítios <i>web</i> e apresentações; Pode abranger assuntos como os benefícios da atividade física; diferentes oportunidades para uma vida ativa, tais como no local de trabalho, na deslocação diária para o trabalho, durante os tempos livres ou enquanto desempenha as tarefas domésticas; conselhos sobre os diferentes programas de exercício disponíveis, instalações, equipamento e vestuário adequado.
Educação (incentivada por colegas de trabalho)	Proporciona um conhecimento mais formal e aprofundado sobre os aspetos supra-mencionados através de cursos, conferências, artigos, sítios <i>web</i> e grupos de discussão. A educação e a formação são particularmente úteis quando proporcionadas por colegas de trabalho que os ajudam a tornar-se fisicamente ativos.
Questionários	A recolha de informações sobre os hábitos saudáveis e de atividade física da mão-de-obra e sobre os valores, atitudes, preferências e obstáculos relacionados com a atividade física pode ser utilizada para conceber um programa e como ferramenta de avaliação para medir o seu sucesso.
Exames médicos regulares	Permitem medir a necessidade de atividade física por parte dos trabalhadores e identificar qualquer problema de saúde que possa influenciar a escolha do desporto a praticar.
Testes de condição física	Permitem medir os níveis dos diferentes aspetos da condição física; a necessidade de atividade física com diferentes objetivos; podem ser utilizados para acompanhar os efeitos dos programas de exercício.

Elementos de uma estratégia para a promoção da atividade física para uma vida saudável

Convocatórias e incentivos possíveis	Podem incentivar os trabalhadores a aproveitar as oportunidades para serem fisicamente ativos durante o dia de trabalho, como por exemplo, utilizarem as escadas em vez dos elevadores e deslocarem-se para comunicar com os colegas em vez de recorrerem ao telefone ou ao correio eletrónico.
Aconselhamento e orientação	Proporciona ajuda individual para escolher as atividades físicas mais adequadas; pode constituir uma motivação.
Grupos de exercício	Grupos de indivíduos com os mesmos objetivos, motivações e nível de competências que prestam um maior apoio social e intercâmbio de experiências que podem incentivar as pessoas a começar e a continuar a exercitar-se; Colegas com alguma formação na condução de grupos de exercício tem demonstrado ser uma boa forma de proporcionar a liderança necessária.
Eventos desportivos	Incluindo ou não a vertente competitiva; podem proporcionar oportunidades para experimentar um novo desporto e incentivar à prática de mais exercício ao fornecerem um objetivo a atingir e aumentar a coesão social no trabalho; Estes eventos podem igualmente ser abertos aos membros da família para ampliar o alcance dos esforços promocionais.
Instalações, equipamentos, vestuário	Podem ser organizadas e pagos parcial ou totalmente pelo empregador.
Subsídios	Podem ser concedidos pelo empregador sob a forma de pagamento total ou parcial das mensalidades do ginásio ou de outras instalações desportivas fora do local de trabalho.
Prémios, recompensas	Podem ser atribuídos pelo desempenho ou pela participação.
Incentivos a caminhar ou a pedalar para o trabalho	Podem incluir a disponibilização de instalações para mudar de roupa e tomar banho, parque para as bicicletas, melhoria das condições de segurança na estrada (em colaboração com a comunidade local) e incentivos financeiros.
Pausas para exercícios	Podem ser proporcionadas durante o dia de trabalho.
Monitorização	Da atividade física no trabalho; adequada e atempada informação de retorno das conclusões.

Quem pode fazer o quê?

Empregadores	● Incluir a atividade física para uma vida saudável como parte importante de uma política integrada de SST; ● contribuir para o desenvolvimento da política num esforço de cooperação com outros parceiros; ● assumir o compromisso de apoiar financeira e simbolicamente; ● motivar os trabalhadores e demais pessoas a adotar um estilo de vida ativo.
Trabalhadores e os seus representantes	● participar no desenvolvimento da política expressando as suas opiniões, necessidades, expectativas e sugestões e implementando-as; ● promover a aceitação da política entre os trabalhadores.
Especialistas em saúde e segurança no trabalho	● disponibilizar os seus conhecimentos profissionais das necessidades da atividade física no local de trabalho; ● fornecer informação sobre as formas mais eficazes para implementar a política.
Representantes da Comunidade e estruturas desportivas	● informar sobre as possibilidades de prática de desportos, exercício e outras atividades físicas na comunidade; ● prestar informações sobre as condições de utilização das instalações desportivas.

6. Inter-relações

A atividade física gera efeitos benéficos para a saúde das pessoas podendo contribuir para a redução dos riscos de saúde relacionados com hábitos alimentares, tabaco, consumo de álcool e de drogas, stresse, e mesmo violência, se combinada com outras medidas de proteção da saúde. Por esta razão, a atividade física deve ser uma componente das medidas de proteção da saúde no local de trabalho. Seguidamente analisaremos algumas das suas inter-relações.

Nutrição e atividade física

Há uma forte ligação entre uma alimentação equilibrada e a atividade física: são ambas importantes para várias funções do corpo e para a forma como o organismo processa as gorduras e os hidratos de carbono. O risco de doenças crónicas é influenciado pelo que as pessoas comem e pela atividade física que praticam.

A atividade física e uma quantidade suficiente de proteínas são ambas necessárias para o desenvolvimento e fortalecimento muscular; apenas exercício ou unicamente uma dieta rica em proteínas não serão suficientes. O mesmo é verdade para a força e a massa muscular: o cálcio e a vitamina D são necessários para uma alimentação equilibrada, ao passo que a atividade física faz com que o organismo os incorpore no tecido ósseo. Os hidratos de carbono e as gorduras são processados mais eficazmente pelo organismo durante a atividade física; sem atividade muscular, os hidratos de carbono e as gorduras são armazenados no organismo, dando lugar ao aumento de peso e conseqüente agravamento do risco de doenças graves como a diabetes Tipo 2 ou doenças cardio-vasculares. A atividade física ajuda igualmente a regular o apetite: a pessoa é capaz de ingerir a quantidade de comida necessária ao seu funcionamento normal em vez de comer em demasia. A atividade física regular tem o efeito de consciencializar as pessoas para a dieta uma vez que alguém que se esforçou para ser fisicamente ativo não vai querer destruir os benefícios adquiridos seguindo uma dieta pouco saudável ou vice versa. Assim, se uma empresa integra a alimentação nas suas atividades de promoção da saúde, deve igualmente englobar a atividade física para uma vida saudável na sua estratégia para ter boas hipóteses de sucesso.

O tabaco e a atividade física

Há uma perceção generalizada de que o tabaco e a atividade física se auto-excluem, que a realidade vem comprovar: as pessoas fisicamente ativas têm tendência a fumar menos do que as pessoas inativas.

Isto pode ser explicado por vários fatores: as pessoas fisicamente ativas são normalmente mais conscientes com as questões de saúde, e sentem nitidamente os efeitos nefastos no seu desempenho físico. Os seus pares provavelmente também são ativos e podem opor-se ao tabaco.

Muitas pessoas descobrem que gostam de atividade física e que ela lhes alivia o stress, pelo que sentem menos necessidade e tentação de fumar. O desporto e o exercício revestem-se de particular importância para os membros mais jovens da população ativa para que eles desenvolvam os seus próprios hábitos e estilos de vida saudáveis.

Alguns dos fatores supra descritos são igualmente úteis para apoiar as pessoas que pretendem deixar de fumar. Para além disso a prática de uma atividade física regular pode ajudar a combater o temido aumento de peso por vezes associado a deixar de fumar.

Álcool e drogas e atividade física

Muito do que foi referido sobre o tabaco aplica-se ao consumo de álcool e drogas. Em geral a prática de uma atividade física regular contribui para prevenir o consumo inicial de álcool e drogas podendo ajudar igualmente na prevenção do consumo excessivo numa fase posterior; no entanto, nalguns desportos o consumo por vezes excessivo de bebidas alcoólicas é encarado como fazendo parte integrante da cultura desportiva. Os líderes e treinadores das equipas desportivas podem atuar responsavelmente contra esta prática sem destruírem os atrativos da atividade.

Stresse e atividade física

A atividade física representa um modo eficaz de combater o stress. Aliviar o stress e a frustração de forma saudável, ainda que por períodos curtos, pode ajudar substancialmente a evitar atividades pouco saudáveis como fumar, comer em excesso, consumir álcool, drogas ou praticar atos violentos. A longo prazo a opção pela atividade física para aliviar o stress em detrimento de outras possíveis pode ter consequências positivas significativas.

Violência e atividade física

A violência está relacionada com a atividade física através do stress e da frustração. Uma pessoa em stress pode tornar-se violenta, ao passo que poderia aliviar o stress através da atividade física. O boxe, por exemplo pode ser um canal aceitável para prevenir comportamentos anti-sociais e violentos; especialmente os trabalhadores mais jovens podem recorrer a este tipo de atividade física para estabelecer uma atitude social saudável.

7 . Integração de políticas

Face ao seu impacto no trabalho, a atividade física tem de ser incluída como parte significativa de uma política global de SST no local de trabalho, devendo ser tomados em consideração os seguintes aspetos:

- A atividade física influencia o bem-estar, a condição física, a capacidade de trabalho e a saúde para todos no local de trabalho; a atividade física tem, assim, influência em todas as funções do local de trabalho, apesar destes efeitos variarem largamente dependendo do tipo de trabalho e das características dos trabalhadores. Os resultados da atividade física tendem a aparecer com o tempo e de forma cumulativa.
- Há uma necessidade constante de melhorias no trabalho e a atividade física não é exceção. A melhoria contínua pode ser garantida através do desenvolvimento e da implementação duma política abrangente e de estratégias específicas para a promoção da atividade física.
- A atividade física é a parte do estilo de vida do indivíduo que influencia fortemente a sua saúde e que por sua vez é influenciada pelo ambiente físico, social e cultural. A promoção da saúde pode ajudar as pessoas a mudar e a manter as mudanças no seu estilo de vida.
- Um princípio chave da promoção da saúde é o envolvimento das pessoas no processo de mudança. No trabalho, isso significa que todas as partes envolvidas devem participar no planeamento das políticas e na sua implementação.
- A promoção da saúde visa melhorar a saúde de todas as pessoas com especial incidência nos grupos de risco e nos mais desfavorecidos. Isto aplica-se naturalmente à promoção da atividade física. As medidas adotadas tem de respeitar a privacidade, a liberdade de escolha, a equidade e a confidencialidade.

Bibliografia

- 📖 American Diabetes Association. 2008. “Economic costs of diabetes in the U.S.A. in 2007” in *Diabetes Care*, Vol. 31, No. 3, pp. 596–615.
- 📖 Anderson, G.B.J. 1999. “Epidemiological features of chronic low back pain” in *The Lancet*, Vol. 345, pp. 581–586.
- 📖 Bassuk, S.S.; Manson, J.E. 2005. “Epidemiological evidence for the role of physical activity in reducing risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease” in *Journal of Applied Physiology*, Vol. 99, No. 3, pp. 1193–1204.
- 📖 Burton, W.N.; et al. 1998. “The Economic Costs associated with Body Mass Index in a Workplace” in *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, Vol. 40, No. 9, pp. 786–792.
- 📖 Center for Disease Control and Prevention; American College of Sports Medicine. 1996. *Public Health Recommendation of Physical Activity* (Atlanta).
- 📖 Colditz, G. A. 1999. “Economic Costs of Obesity and Inactivity” in *Medicine and Science in Sport and Exercise*, Vol. 31, No. 11, pp. 663–667.
- 📖 FORESIGHT: Tackling Obesities: Future Choices – Summary of Key Messages (UK, Government foresight programme - Government Office for Science). Disponível em: <http://www.foresight.gov.uk/Obesity/20.pdf>
- 📖 International Labour Office. 2001. *Guidelines on occupational safety and health management systems (ILO–OSH 2001)* (Geneva).
- 📖 Katzmarzyk, P.T.; Gledhill, N.; Shephard, R.J. 2000. “The economic burden of physical inactivity in Canada” in *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 163, No. 11, pp. 435–440.
- 📖 Kessler, R.C.; et al. 2001. “The Effects of Chronic Medical Conditions on Work Loss and Work Cutback” in *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 43, No. 3, pp. 218–225.
- 📖 Lamb, C.E. et al. 2006. “Economic impact of workplace productivity losses due to allergic rhinitis compared with select medical conditions in the United States from an employer perspective” in *Current Medical Research and Opinion*, Vol. 22, No. 6, pp. 1203–1210.
- 📖 Leal, J. 2006. “Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union” in *European Heart Journal*, Vol. 27, No. 13, pp. 1610–1619.
- 📖 Malmberg, J.J. et al. 2002. “Improved functional status in 16 years of follow up of middle aged and elderly men and women in north eastern Finland” in *Journal Epidemiology and Community Health*, Vol. 56, No. 12, pp. 905–912.
- 📖 Morrato, E.M. et al. 2007. “Physical activity in the U.S. adults with diabetes and at risk for developing diabetes 2003” in *Diabetes Care*, Vol. 30, No. 2.

- 📖 Nachemson, A.L.; Jonsson, E. 2000. (eds.): Neck and Back pain: the Scientific evidence of causes, diagnosis and treatment (Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins).
- 📖 National Health Service UK, Department of Health, Physical Activity, Health Improvement and Prevention. 2004. At least five a week (London).
- 📖 Shephard, R.J. 2004. “Physical Activity Policy Development: A Synopsis of the WHO/CDC Consultation, September 29 – October 2, 2002, Atlanta, Georgia” in Public Health Reports, Vol. 119, No. 3, pp. 346–351.
- 📖 Steiner, J.F. et al. 2004. “Assessing the impact of cancer on work outcomes – what are the research needs?” in Cancer, Vol. 101, No. 8, pp. 1703–1711.
- 📖 Wannamethee, S.G.; Shaper, A.G. 2002. “Physical activity and Cardiovascular disease” in Seminars in Vascular Medicine, Vol. 2, No. 3, pp. 257–66.
- 📖 World Health Organization (WHO). 1998. World Health Report, Life in the 21st century: A vision for all (Geneva).
- 📖 —. 2000. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic (Geneva).
- 📖 —. 2002. The World Health Report 2002 – Reducing Risks, Promoting Healthy Life (Geneva).
- 📖 —. 2003. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation (Geneva, WHO Technical Report Series, No. 916).
- 📖 Zarate, A. et al. 2009. “Influence of obesity on health care costs and absenteeism among employees of a mining company” in Revista Médica de Chile, Vol. 137, No. 3, pp. 337–344.

Sítios da Internet

-  Arthritis Foundation. Arthritis and Diabetes
<http://www.arthritis.org/arthritis-and-diabetes.php>
-  World Health Organization on Physical Activity:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/pa/en/>
-  <http://www.who.int/moveforhealth/en/>
-  World Health Organization Diabetes Fact sheet
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
-  World Health Organization, Diet and Physical Activity
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/cvd/en/>
-  World Health Organization's Regional Office for the Western Pacific (2008) "Samoa", Country Health Information Profiles (CHIPs), WHO: Manila
http://www.wpro.who.int/countries/2008/sma/health_situation.htm
-  World Health Organization, Cardiovascular disease: prevention and control:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/cvd/en/>
-  The Global Challenge of Obesity and the International Obesity Task Force (IASO/IOTF). International Union of Nutritional Sciences:
<http://www.iuns.org/features/obesity/obesity.htm>
-  Cancer Research UK website:
<http://www.cancerresearchuk.org/>
-  Health Care Survey for England 2006. Cardiovascular disease and risk factors:
http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/HSE06/HSE06_Summary.pdf
-  The Global Job of Obesity and the International Task Force
<http://www.iuns.org/features/obesity/obesity.htm>
-  National Health Service, UK, Survey for England
http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/HSE06/HSE06_Summary.pdf
-  <http://www.foresight.gov.uk/Obesity/20.pdf>



Sono Saudável



1. Introdução

Os hábitos de trabalho e de sono mudaram drasticamente nos tempos modernos. A revolução industrial e a introdução da eletricidade traduziram-se em maiores oportunidades para atividades noturnas e trabalho durante as 24 horas. Apesar de no século vinte XX os trabalhadores em muitas sociedades terem adquirido maior controle sobre o seu horário de trabalho, os estilos de vida agitados fazem-nos sentir pressionados pelo tempo. Nos países desenvolvidos, o tempo médio de sono durante a noite diminuiu de 9 horas em 1910 para as sete horas e meia atuais. Alguns países estão a abandonar o hábito da sesta durante as horas mais quentes do dia, como está a acontecer, por exemplo em Atenas, com consequências negativas a longo prazo para a saúde. O sono é normalmente sacrificado em prol do trabalho, diversão ou outras atividades. Os pais manipulam os horários para acomodarem não apenas as suas próprias necessidades mas também as dos seus filhos e outros dependentes.

A investigação médica vem demonstrando a importância do sono adequado e sensibilizando para o impacto negativo na saúde, produtividade, e segurança da privação extrema de sono, da insuficiência crónica de sono e das perturbações no sono.

O sono é simultaneamente uma questão individual e do local de trabalho. O local de trabalho desempenha um papel fundamental não apenas na educação das pessoas relativamente aos horários de sono e da saúde, mas também na criação de hábitos sociais saudáveis. Horários de trabalho e políticas com impacto nos hábitos de dormir tem frequentemente um efeito dominó entre as famílias uma vez que os trabalhadores e membros das famílias providenciam no sentido de conciliar as suas necessidades profissionais e familiares. Não só o dia tem apenas 24 horas como nem todas as horas são iguais em termos da capacidade de uma pessoa dormir. As disposições relativas aos horários de trabalho tem um impacto fundamental na otimização dos horários de trabalho, na promoção de expectativas saudáveis em relação ao equilíbrio entre os custos e os benefícios a curto e longo prazo e no incentivo ao bem-estar dos trabalhadores e das suas famílias.

Impacto médico e social da perda de sono

“Os efeitos cumulativos da perda de sono e as perturbações do sono tem sido associados com uma ampla gama de consequências negativas para a saúde incluindo um aumento do risco de hipertensão, diabetes, obesidade, depressão, ataques cardíacos e AVC. Simultaneamente, a maioria das pessoas com perturbações do sono ainda estão para ser diagnosticadas.

Comparadas com as pessoas saudáveis, aquelas que sofrem de privação e de perturbações do sono são menos produtivas, apresentam um crescente recurso aos cuidados de saúde e tem uma probabilidade crescente de contraírem lesões.”

Fonte: Colten; Altevogt, 2006

2. Compreendendo o sono

Quantas horas de sono são necessárias a um adulto?

Os adultos precisam de dormir entre 7 a 9 horas em cada período de 24 horas. As crianças e os adolescentes necessitam de mais ao passo que muitas pessoas idosas têm dificuldade em dormir profundamente durante a noite. A necessidade de “dormir” pode variar entre as pessoas mas é normalmente estável para todos exceto se tiverem algum problema de saúde. Curiosamente, dormir em excesso pode igualmente conduzir a problemas de saúde a longo prazo, embora haja pessoas que necessitam genuinamente de mais de 8 horas de sono por noite durante a sua vida adulta (Kripke *et al.*, 2002).

Dormir não é uma perda de tempo e é importante não interpretar incorretamente a necessidade real de dormir como um sinal de preguiça. Dormir tem um forte impacto no desempenho profissional e na saúde física e mental das pessoas. Muitas pessoas consideram a insónia e outros problemas relacionados com o sono apenas como sinais de outras doenças, no entanto um problema mais comum atualmente é simplesmente o de que as pessoas na sua rotina diária não dormem o suficiente o que por si só pode contribuir para o desenvolvimento de outras doenças. Quanto mais aprendemos sobre o sono mais apreciamos o quanto ele é essencial para a saúde; enquanto necessidade humana básica, dormir é tão importante para a saúde como uma dieta equilibrada e a prática regular de exercício físico.

Factos fundamentais sobre o sono:

- Dormir é uma necessidade básica; embora haja variações, para os adultos 7 a 9 horas de sono por dia estão associadas a uma saúde melhor e uma vida mais longa (as crianças precisam de mais).
- A privação de sono aumenta a irritabilidade e prejudica o desempenho; as pessoas podem-se tentar enganar a si mesmas pensando que estão a trabalhar da mesma forma com poucas horas de sono mas a realidade sugere outra coisa.
- Najib *et al.*, defendem que dormir apenas 5 ou menos horas por noite de forma sistemática está associado a um aumento do risco de ataque cardíaco em cerca de 39%. Uma pessoa que durma normalmente oito horas apresenta um risco de doenças cardíacas 18% inferior ao de uma pessoa que apenas tenha regularmente 6 horas de sono.
- A morte prematura acontece em adultos que com regularidade dormem menos.
- As pessoas podem fazer mais para melhorar os seus hábitos de sono do que é conhecido; é necessário educação pública para aumentar a segurança, saúde e produtividade.

O sono e o trabalho

Os aumentos a curto prazo na produtividade derivados do trabalho noturno ou por turnos podem ter repercussões negativas na saúde e frequentemente resultam em declínios na produtividade global e na segurança, na medida em que o sono restabelece as funções cerebrais e o metabolismo do corpo (a forma como processa a comida).

Diminuir as horas de sono numa tentativa desesperada de conseguir fazer mais coisas é contraproducente em termos de desempenho profissional e da saúde. Nas crianças, a ausência de sono suficiente contribui para a diminuição da concentração e o comportamento hiperativo. Os adultos privados de sono tem demonstrado menor capacidade para reagir emocionalmente, maior irritabilidade, um aumento da obesidade e um maior risco de doenças cardiovasculares.

Estado de vigília, agilidade mental e capacidade de aprendizagem

Estudos demonstram que o grau em que a privação de sono crónica diminui a eficiência é frequentemente subestimado. Muitas pessoas sabem que o sono inadequado as torna menos despertas e aumenta a sonolência, a irritabilidade e a fadiga, no entanto, muitos ignoram que uma simples noite sem dormir pode prejudicar o desempenho profissional tanto como um nível de álcool no sangue de 0,08-0,1 por cento (o limite legal para conduzir em muitos países)¹.

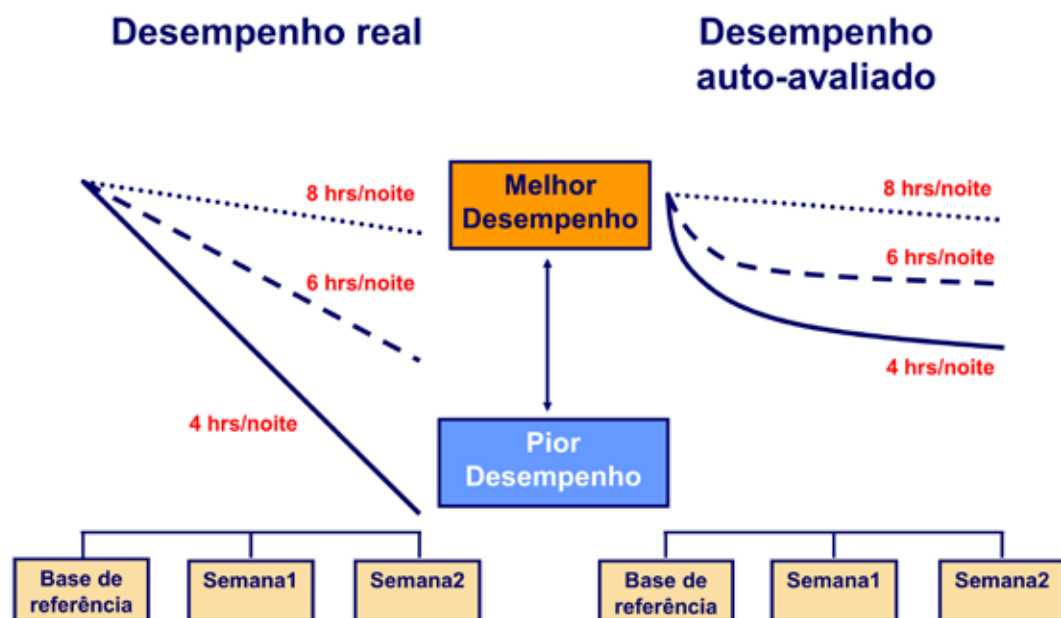


Figura 10.1: Restrição crónica do sono e desempenho

¹ Quality Sleep, ILO.

Disponível em: http://www.ilo.org/safework/areasofwork/lang—en/WCMS_118392/index.htm

Os efeitos cumulativos de horas de sono insuficientes são piores do que muitas pessoas pensam. Num estudo, o desempenho dos participantes foi piorando gradualmente à medida que eles iam dormindo cada vez menos por noite. No entanto, na sua própria percepção da sua agilidade, eles sobrestimaram o seu desempenho à medida que iam ficando mais sonolentos.

Qualidade e quantidade de sono

Há muitos fatores que determinam a quantidade e a qualidade de sono de uma pessoa num determinado momento. Alguns são relativos a características e hábitos individuais ao passo que outros referem-se ao ambiente físico que envolve a pessoa quando ela dorme e finalmente há fatores interpessoais relacionados com a família e o ambiente social.

A pessoa

Medir as horas de sono e manter um horário

As investigações demonstram que as pessoas têm ciclos naturais que comandam o adormecer e o despertar.

Num dado momento a agilidade mental da pessoa é baseada em quatro momentos principais:

Permitir que o cérebro refresque: quanto mais tempo a pessoa permanece acordada, maior é o crescimento da necessidade global de dormir. Numa pessoa sonolenta, a agilidade pode ser restaurada por várias horas através de uma curta sesta, porque diminui esta necessidade de dormir.

Evitar o “défice” de sono: não dormir horas suficientes de forma reiterada aumenta a fadiga em geral, situação que não pode ser revertida por um único período de horas extra de sono. Estudos de sono insuficiente crónico (quatro a seis horas diárias) demonstram uma diminuição na agilidade mental e no desempenho, com consequências ao nível da redução na produtividade e de lesões para a saúde a longo prazo. Para recuperar verdadeiramente do “défice” de sono e atingir a máxima agilidade, muitas pessoas necessitam de oito a dez horas de sono diárias por um período superior a uma semana. Em algumas culturas, uma sesta a meio do dia tem sido a forma tradicional de evitar este “défice” de sono.

Dormir nas horas certas do dia: o relógio corporal circadiano produz um ciclo natural de 24 horas gerado por células especiais no cérebro (Czeisler *et al.*, 2005). Este ciclo sincroniza muitas atividades do corpo entre si e com o ciclo escuridão/luz do ambiente. O ciclo circadiano aumenta naturalmente a vigília em determinados períodos do dia e a sonolência noutros. Uma vez que o corpo está num determinado ritmo, pode ser extremamente difícil conseguir um sono descansado se a pessoa tenta dormir quando o seu relógio corporal está regulado para estar acordado. Tentar estar acordado mais cedo é igualmente difícil devido à influência do relógio interno.

Ter tempo para o “aquecimento”: imediatamente após o despertar um estado de

sono denominado inércia pode persistir por vários minutos. Os processos mentais podem ser ineficientes até a pessoa acordar completamente. A inércia do sono é mais grave para as pessoas que tentam funcionar com muito poucas horas de sono. Para elas pode decorrer um período especialmente difícil com a duração de 30–60 minutos após o despertar durante o qual a agilidade é muito reduzida e os processos mentais letárgicos.

Evitar os efeitos negativos dos remédios e medicamentos, mas usando a cafeína eficazmente

Uma pequena dose de cafeína, como por exemplo uma chávena de café, pode ajudar a reduzir a sonolência em geral.

Novas abordagens sobre os efeitos reparadores do sono no corpo e na mente precisam de ser partilhados de forma mais ampla. Conhecemos agora melhor a forma como o sono é produzido e regulado pelo cérebro.

Estes princípios podem ser usados para conceber horários mais eficazes e ajudar as pessoas a conseguirem um saudável sono reparador e a obterem tratamento para as atuais perturbações do sono, quando precisam. Complementarmente às diferenças genéticas e biológicas podemos analisar fatores como:

- obrigações familiares e horários;
- hábitos e tradições culturais;
- condições do ambiente físico local como a iluminação, o ruído e o clima.

Esta informação é muito importante para o mundo do trabalho, porque a gestão correta do sono é fundamental para manter a produtividade e otimizar o desempenho a longo prazo.

No entanto, a dependência de remédios ou medicamentos (incluindo a cafeína) para reduzir a sonolência ou para promover o sono pode ser imprudente a longo prazo e criar novos problemas como a adição. A combinação do álcool com a privação de sono multiplica os efeitos desastrosos sobre a segurança.

Perturbações do sono

As pessoas podem não estar conscientes de que sofrem das seguintes perturbações do sono que estão na origem de um sono de fraca qualidade ou da sua insuficiência. Pode ser necessário consultar um médico relativamente a estes problemas de sono porque muitas destas doenças podem melhorar com tratamento médico.

1. Dificuldades em respirar à noite, por vezes, mas nem sempre, associado a um sonoro ressonar, talvez devido a uma perturbação do sono chamada apneia do sono. Normalmente, as vias respiratórias superiores podem fechar-se ou obstruir-se quando as paredes musculares relaxam durante o sono. A falta de oxigenação do sangue causa uma aspiração ou um esforço respiratório reflexo que aligeira o sono (mas pode não acordar a pessoa totalmente). Quem padece de apneia do sono pode ter estas breves interrupções inúmeras vezes por hora o que pode originar um sono não reparador e muitas doenças crónicas.

2. Insónia é a dificuldade em adormecer ou conciliar o sono durante a noite, apesar de se dispor de tempo suficiente e de boas circunstâncias para dormir (como um local escuro e silencioso). A insónia normalmente faz com que a pessoa não consiga agir da forma mais adequada quer em termos de desempenho profissional quer nas relações interpessoais.
3. A narcolepsia é uma perturbação do sono igualmente conhecida por “ataque de sono” na qual a pessoa pode desfalecer e adormecer rapidamente. Surge porque o interruptor cerebral que ativa os estados de sono e de vigília passa repentinamente para o sono onírico (Movimento Rápido dos Olhos – REM na versão original). A narcolepsia é frequentemente acompanhada por uma excessiva sonolência durante o dia. Esta perturbação do sono é frequentemente confundida com outros problemas como o abuso de álcool ou outras substâncias ou simplesmente com a preguiça.
4. Movimentos durante o sono ou mesmo antes de adormecer podem alterar os padrões do sono. Os movimentos frequentes e involuntários dos braços e das pernas durante o sono podem ser sinal do síndrome de movimentos periódicos das extremidades (PLM no original); Uma sensação incómoda e por vezes dolorosa nas pernas aliada a uma necessidade urgente de as movimentar pode ser o resultado do síndrome das pernas inquietas (RLS no original).

O ambiente físico

O sono profundo exige determinadas condições ambientais. Algumas pessoas são mais sensíveis ao ambiente em que dormem do que outras.

Ruído: A maior parte das pessoas dorme melhor num ambiente sossegado. As investigações mostram que o ruído intermitente ou perturbador apenas permite às pessoas atingirem a fase do sono mais ligeiro, tornando-as igualmente mais vulneráveis à inércia do sono (dificuldade de recuperar totalmente o estado normal de vigília ao acordar) do que aquelas pessoas que dormiram o mesmo tempo em condições mais silenciosas.

Temperatura e humidade: A temperatura corporal muda regularmente durante o sono reparador. Para poder ter um sono profundo e reparador as condições de temperatura e de humidade do quarto tem de ser confortáveis para a pessoa. Muzet declara que para uma pessoa seminua e descoberta a temperatura neutra ótima do meio ambiente deve ser de 32°C durante o sono. No entanto esta temperatura deve ser considerada média face à existência de grandes diferenças entre as pessoas (Muzet, 2007).

Não obstante, a temperatura ambiente confortável pode variar entre os 16 e os 25°C. Tentar adormecer num ambiente muito frio ou muito quente reduz as hipóteses de sucesso. Para algumas pessoas obter a temperatura corporal ótima, seja aquecendo as mãos e os pés nas noites frias ou refrescando-se nas noites quentes pode determinar que consiga dormir profundamente.

Luz: Muitas pessoas dormem melhor num ambiente escuro, o que pode ser fundamental para as pessoas que trabalham por turnos ou para as pessoas que precisam de dormir durante o dia. Dado que a atividade humana tem vindo cada vez mais a iluminar o céu noturno, é difícil para os habitantes das cidades ou arredores encontrar a necessária escuridão para poderem dormir.

Segurança: Muitos animais (incluindo humanos), são vulneráveis ao perigo quando estão a dormir porque praticamente perdem a consciência do seu ambiente imediato. Se o ambiente não for seguro, é difícil atingir a perda de consciência necessária a um sono profundo e reparador.

O ambiente social

Qualquer política no local de trabalho de promoção de práticas de sono saudáveis deve reconhecer a influência fundamental da família e da comunidade, porque dormir em casa requer a cooperação das pessoas com quem vivemos. Os deveres parentais e partilhar a casa com pessoas com diferentes necessidades biológicas de sono, com capacidades de dormir diversas e as exigências quotidianas podem constituir obstáculos importantes à obtenção do número de horas de sono saudável.

Grandes grupos sociais têm costumes culturais que afetam o ambiente no qual a pessoa tenta dormir.

As comunidades frequentemente partilham costumes como por exemplo a redução de atividades durante as horas de mais calor, a disponibilização de refeições apenas em determinadas horas, a realização de festas barulhentas em determinados dias da semana e a celebração de festivais ou eventos religiosos em certas alturas do ano que podem implicar manter-se acordado até horas inapropriadas. Por esta razão, políticas rígidas no local de trabalho não se adaptam a todos os locais. Cada vez mais à medida que as populações se movimentam e os locais de trabalho incluem grupos culturais mistos, é preciso competências para criar uma política simultaneamente flexível e justa. Algumas novas e interessantes investigações consideram que as diferenças na forma como dormimos estão dependentes da etnicidade (Hale *et al.*, 2007).

3. O impacto do sono no trabalho, stresse, humor e saúde

Produtividade no trabalho e segurança

Pensando e aprendendo. As experiências de laboratório demonstram que o sono conduz a melhorias na memória das pessoas. O sono melhora igualmente os movimentos motores qualificados, como por exemplo os utilizados para tocar piano, escrever num teclado ou quaisquer movimentos manuais complexos que melhorem esta prática.

Prestando atenção, reagindo com rapidez, tomando boas decisões.

Algumas práticas calendarizadas diminuem a segurança pública e dos trabalhadores no trabalho e no caminho para casa. A simulação laboratorial de turnos alargados, da rotatividade frequente dos turnos e de turnos noturnos sem as horas de sono adequadas demonstrou uma redução da produtividade, um aumento das taxas de erros e um aumento dos riscos para os trabalhadores.

O impacto do sono na produtividade e na segurança:

1. erros no trabalho,
2. concentração e memória reduzidas,
3. tempo de reação mais lento,
4. mau desempenho no trabalho,
5. acidentes,
6. raciocínio e aprendizagem prejudicados,
7. atenção reduzida,
8. tomada de decisões prejudicada,

O trabalho e o ambiente perturbam o sono devido a:

9. privação de sono a curto prazo,
10. insónia (recreativa e profissional),
11. trabalho noturno.

Os horários de trabalho podem entrar em conflito com o horário ideal do sono

Trabalhar à noite e dormir durante o dia é um desafio para algumas pessoas. Os que não conseguem tolerar estes horários podem dormir excessivamente à noite mas incapazes de dormir durante o dia. Isto é uma perturbação do sono designada por trabalho por turnos.

O desfasamento de horários (“*Jet lag*”) afeta os empresários viajantes internacionais uma vez que atravessam rapidamente vários fusos horários, o que origina sintomas como a sonolência durante as horas normais de estar acordado e dificuldade de adormecer durante as horas de dormir, problemas no estômago, irritabilidade e outros problemas crónicos.

Os trabalhadores em turnos com elevada rotatividade podem sofrer sintomas idênticos aos do desfasamento de horários quando as atividades internas do corpo de dormir e acordar não coincidem com o comportamento da pessoa a dormir e acordada devido às suas viagens ou horário de trabalho.

Turnos alargados ou frequentes com duração superior a 12-18 horas numa base regular tornam impossível dormir o suficiente e podem-se traduzir em significativos problemas de segurança e saúde.

Trabalho por turnos e acidentes de trabalho

Um estudo da Nova Zelândia concluiu que os trabalhadores em turnos rotativos estavam mais suscetíveis de sofrerem acidentes de trabalho do que os outros trabalhadores. Os que apresentavam maior probabilidade de sofrer um acidente de trabalho eram os trabalhadores obesos em trabalhos manuais pesados em turnos rotativos com noites e trabalhando mais de três noites por semana. Ressonar, apneia ou asfixia durante o sono, queixas de sono e excessiva sonolência durante o dia foram também significativamente associados com os acidentes de trabalho

Fonte: Fransen *et al.*, 2006.

A falta de sono é especialmente perigosa em alguns empregos:

À medida que a sensibilização para o papel vital do sono no funcionamento seguro e efetivo da pessoa vai crescendo, cada vez se vai prestando mais atenção às necessidades de dormir e aos horários dos trabalhadores em posições críticas de segurança como por exemplo os pilotos de aviação, os funcionários das centrais nucleares, médicos e cirurgiões.

O derramamento de petróleo dos tanques do petroleiro Exxon Valdez no Alasca em 24 de Março de 1989 foi atribuído ao consumo excessivo de álcool do comandante e ao número insuficiente de horas de sono de alguns dos funcionários. O jovem oficial no comando tinha dormido apenas 6 horas nas 42 horas que antecederam o acidente e desconhecia que o piloto automático estava acionado quando o navio encalhou. Perda da consciência situacional e um descuido aparentemente insignificante são típicos dos erros relacionados com a sonolência. Felizmente, estas situações normalmente resultam em acidentes eminentes mas podem causar acidentes catastróficos.

Uma análise aos acidentes causados pelo cansaço nas estradas australianas

“O cansaço é considerado um dos maiores assassinos nas estradas australianas, rivalizando com o excesso de velocidade e o álcool, mas a extensão exata do seu papel não é na realidade conhecida – ao contrário do álcool e das drogas, o cansaço não pode ser testado nas autópsias.”

Fonte: National Road Transport Commission, 2001

O Departamento Australiano de Segurança nos Transportes chegou a conclusões similares. Pilotos que voam após terem estado acordados longas horas estiveram envolvidos em inúmeros pequenos mas potencialmente mortais incidentes, bem como em quedas espetaculares ou em situações de perigo eminente².

O sono Insuficiente afeta igualmente as crianças, cujos progressos escolares podem ser atrasados pela diminuição da atenção e hiperatividade. É claro que o sono é importante para o bom desempenho laboral na maioria das profissões. As consequências da falta de sono podem não ser tão dramáticas para o caixa do supermercado ou para o professor como para o piloto mas o impacto negativo no seu desempenho, na sua moral e na produtividade ao longo do tempo é significativo e potencialmente evitável.

Um estudo da OIT conclui que o trabalho por turnos aumenta o perigo para os mineiros

7 Outubro 2002 – A indústria mineira, que assistiu a uma descida acentuada no número de empregos nos últimos anos, emprega atualmente trabalhadores por turnos numa modalidade que origina fadiga e pode provocar acidentes, de acordo com um estudo da Organização Internacional do Trabalho (OIT). O relatório avisa que a fadiga pode ser tão debilitante no desempenho profissional como o abuso de drogas ou álcool. “Os trabalhadores que ultrapassem os limites do consumo de álcool são em geral proibidos de trabalhar, ao passo que um trabalhador que, por ter estado acordado durante 18 horas ou mais, apresenta os mesmos sintomas não sofre as mesmas consequências” refere o estudo.

Fonte: Shift work among miners causes fatigue and could spell accidents, ILO, 2002.
Disponível em: <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=4950&Cr=mining&Cr1=minin>

Tem sido dedicada especial atenção às necessidades de sono dos motoristas profissionais de camiões. Os acidentes causados pelo cansaço envolvendo um único veículo tem aumentado dramaticamente nos condutores de camiões após um período de condução superior a 8 horas. Um estudo de Mello *et al.* (2000) a motoristas de autocarros no Brasil indica que 60 por cento tinha apresentado pelo menos uma queixa relacionado com o sono. Os governos em todo o mundo estão a começar a adotar medidas; recentemente a União Europeia aprovou duas novas diretivas que regulamentam as horas de serviço dos motoristas comerciais. O Regulamento (CE) N.º 561/2006 de 15 Março de 2006 e a Diretiva n.º 202/15/CE de 2002 abrangem o tempo de condução, as responsabilidades, os procedimentos de controle e as sanções para os motoristas por um lado e a organização do tempo de trabalho para as pessoas que desempenham atividades no setor dos transportes rodoviários por outro.

Stresse no trabalho e disposição. O sono afeta diretamente a concentração dos trabalhadores no desempenho das suas funções, na sua disposição global, segurança, e a na sua capacidade de comunicar efetivamente. Estudos concluíram que a perturbação e a privação do sono tem consequências não apenas na diminuição da atenção e da concentração mas também na irritabilidade emocional e na ansiedade. O impacto da

2 “Fatigue is a Safety Threat” in *Flight Safety Australia*, September 2008, ATSB, pp. 54–55. Disponível em http://www.atsb.gov.au/media/56960/fsa_0900.pdf

privação de sono vai nitidamente para além das tradicionais posições de “segurança crítica” afetando a capacidade de todos os trabalhadores que tem necessidade de interagir com outras pessoas para o desempenho das suas funções. Isto pode ser particularmente importante para aqueles que trabalham em contacto direto com o público em geral mas tem igualmente impacto nos colegas de trabalho.

Saúde a longo prazo. Uma rotina de sono inadequada terá impacto na saúde física. A perda crónica de sono potencialmente causa graves problemas porque diminui a eficácia da sinalização da insulina, o processo de gestão da energia e dos níveis do metabolismo no corpo. As pessoas que são menos sensíveis à insulina têm maior probabilidade de vir a sofrer a longo prazo de obesidade, diabetes Tipo 2 e doenças coronárias.

Obesidade. A insuficiência de sono aumenta o apetite estando associada a um aumento do peso corporal a longo prazo. A duração do sono é igualmente um regulador importante do metabolismo (forma como o corpo processa os alimentos) e consequentemente do peso corporal. A obesidade atingiu proporções epidémicas em muitos países desenvolvidos. As pessoas obesas apresentam um risco elevado de desenvolverem uma ou mais doenças graves.

Diabetes. A perda crónica de sono pode contribuir para o desenvolvimento de doenças relacionadas com a idade como a diabetes Tipo 2 seja antecipando a sua aparição ou tornando-as mais graves do que poderiam ter sido. Atualmente mais de 100 milhões de pessoas em todo o mundo tem diabetes Tipo 2. De acordo com um estudo de Lavigne e colegas, a diabetes Tipo 2 está associada à redução da produtividade registando-se um aumento progressivo no número de dias de trabalho perdidos nos Estados Unidos à medida que o estado de saúde piora. A Associação Americana de diabetes afirma que o custo anual da diabetes em 2007, em despesas médicas e produtividade perdida totalizou 174 mil milhões de dólares (*American Diabetes Association*, 2007). Estimativas adicionais incluindo a diabetes não diagnosticada, a pré diabetes e a diabetes durante a gravidez elevaram o custo total estimado para 218 mil milhões de dólares. Infelizmente, a maioria das associações de diabetes não referem o sono como um fator de desenvolvimento da diabetes Tipo 2. O sono saudável pode juntar-se à lista crescente de medidas preventivas incluindo o controlo de peso, a prática regular de exercício e a dieta.

Doenças cardiovasculares. Entre todas as doenças não transmissíveis, as doenças cardiovasculares (incluindo pressão elevada, ataques cardíacos e derrames cerebrais) são as que mais contribuem para os custos das empresas em termos de produtividade perdida em consequência de incapacidades e mortes. As doenças cardiovasculares deviam constituir uma preocupação para todos os empregadores, uma vez que uma elevada percentagem da população ativa adulta tem um colesterol elevado e/ou pressão alta encontrando-se assim numa situação de risco elevado de vir a ter doenças coronárias. A duração e a qualidade do sono desempenham ambas um papel importante na prevenção das doenças cardiovasculares. A relação entre o sono e o coração foi descoberta quando se observou que os pacientes que se submeteram a um tratamento para a apneia do sono obstrutiva tinham menos incidentes relacionados com doenças cardiovasculares do que os pacientes que não tinham recebido tratamento. Durante o sono profundo a pressão arterial é mais baixa e o ritmo cardíaco mais lento. Assim, menos horas de sono profundo significa que a pressão arterial esteja, em média, mais alta durante um período de 24 horas. Pressão arterial elevada faz com que o coração bata mais forte

o que pode conduzir a doenças cardiovasculares. A hormona do stresse, o cortisol, é conhecida por acrescentar stresse ao coração, e a privação de sono está correlacionada com os elevados níveis de cortisol na corrente sanguínea.

Para além do sono noturno, as sestas durante o dia aparentam igualmente proteger o coração. Androniki *et al.* (2007) referem que as pessoas que dormem uma sesta de 30 minutos regularmente apresentam uma probabilidade de 37 por cento menor de morrerem de ataque cardíaco num período de seis anos do que as pessoas que nunca dormiram a sesta. Os cientistas rastrearam mais de 23000 adultos, concluindo que os benefícios da sesta eram mais notórios nos homens que trabalham.

4. Gestão saudável do sono para o desempenho laboral

Como gerir o sono ao nível organizacional

Ao nível organizacional, a gestão eficaz dos horários de trabalho pode poupar dinheiro através da diminuição dos custos com os cuidados de saúde, da redução de erros e acidentes e do aumento da produtividade global. As investigações demonstram que as pessoas que não dormem o suficiente padecem dos seguintes problemas que afetam consideravelmente tanto trabalhadores como empregadores:

- erros relacionados com a atividade mental;
- humor irritável;
- dificuldade de concentração;
- acentuação dos problemas de saúde.

Tentar adormecer em momentos em que os ciclos do organismo não estão preparados para isso raramente resultará num sono reparador do estado de vigília e do vigor.

A conceção dos horários e os ajustes ao local de trabalho conferem ao trabalhador a oportunidade de ter um padrão saudável de atividade e descanso. Encorajar os trabalhadores a dormirem o suficiente de forma rotineira pode aumentar a produtividade, promover a segurança no local de trabalho e melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores. Há fatores simples como o horário da jornada de trabalho, a programação do sono e as condições ambientais do quarto, que podem fazer uma grande diferença na qualidade do sono para muitas pessoas.

Dormir é um assunto pessoal e familiar. Incentivar os trabalhadores a adotar medidas juntamente com o seu agregado familiar para integrar os hábitos de sono saudável na vida doméstica pode ajudar todos a dormir melhor. Aprender mais sobre o sono saudável pode igualmente permitir a alguns trabalhadores identificarem e resolverem os seus problemas reais de perturbações do sono se necessário com apoio médico.

O sono saudável é também uma preocupação de saúde pública. Os serviços de saúde públicos podem fornecer diretrizes especialmente concebidas para promover práticas de sono saudáveis.

Ação dos governos

Muitos governos nacionais dispõem de regulamentação relativamente aos horários de trabalho para determinados setores e profissões, embora possam variar consideravelmente. Os governos costumam intervir especialmente no caso das profissões que são críticas para a segurança, estabelecendo recomendações ou legislação para garantir a conceção de medidas relativas ao tempo de trabalho seguras (horas de trabalho, traba-

lho noturno e por turnos) que permitam que haja descanso suficiente e recuperação. Uma área muito sensível neste sentido é o dos horários de trabalho dos motoristas de transportes comerciais.

Os Governos da Austrália e Nova Zelândia por exemplo, criaram um Grupo de Peritos em Fadiga para os assessorarem sobre as melhores práticas relativamente ao horário de trabalho na indústria de transportes rodoviários. Em fevereiro de 2000 a Comissão

A abordagem do grupo de peritos em fadiga:

O quadro proposto pelo grupo de peritos em fadiga precisa de ser apoiado por medidas que promovam a gestão da fadiga, as quais incluem educação, informação, formação, manutenção da rede viária, auxílio tecnológico e incentivos financeiros/sanções através dos regimes remuneratórios dos trabalhadores, do seguro dos veículos e da gestão da segurança.

A gestão da fadiga dos motoristas não é assunto apenas para os operadores e condutores, o grupo de peritos em fadiga enfatizou os requisitos e práticas de terceiros na cadeia de fornecimentos dos transportes.

A cadeia de responsabilidades na atual legislação de transporte rodoviário foi concebida para sublinhar que o desempenho na estrada está estreitamente relacionado com as decisões tomadas pelos clientes, os consignatários e os carregadores.

Há disposições estruturais significativas no perfil do setor rodoviário em material de horários de trabalho, planeamento das viagens e nas consequentes práticas dos motoristas que aumentam os riscos relacionados com a fadiga. Pressões competitivas, sistemas de pagamentos, disposições contratuais e inclusive as consequências imprevistas do atual regime de horas de condução uniram-se para criar um ambiente no qual a fadiga se converteu em algo aceite como uma parte mais das práticas do setor dos transportes.

O grupo de peritos estava consciente da necessidade de propor um quadro flexível e praticável no qual a fadiga possa ser gerida ativamente por todos os que integram a cadeia de fornecimento.

O modelo de fadiga usado pelo grupo de peritos centrou-se em três fatores principais que contribuiriam para e explicam a fadiga dos motoristas:

- a necessidade de garantir que os motoristas dispõem de oportunidades adequadas para dormir;
- a necessidade de ter em consideração os ritmos biológicos circadianos, o que implica que os motoristas não podem dormir igualmente bem a todas as horas do dia ou da noite;
- a necessidade de agir contra a fadiga resultante das exigências do trabalho incluindo a duração do trabalho e a disponibilidade de pausas durante o trabalho, que oferecem a oportunidade de recuperação temporária dos efeitos da fadiga.

Fonte: National Road Transport Commission, 2001.

Nacional de Transportes Rodoviários da Austrália, o *Bureau* Australiano de Segurança nos transportes e a Autoridade de Segurança dos Transportes Terrestres da Nova Zelândia patrocinaram conjuntamente a criação de um grupo de peritos em fadiga para estudarem opções para o desenvolvimento a médio prazo de parâmetros para a prescrição de horas de condução e de trabalho no transporte terrestre. O grupo de peritos em fadiga incluía peritos Australianos e Neozelandeses em sono, trabalho por turnos e segurança rodoviária, que colaboraram com as agências participantes e os representantes do setor na conceção de um conjunto de princípios baseados em evidências que serviram de fundamento a diversas opções normativas.

Horário de trabalho

A quantidade de horas extra por período de tempo deve ser limitada e proporcionados adequados períodos de descanso e de recuperação, incluindo o descanso semanal e férias anuais pagas, para proteger a saúde e segurança dos trabalhadores.

Devem evitar-se horários alargados e em horas irregulares ou imprevisíveis.

Não deve ser encorajada uma cultura organizacional que valorize positivamente os horários prolongados de trabalho e as horas extra. Devem ser aplicadas medidas para progressivamente ir reduzindo as horas de trabalho prioritariamente no caso das mulheres e dos jovens e nos setores e profissões que envolvam um desgaste físico ou mental particularmente intenso ou que apresentem riscos para a saúde dos trabalhadores.

Trabalho por turnos e noturno

As publicações científicas sobre o trabalho por turnos e as perturbações do sono tem revelado fortes indícios de problemas cardiovasculares, gastrointestinais e alguns sinais de perturbações reprodutivas. Em muitos casos o trabalho noturno aumenta o risco de problemas de saúde.

A análise aos dados dos acidentes de trabalho em alguns países indica um aumento nas taxas de acidentes após 9 horas de trabalho. Dados experimentais de psicologia cognitiva prevêem um aumento nos erros dos trabalhadores após 8 horas de trabalho.

Gestão da organização do trabalho para um sono saudável

Sugestões para trabalho sem turnos

- não incentivar horários prolongados e horas extraordinárias;
- estabelecer uma forma discreta de registar as horas trabalhadas;
- proporcionar formação adequada aos supervisores;
- ter horários de trabalho flexíveis sempre que possível;
- estabelecer um programa de assistência;
- integrar práticas e normas culturais nas políticas e práticas no local de trabalho

Sugestões para trabalho por turnos:

- não existe nenhuma estratégia universal (*"one size fits all"*);
- abordagem prática e realista;
- diretrizes sobre a utilização de turnos duplos;
- identificar formas de cobrir as necessidades extra de pessoal adicional como alternativa;
- proporcionar transporte para casa após os turnos mais tardios ou longos;
- garantir condições ótimas para poder dormir nas instalações;
- gerir a utilização de incentivos financeiros;
- prever o facto de as pessoas terem diferentes níveis de tolerância à vigília prolongada (turnos longos).

5. Boas Práticas

São necessárias estratégias diferentes no local de trabalho em relação ao trabalho noturno e ao trabalho por turnos, de acordo com o tipo de trabalho realizado na empresa ou organização. Não há uma solução única para todos os locais de trabalho. Se o trabalho por turnos for a única opção é necessário escolher um padrão ideal de trabalho por turnos tendo em atenção os objetivos e necessidades da organização e a saúde e segurança dos seus trabalhadores. Idealmente cada organização terá de aplicar a legislação nacional e identificar boas práticas para descobrir a estratégia ideal para o seu caso particular. Seja qual for a opção tomada, a abordagem tem de ser prática e realista no sentido de integrar o descanso e sono saudáveis na política de SST no local de trabalho. Algumas intervenções podem consistir nas seguintes medidas:

1. Organização do horário de trabalho, através do estabelecimento de critérios para otimizar: o número de horas, a hora de início e de fim, a frequência da rotação dos turnos, a duração e frequência das pausas, a limitação ao máximo das horas extraordinárias e do trabalho noturno.
2. Melhorias do ambiente de trabalho tais como iluminação, ajuste da temperatura adequada, redução da carga física do trabalho (sempre que possível), e a disponibilidade de serviços no local de trabalho tais como a alimentação e o transporte para os trabalhadores que trabalham em turnos fora das horas normais de trabalho.
3. Formação e educação em gestão do sono, promoção da saúde (através de dietas e exercício), aconselhamento e gestão do stresse destinada a modificar as respostas dos trabalhadores individuais.

Se for necessário introduzir o trabalho por turnos é aconselhável ter em atenção as seguintes medidas específicas que demonstraram ser eficazes na redução dos potenciais efeitos negativos das disposições relativas ao tempo de trabalho e que são baseadas primordialmente nas evidências disponíveis sobre o trabalho por turnos:

- os trabalhadores devem ser consultados sobre a organização do seu tempo de trabalho e as medidas adotadas devem resultar de um acordo;
- quando o trabalho por turnos seja introduzido como nova forma de organização do trabalho, numa fase preparatória os trabalhadores devem ser informados e o seu conhecimento e atitudes perante o trabalho por turnos avaliado. Uma campanha de sensibilização pode ser útil antes do desenvolvimento da política. Deve igualmente prever-se a possibilidade de assistência individual que seja necessária;
- sempre que possível deve evitar-se ou limitar o recurso ao trabalho noturno;
- Os horários imprevisíveis ou irregulares devem ser evitados ou limitados sempre que possível especialmente quando há outros fatores de risco presentes (p.ex. horários prolongados, perturbação do ciclo de sono circadiano ou outras fontes de stresse);

Recomendações de um grupo de peritos em tempo de trabalho e saúde e segurança

- (1) Criação de um horário de trabalho mais adequado;
- (2) Modificação do ambiente de trabalho;
- (3) Formação e aconselhamento em saúde se for caso disso.

As seguintes medidas específicas devem ser aplicadas em cada uma das três áreas supra mencionadas:

- Criação de um horário de trabalho mais adequado.
- Sempre que tal seja possível, o trabalho noturno deve ser evitado ou limitado.
- Os horários imprevisíveis e irregulares, especialmente nos casos em que estão para além do controle do trabalhador, se possível, devem ser evitados ou limitados.
- As horas extraordinárias devem ser limitadas e distribuídas entre os trabalhadores e não uma rotina.
- Em caso de turnos rotativos é preferível a rotação para a frente (no sentido dos ponteiros do relógio). Não é desejável uma rotatividade de turnos semanal.
- Uma rotação lenta (cada 2-3 semanas) tende a desencadear o processo de ajuste do ciclo de sono (p.ex. um ajuste para trabalhar de noite e dormir de dia).
- Uma rotação rápida (1-2 dias) não provoca o ajuste, mantendo os trabalhadores no mesmo ciclo circadiano (de sono diário) normal.
- O ajustamento no ciclo de sono é preferido para os trabalhadores com tarefas rotineiras que são particularmente susceptíveis aos efeitos da fadiga.
- Os empregos mentalmente estimulantes são menos susceptíveis aos efeitos da fadiga e provavelmente mais adequados a horários onde o ciclo de ajustamento do sono não ocorre.
- Os horários de início dos turnos da manhã tradicionais (6 horas) podem não ser os melhores: deveria ser considerada a alteração para as 7-8 horas.
- As horas de alteração do turno são pontos vulneráveis em termos de erros e acidentes.
- A evidência relacionada com a troca de turnos a cada 12 horas é largamente positiva desde que sejam cumpridas determinadas condições.
- Sempre que o horário de trabalho é alargado para além de um período de 8 horas, deve ser conduzida uma reavaliação de outros riscos profissionais (p.ex. químicos, ergonómicos, etc.)
- A participação de um representante dos trabalhadores na conceção dos horários de trabalho é altamente recomendável.

Fonte: Spurgeon, 2003.

- o trabalho extraordinário deve ser limitado, distribuído entre os trabalhadores e não se deve converter numa rotina. Sempre que seja possível, deve ser evitado o trabalho extraordinário em situações de trabalhos com elevado nível de stresse físico ou psicológico;
- Deve ser estabelecido um sistema de vigilância da saúde para os trabalhadores com horários de trabalho diferentes da jornada normal;
- Sempre que o horário de trabalho é alargado para além de um período de 8 horas, deve ser conduzida uma reavaliação dos riscos físicos e químicos para a saúde e instalado um sistema de monitorização de acidentes de trabalho de confiança;
- Os turnos devem ser calendarizados em dias, semanas ou meses para equilibrar os custos e benefícios do curto prazo com os riscos e as potenciais efeitos negativos na saúde dos trabalhadores e na produtividade a longo prazo. Os horários dos turnos devem ser concebidos de forma a minimizar a fadiga. Devem igualmente ser considerados a ordem de rotação dos turnos, o número de equipas de trabalhadores a incluir e antecipar a forma de cobrir necessidades extraordinárias de pessoal;
- Deve ser restringido o número de horas a trabalhar por período, e implementados procedimentos para dar assistência a trabalhadores que ultrapassam normalmente esse limite, situação que só se deve verificar num contexto de excessos de trabalho dentro do limite da razoabilidade e para cumprir os prazos de entrega;
- Após consulta com os trabalhadores e os seus representantes, deve ser integrada uma forma discreta de registo das horas extraordinárias trabalhadas que inclua a forma de arquivo e utilização da informação. Desta maneira, a informação pode ser considerada como uma contribuição positiva para a saúde dos trabalhadores e não como vigilância excessiva;
- Deve ser disponibilizado para todos os horários de trabalho o acesso a alimentação, transportes e saúde e segurança, e oferecida a possibilidade de auxílio no transporte para casa à noite ou de madrugada após turnos prolongados. Caso existam quartos para dormir nas instalações da empresa, devem ser garantidas condições para um sono reparador (por exemplo ao nível da iluminação e da insonorização);
- Devem ser autorizados horários de trabalho flexíveis, na medida em que tal seja viável face às necessidades da empresa, de forma a que o trabalhador consiga conciliar as suas necessidades de trabalho, descanso e sono com as suas responsabilidades familiares;
- Pode ser estabelecido um programa de assistência aos trabalhadores com profissionais especialistas nas necessidades de descanso e de sono e que ao lidarem com informação privada sejam regidos por princípios de confidencialidade e não-discriminação;
- A formação de supervisores sobre uma boa gestão é essencial para que o trabalho seja realizado sem prejudicar as necessidades de descanso e de sono dos trabalhadores. Os supervisores podem igualmente necessitar de formação para aprenderem a gerir a situação delicada de sobreposição do trabalho à família, e resolver os problemas de equilíbrio entre o trabalho e a família;
- A integração de práticas e normas culturais às políticas e práticas no local de trabalho contribuirá para uma melhor adaptação dos trabalhadores.

6. Inter-relações

Sono e estilo de vida

Longas horas de trabalho aparentemente estão associadas a uma maior prevalência de sintomas somáticos e comportamentos adaptativos prejudiciais para a saúde como é o caso do aumento do consumo de tabaco e de uma dieta inadequada e irregular. Alguns trabalhadores relataram efeitos adversos nas relações familiares, especialmente nos casos em que o horário de trabalho excedia as 50 horas por semana.

A insuficiência de sono pode por os trabalhadores em risco. Um estudo demonstrou, por exemplo, que o risco de dar entrada num hospital com um acidente de trabalho, como um osso partido em resultado de uma queda aumenta à medida que o número de horas de sono baixa das 7 horas por noite. O consumo abusivo de álcool, de tabaco e o uso recreativo de drogas pode diminuir os efeitos retemperadores do sono e contribuir para a insónia ou outras perturbações do sono.

Em compensação os hábitos saudáveis apoiam-se entre si: a prática regular de atividade física que melhora a condição física, pode melhorar o sono; por sua vez a redução do excesso de peso corporal pode melhorar algumas perturbações do sono como a respiração alterada durante o sono (apneia do sono)

Sono e Stresse

Trabalhar mais de 48 horas por semana de forma regular parece constituir um importante fator de stresse relacionado com o trabalho que reduz a satisfação laboral, aumenta os efeitos de outros fatores de stresse e incrementa significativamente o risco de problemas de saúde mental. Trabalhar regularmente mais de 60 horas por semana parece aumentar o risco de contrair doenças cardiovasculares.

A maior parte das pessoas recorda-se de nalgum momento da sua vida de problemas para dormir devido a situações de stresse da sua vida pessoal. O que pode não ser tão claro é que a falta de sono suficiente também pode diminuir a nossa capacidade para resolver problemas e de nos relacionarmos com os outros, piorando o stresse e aumentando potencialmente o risco de violência psicológica (ou mesmo física) entre pessoas irritáveis e sonolentas no trabalho.

7. Integração de políticas

Integrar as preocupações com o sono numa política de segurança e saúde no trabalho que aborde a promoção da saúde significa incluir uma variedade de elementos globais que, sendo relevantes para todos os problemas psicossociais, assumem particular importância quando se trata de um sono saudável. Enumeramos de seguida alguns deles.

Organização do trabalho

Em termos de sono, a organização do trabalho refere-se às horas trabalhadas e ao que acontece durante o horário de trabalho. Se é necessário o recurso ao trabalho por turnos, este deve ser organizado em conformidade com as recomendações médicas e científicas mais recentes para maximizar quer a saúde do trabalhador quer a produtividade da empresa. Durante o horário laboral, o trabalho deve ser organizado de forma tal que dê aos trabalhadores tempo suficiente para completar as suas tarefas, o que significa distribuir as tarefas certas à pessoa certa e fornecer-lhe os meios para fazer o seu trabalho. Prazos apertados para cumprir podem ser estimulantes, mas se forem pouco realistas podem dar origem a horas extraordinárias em excesso, stresse e perda de sono, o que reduz a produtividade em vez de a aumentar.

Avaliação e gestão de riscos

Se são fatores relacionados com o trabalho que impedem os trabalhadores de dormir o número de horas suficiente, tal constitui um risco para a saúde que a empresa tem de avaliar e gerir. Em postos de trabalho críticos do ponto de vista da segurança os riscos estão relacionados com a saúde e segurança dos funcionários e do público em geral, podendo estar relacionados com a qualidade dos produtos e com o processo de tomada de decisões acertadas.

Responsabilidade Social

Há uma clara responsabilidade para com o público em geral, especialmente quando o trabalho envolve riscos significativos para a segurança como é o caso de conduzir, pilotar um avião ou desempenhar funções em instalações perigosas como fábricas de produtos químicos, nucleares, ou trabalhar nas estruturas de saúde pública. As organizações socialmente responsáveis devem certificar-se que são garantidas as necessidades de sono dos trabalhadores para que estes possam trabalhar de forma segura. As consequências de tal não acontecer podem ser catastróficas em termos de perda de vidas e de reputação da organização.

Formação, educação e informação

Há muita desinformação e mitos sobre as necessidades de sono, o que somado às pressões por parte dos supervisores e pares pode fazer com que os trabalhadores acumulem fadiga por não dormirem o suficiente. Os trabalhadores precisam de saber como gerir o próprio sono e os supervisores e gestores necessitam de ser bem informados sobre as necessidades de descanso e sono e os benefícios de organizarem o trabalho de forma a não afetar o descanso e o sono dos trabalhadores.

Assistência, apoio, tratamento

Nalguns casos, os trabalhadores precisarão de apoio para a gestão do seu tempo de trabalho e sono ou precisarão mesmo de tratamento para uma perturbação do sono. Os empregadores poderão ter um papel ativo proporcionando assistência ou tratamento e acesso à informação sobre potenciais soluções.

Confidencialidade

Dado que o sono atravessa a fronteira entre o trabalho e a vida privada, é absolutamente essencial que qualquer troca de informação cumpra os requisitos de confidencialidade. Deve ser decisão dos trabalhadores determinar a extensão da informação sobre a sua vida privada a que a administração da empresa poderá ter acesso, devendo existir meios alternativos para partilhar a informação relevante sem a tornar pública se for essa a vontade do trabalhador por exemplo através de um representante ou de um serviço de orientação e apoio pessoal (*counselling*).

Participação e consulta dos trabalhadores

Para uma organização adequada do tempo de trabalho, a administração e os trabalhadores devem estar conscientes das necessidades de ambos e trabalhar em prol de uma solução aceitável mutuamente. Os trabalhadores ou os seus representantes tem de ser parte integrante dessas consultas devendo estar envolvidos em quaisquer projetos de alterações de longo prazo.

Melhorias contínuas

Nenhuma organização é estática, mas antes aberta a mudanças resultantes de influências internas e externas.

Para garantir a sua eficácia e cumprimento de todos os requisitos é indispensável rever e atualizar periodicamente todas as políticas. Assim, a organização pode-se envolver num ciclo de melhorias contínuas ao nível da segurança e saúde no trabalho.

Promoção da saúde

Muitas empresas têm vindo a reconhecer os benefícios da promoção da saúde dos seus trabalhadores em complemento à prevenção de acidentes de trabalho e doenças profissionais. Incentivar um bom descanso e boas práticas de sono e disponibilizar informação pode integrar uma campanha global de proteção da saúde.

Bibliografia

- 📖 Åkerstedt, T. 2007. "Interaction between Sleep and Stress in Shift Workers" in D. Léger and S.R. Pandi-Perumal (eds.): *Sleep Disorders: Their Impact on Public Health* (London, Informa UK Ltd.), pp. 101–114.
- 📖 Amundsen, A.H.; Sagberg, F. 2003. Hours of service regulations and the risk of fatigue- and sleep-related road accidents (Oslo, TOI).
- 📖 Ancoli-Israel, S.; Cooke, J.R. 2005. "Prevalence and comorbidity of insomnia and effect on functioning in elderly populations" in *Journal of the American Geriatric Society*, Vol. 53, No. S7 (Suppl.), pp. s264–s271.
- 📖 Androniki, N. *et al.* 2007. "Siesta in Healthy Adults and Coronary Mortality in the General Population" in *Archives of Internal Medicine* Vol. 167, No. 3, pp. 296–301.
- 📖 Ayas, N.T. *et al.* 2003. "A prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women" in *Archives of Internal Medicine*, Vol. 163, No. 2, pp. 205–209.
- 📖 Belenky, G. *et al.* 2003. "Patterns of performance degradation and restoration during sleep restriction and subsequent recovery: a sleep dose-response study" in *Journal of Sleep Research*, Vol. 12, No. 1, pp.1–12.
- 📖 Cizza, G.; Skarulis, M.; Mignot, E. 2005. "A link between short sleep and obesity: building the evidence for causation" in *Sleep*, Vol. 28, No.10, pp. 1217–1220.
- 📖 Colten, H.R.; Altevogt, B.M. 2006. *Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem* (Washington, D.C., Institution of Medicine of the National Academies). Disponível em: <http://www.iom.edu/CMS/3740/23160/33668.aspx>
- 📖 Czeisler, C.A.; Buxton, O.M.; Khalsa, S.B. 2005. "The human circadian timing system and sleep-wake regulation" in M. Kryger; T. Roth; W. Dement (eds.): *Principles and Practices of Sleep Medicine* (Philadelphia, Saunders).
- 📖 Fenwick, R.; Tausig, M. 2001. "Scheduling stress: family and health outcomes of shift work and schedule control" in *American Behavioural Scientist*, Vol. 44, No. 7, pp. 1179–1198.
- 📖 Fransen, M. *et al.* 2006. "Shift work and work injury in the New Zealand Blood Donors' Health Study" in *Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 63, No. 5, pp. 352–358.
- 📖 Hale, L. 2005. "Who Has Time to Sleep?" in *Journal of Public Health*, Vol. 27, No. 2, pp. 205–211.
- 📖 Hale, L. *et al.* 2007. "Does the Demography of Sleep Contribute to Pre-existing Health Disparities?" in D. Léger and S. R. Pandi-Perumal (eds.): *Sleep Disorders: Their Impact on Public Health* (London, Informa UK Ltd.), pp. 1–18.

- 📖 Hartenbaum, N. *et al.* 2006. “Sleep Apnoea and Commercial Motor Vehicle Operators: Statement From the Joint Task Force of the American College of Chest Physicians, American College of Occupational and Environmental Medicine and the National Sleep Foundation” in *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 48, No. 9(s1).
- 📖 Knutsson, A. 2003. “Health disorders of shift workers” in *Occupational Medicine*, Vol. 53, No. 2, pp. 103–108.
- 📖 Kripke, D.F. *et al.* 2002. “Mortality associated with sleep duration and insomnia” in *Archives of General Psychiatry*, Vol. 59, No. 2, pp.131–136.
- 📖 Lavigne, J.E. *et al.* 2003. “Reductions in individual work productivity associated with type 2 diabetes mellitus” in *Pharmacoeconomics*, Vol. 21, No. 15, pp. 1123–1134.
- 📖 McEwen, B.S. 2006. “Sleep deprivation as a neurobiologic and physiologic stressor: allostasis and allostatic load” in *Metabolism*, Vol. 55 (Suppl. 2), pp. s20–S23.
- 📖 Mello, M.T. *et al.* 2000. “Sleep patterns and sleep related complaints of Brazilian interstate bus drivers” in *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, Vol. 33, pp. 71–77.
- 📖 Muzet, A. 2007. “Sleeping Environments” in D. Léger and S. R. Pandi-Perumal (eds.): *Sleep Disorders: Their Impact on Public Health* (London, Informa UK Ltd), pp. 67–77.
- 📖 National Road Transport Commission. 2001. *Driver Fatigue: A survey of long distance transport companies in Australia* (Parliaments of Australia and New Zealand, Australian Transport Safety Bureau).
- 📖 O’Connor, P.J. *et al.* 2004. FIMS position statement on air travel and performance in sports (Fédération Internationale de Médecine du Sport Position Statement No. 16), pp. 1–12. Disponível em: <http://www.fims.org/files/311417173/PS16%20Air%20travel%20March%202004.pdf>
- 📖 Spiegel, K. *et al.* 2002. “Effect of Sleep Deprivation on Response to Immunization” in *Journal of the American Medical Association*, Vol. 288, No. 12, pp. 1471–1472.
- 📖 Spurgeon, A. 2003. *Working time: Its impact on safety and health* (Geneva, ILO, Occupational Safety and Health Research Institute, Korea Occupational Safety and Health Agency). Disponível em: <http://ilo-mirror.library.cornell.edu/public/english/protection/condtrav/pdf/wtwo-as-03.pdf>
- 📖 Van Dongen, H.P.A. *et al.* 2003. “The cumulative cost of additional wakefulness: Dose-response effects on neurobehavioral functions and sleep physiology from chronic sleep restriction and total sleep deprivation” in *Sleep*, Vol. 26, No. 2, pp.117–126.
- 📖 Zee, P.C.; Turek, F.W. 2006. “Sleep and health – everywhere and in both directions” in *Archives of Internal Medicine*, Vol.166, pp.1686.

Sítios na Internet

-  American Diabetes Association
<http://www.diabetes.org/diabetes-basics/diabetes-statistics/>
-  Australian Transport Safety Bureau; National Road Transport Commission
http://www.atsb.gov.au/media/36067/fatig_trans_9.pdf
<http://www.science.org.au/nova/074/074key.htm>
-  Australian, Transport Safety Bureau, Air Safety Investigations
http://www.atsb.gov.au/media/56960/fsa_0900.pdf
-  European Commission, Directorate-General Transport and Energy, Study on Fatigue
http://ec.europa.eu/transport/road_safety/specialist/knowledge/pdf/fatigue.pdf
-  Insurance Institute for Highway Safety
http://www.iihs.org/laws/comments/pdf/fmcsa_ds_bon_060702.pdf
-  ILO Safework, Quality Sleep
http://www.ilo.org/safework/areasofwork/lang—en/WCMS_118392/index.htm
-  Shift work among miners causes fatigue and could spell accidents
<http://www.un.org/apps/news/storyAr.asp?NewsID=4950&Cr=mining&Cr1=>
-  Sleep Resources for the public, patients, and clinicians; Harvard Division of Sleep Medicine
<http://sleep.med.harvard.edu/>



Stresse económico



**Riscos psicossociais em tempos
de mudança**

1. Introdução

O trabalho de uma pessoa é a maior parte das vezes uma parte extremamente importante da sua vida.

Para a maioria das pessoas, o seu trabalho é em primeiro lugar uma forma de obter um rendimento para o seu sustento e da sua família, mas é também muito mais do que isso.

Quando se pergunta: “Fale-me de si”, as pessoas frequentemente respondem falando acerca do seu trabalho. Um trabalhador normalmente passa pelo menos metade do seu tempo de vida no trabalho, com mais horas no trabalho do que as passadas com a família ou em atividades pessoais e / ou de lazer. Por isso, não é de estranhar que o trabalho de uma pessoa, se torne muitas vezes uma parte integrante da sua identidade.

Dada a importância de um rendimento seguro e um emprego seguro, não é de estranhar que a perda potencial de qualquer um dos dois possa ter efeitos negativos para os trabalhadores, as suas famílias e as organizações que os empregam.

2. Compreender o stresse económico

O que é o stresse económico?

Como discutido no Capítulo 3, o stresse é um desequilíbrio entre as exigências e os recursos e as competências identificadas de um indivíduo para fazer face a essas exigências.

O stresse no trabalho é a resposta física prejudicial e emocional que ocorre quando as exigências do trabalho não coincidem ou excedem as competências, recursos ou necessidades de um trabalhador. O stresse económico de acordo com um relatório da OIT sobre segurança económica, refere-se especificamente ao stresse que está associado ao risco ou à incerteza quanto à situação financeira. No local de trabalho, o stresse económico pode resultar de ter vários empregos para fazer face às despesas. Os trabalhadores podem experimentar stresse económico, se a sua empresa estiver num processo de redução de trabalhadores (*downsizing*), reestruturação, ou fusão com outra empresa. No pior dos casos, os trabalhadores podem sofrer de stresse económico ao ficarem desempregados. O stresse económico pode afetar a saúde psicológica e física de uma pessoa.

Há diferentes tipos de fatores de stresse económico a que os trabalhadores podem estar expostos. Três dos mais importantes são: o desemprego, subemprego, e a insegurança no emprego. O desemprego implica uma perda (ou falta) de emprego e uma perda de rendimentos. Uma pessoa pode ser considerada desempregada se não estiver a trabalhar, mas estiver ativamente à procura de emprego (esta é a definição padrão usada pela OIT para as estatísticas de desemprego). O desemprego pode ter graves consequências para a pessoa desempregada, a sua família e a sociedade. Devido ao impacto do desemprego, a maioria dos governos acompanha de perto o nível do desemprego nos seus países.

O subemprego pode ser considerado como uma situação de um emprego atual que fica aquém da própria ideia de “emprego satisfatório”. Mais frequentemente, o subemprego ocorre ou porque os trabalhadores têm uma remuneração insuficiente pelo seu trabalho, ou porque são convidados a trabalhar menos horas do que desejariam. No entanto, para efeitos do presente capítulo, os trabalhadores são considerados subempregados se se verificarem algumas das seguintes situações:

1. O trabalhador possui mais educação formal do que a exigida para o cargo;
2. O trabalhador possui mais qualificações e mais experiência profissional do que a exigida para o posto de trabalho;
3. O trabalhador está a trabalhar involuntariamente fora da sua área de formação;
4. O trabalhador está involuntariamente a trabalhar a tempo parcial, de forma intermitente, temporária ou noutra base pontual, ou
5. Os salários dos trabalhadores estão 20% abaixo do que ganhavam anteriormente, ou

20% menos do que um salário normal para um determinado nível de experiência e competência;

6. O trabalhador está a trabalhar por conta própria na economia informal.

Exemplos de subemprego

- Xiao Ping obteve um diploma universitário em administração pública. Depois de se candidatar a dezenas de empregos sem sucesso, aceitou um lugar como secretária de uma empresa industrial local. Sente-se infeliz por não trabalhar na sua área, mas considera que não tinha outra hipótese a não ser aceitar este trabalho.
- Ivan, que trabalhou durante vinte anos como programador informático, foi recentemente despedido num processo de redução de pessoal da sua empresa. Para fazer face às despesas, aceitou um emprego como programador em início de carreira, com um salário metade do seu salário anterior.
- O empregador de Rosa emprega os trabalhadores no início com contratos temporários e tem poucos postos permanentes. Rosa foi contratada por menos de um ano e receia que ser despedida, em vez de ser recrutada pela empresa numa base permanente.

A insegurança no trabalho ocorre quando os trabalhadores percebem que o seu trabalho é instável ou está em risco. Por outras palavras, a insegurança no trabalho pode resultar de uma **potencial** perda de emprego e/ou de uma **potencial** perda de aspetos que o trabalhador valoriza sobre o seu trabalho.

A insegurança no trabalho, pela sua própria natureza é uma noção muito subjetiva. Duas pessoas empregadas na mesma posição na mesma empresa podem ter diferentes perceções relativamente à sua segurança no emprego. Um pode estar preocupado por perder o seu emprego, enquanto um seu colega de trabalho pode não partilhar essas preocupações. No entanto, a insegurança é um fator de stress económico real para o primeiro trabalhador e pode ter consequências muito negativas para o trabalhador e a sua organização.

Embora qualquer tipo de stress económico seja mau para os indivíduos, os três mencionados até agora (desemprego, subemprego, e insegurança no emprego) podem ser ordenados do mais prejudicial para o menos prejudicial. Também podem ser ordenados de acordo com a quantidade de pessoas potencialmente afetadas - das menos para as mais afetadas. Por exemplo, o desemprego é a forma mais prejudicial de stress económico, mas, felizmente, na maioria dos países, relativamente menos pessoas estão expostas a esse fator de stress do que à insegurança no em-

Prevalência	Tipo de fator de stress	Nível de stress
	Desemprego	STRESSE
	Subemprego	STRESSE
	Insegurança de emprego	STRESSE

prego. A insegurança no emprego, por outro lado, tem consequências menos negativas, mas hoje afeta uma proporção muito maior de trabalhadores do que o desemprego.

Esses fatores de stresse económico também podem ser ordenados do mais visível para o menos visível. É relativamente fácil dizer quando alguém está desempregado, mas há menos consenso sobre o que significa estar subempregado e há ainda menos padrões objetivos para identificar um trabalho inseguro.

No entanto, todas estas condições podem ser fonte de stresse económico e todas podem ter implicações significativas para todas as pessoas afetadas.

Os recursos são muitas vezes orientados para os fatores de stresse económico mais visíveis. Por exemplo, programas governamentais podem oferecer subsídio de desemprego, quando uma pessoa fica desempregada. No entanto, há menos programas ou subsídios disponíveis para alguém que está subempregado ou numa posição de insegurança elevada no trabalho. Como resultado, essas pessoas muitas vezes caem no esquecimento e há poucos ou programas governamentais ou organizacionais que abordem as causas ou consequências destes fatores de stresse económico.

O que causa o stresse económico?

Vários fatores podem levar os trabalhadores a sentir stresse económico, seja porque foram despedidos, estão subempregados, ou porque perceberam que o seu trabalho é inseguro. Esses fatores podem ser resumidos em quatro categorias: fatores económicos, alterações nas características organizacionais, características do trabalhador e características de emprego. Qualquer destes fatores pode fazer com que os trabalhadores sintam stresse económico.

Os fatores económicos levam ao stresse económico. Quando a situação económica de um país é má, as taxas do desemprego aumentam. À medida que o estado da economia se deteriora, a probabilidade de existir subemprego também aumenta devido aos baixos níveis de criação de emprego e à escassez de empregos bem remunerados. Finalmente, como a economia continua a deteriorar-se e as notícias de despedimentos em massa chegam ao grande público, a perceção de insegurança no emprego também aumenta entre os trabalhadores. Dependendo do seu estágio de desenvolvimento, alguns países registarão dificuldades quase-permanentes. Os trabalhadores nestes países sofrem correspondentemente altos níveis de stresse económico.

As características das mudanças organizacionais referem-se a reduções (redução da dimensão da força de trabalho), reorganizações, mudanças tecnológicas e mudanças na propriedade da empresa, como fusões e aquisições. O anúncio formal de despedimentos, de uma próxima fusão ou aquisição, reestruturação organizacional e / ou redução de efetivos são potenciais características de mudança organizacional que podem aumentar a insegurança do emprego e levar a perda de emprego ou ao subemprego. Todos os anos, milhões de pessoas no mundo perdem o seu emprego como resultado deste tipo de mudanças organizacionais. Essas mudanças também causam preocupação entre os restantes trabalhadores. Os receios de perda de emprego e despedimentos são as consequências mais comuns de fusões entre os trabalhadores de primeira linha e quadros superiores. Além disso, os trabalhadores muitas vezes sentem que essas mudanças organizacionais afetarão negativamente a sua segurança no emprego, o salário futuro e as oportunidades de progressão.

Outro exemplo de mudança organizacional que pode levar ao stress económico é a mudança tecnológica nas organizações. As empresas de hoje muitas vezes têm de mudar rapidamente de tecnologia para serem competitivas. Isso significa que os seus trabalhadores também devem acompanhar o ritmo. Uma alteração nos sistemas tecnológicos de uma organização pode ter um efeito profundo na segurança do emprego dos indivíduos que direta e indiretamente trabalham com a tecnologia em questão. Por exemplo, o aumento do uso de computadores mudou a descrição de funções de muitos trabalhadores e muitas vezes exige novas competências.

À medida que a tecnologia a nível das organizações se torna mais complexa, assim se tornam mais exigentes os requisitos para as competências dos trabalhadores. Os trabalhadores que não conseguem adaptar-se à mudança ou cujas competências estão desatualizadas podem estar em risco de perder o seu trabalho. Por isso as mudanças tecnológicas podem aumentar a insegurança no emprego e podem eventualmente levar à perda do emprego no caso dos trabalhadores com competências ou posições desatualizadas e que já não sejam necessárias.

À medida que a tecnologia na organização se torna mais avançada e as organizações adotam relações de trabalho mais flexíveis, os trabalhadores altamente qualificados podem ser forçados a aceitar cortes salariais ou aceitar cargos de nível inferior, conduzindo a níveis mais elevados de stress económico.

O termo características dos trabalhadores refere-se a uma variedade de diferenças individuais que aumentam as probabilidades de o trabalhador ser despedido, de que perceba que o seu emprego não é seguro, ou de que está subempregado. Por exemplo, os trabalhadores diferem em termos de sexo, etnia, nível de educação, tipo de contrato (permanente, duração determinada, tempo parcial e tempo completo) e carreira profissional. Em alguns países os trabalhadores podem ter um tratamento igual independentemente de estas características especialmente se a legislação o exige. Contudo em muitos países os trabalhadores podem considerar que são mais vulneráveis ao stress económico se fizerem parte de uma minoria, tiverem menos estudos, menos anos de trabalho, ou se tiverem uma carreira profissional descontinuada.

As Mulheres e a gravidez

Um caso único

Em muitos países não existe proteção legal contra a discriminação no trabalho por motivo de gravidez ou possibilidade de gravidez. Este facto pode resultar num maior stress económico para as mulheres.

Por exemplo, um estudo recente da OIT revelou que uma em cada seis mulheres em Ashanti, no Gana, revelou ter sido despedida devido à gravidez. Outras referiram não terem sido contratadas com receio de que poderiam ficar grávidas no futuro.

Fonte: ILO, Economic security for a better world, 2004.

Outro exemplo, dados disponibilizados pelo Instituto de Estatísticas do trabalho dos Estados Unidos mostram que nos EU a taxa de desemprego é superior entre as minorias étnicas do que entre os caucasianos. Entre os Afro-americanos a taxa de desemprego é tradicionalmente o dobro da dos caucasianos. Os trabalhadores de origem latino-americana também enfrentam de forma consistente níveis de desemprego mais elevados do que os caucasianos. (*Bureau of Labour Statistics*, 2010)

Embora as taxas reais de desemprego das mulheres não sejam mais elevadas do que as dos homens, as investigações indicam que as mulheres e as minorias tendem a experimentar níveis mais elevados de subemprego do que os homens. Além disso, se ficarem desempregadas, tendem a permanecer desempregadas por períodos mais longos.

Os trabalhadores que estão na empresa por períodos mais curtos podem experimentar mais stress económico do que os trabalhadores que estão há mais tempo na empresa. Isto porque muitas vezes as organizações adotam uma estratégia de “o último a ser contratado é o primeiro a ser despedido”, que faz com que os trabalhadores mais recentes sejam despedidos antes dos trabalhadores com maior antiguidade. Embora seja menos provável que os trabalhadores mais velhos sejam despedidos relativamente aos seus colegas mais jovens, devido à proteção por antiguidade, os trabalhadores mais velhos geralmente enfrentam mais dificuldades para encontrar emprego, se perderem seus empregos.

A carreira profissional de uma pessoa também pode afetar o seu grau de vulnerabilidade ao stress económico. Os trabalhadores que foram despedidos no passado, ou que estiveram desempregados por longos períodos de tempo, ou com carreiras estagnadas (ou seja, ainda não transitaram para um posto superior dentro do que é considerado como um prazo normal) têm mais probabilidades de enfrentar o subemprego. Em muitas sociedades, há um estigma negativo associado ao ter sido despedido, o que provoca que potenciais empregadores se questionem se existe algo de “errado” com um candidato que tenha sido despedido no passado.

Finalmente, a educação parece proporcionar um certo grau de proteção contra o stress económico. Os indivíduos com mais educação tendem tipicamente a ocupar posições de maior poder dentro das organizações e a perceber o seu trabalho como mais seguro do que os indivíduos com menos instrução. Além disso, a investigação revela que os trabalhadores com mais educação tendem a experimentar menos despedimentos e menos subemprego do que os seus semelhantes menos instruídos.

O termo características do emprego refere-se à relação contratual que um trabalhador tem com a sua organização, por exemplo contrato temporário ou eventual; a tempo parcial ou a tempo completo; e se o trabalho está sob a jurisdição de um sindicato. Contratos não vinculativos, temporários ou a tempo parciais podem resultar em menor segurança no emprego, maior subemprego, e uma maior probabilidade de ficar desempregado uma vez que estes tipos de contratos implicitamente sugerem uma permanência mais curta na organização do que uma ligação com contrato permanente, em tempo integral sugeririam. Além disso, esses tipos de contrato muitas vezes oferecem salários mais baixos e menos benefícios, na reforma e para a saúde do que os permanentes ou a tempo completo.

A externalização (*outsourcing*) é outra tendência nas organizações que tem implicações para a insegurança do emprego, subemprego e desemprego. A externalização

ocorre quando certas funções organizacionais são tratadas por serviços externos. Por exemplo, em vez de contratação e formação interna da equipa de segurança, a empresa contrata os serviços de uma empresa externa de segurança. Entre 1996 e 2001, as empresas nos Estados Unidos triplicaram o recurso à externalização e gastaram mais de 300 mil milhões de dólares em serviços subcontratados. Um número como 14 milhões de empregos de serviços de colarinho branco nos Estados Unidos estão atualmente em risco de serem subcontratados para trabalhadores e organizações localizadas fora dos EUA. Embora isto possa ter implicações negativas para os trabalhadores nos Estados Unidos, esta mesma tendência teve efeitos positivos sobre os trabalhadores de muitos países em desenvolvimento. Locais como a Índia, as Filipinas, Malásia, Vietnam e países da Europa de Leste, incluindo a Hungria e Polónia, têm experimentado um *boom* na criação de empregos como resultado deste processo. Por exemplo, mais de 250.000 trabalhadores na Índia ficaram empregados devido à externalização dos Estados Unidos. A prestação de serviços de *outsourcing* na Índia trouxe mais de dois mil milhões de dólares para o país (Bardhan; Kroll, 2003). Portanto, o que pode ser considerado como uma tendência negativa num país pode ter benefícios para outro em termos de segurança económica.

As consequências do stresse económico afetam-nos a todos

Porque qualquer trabalhador pode ficar desempregado, subempregado ou experimentar insegurança no emprego, as consequências do stresse económico podem afetar-nos a todos. Além disso, os trabalhadores não sentem os efeitos do stresse económico isoladamente. Colegas de trabalho, familiares e sociedade em geral podem ser afetados.

Considerar que o emprego é tão importante, mesmo para além da necessidade básica de ganhar um salário para viver, pode ajudar a entender por que o stresse económico pode ter esses efeitos tão negativos. Alguns investigadores concluíram que, assim como precisamos de certas vitaminas e minerais para manter a nossa saúde física, há outras “vitaminas” que são necessárias para a saúde psicológica ideal. De acordo com o “modelo de vitamina” de Warr de trabalho e desemprego, os indivíduos necessitam de nove “vitaminas” ambientais a fim de permanecerem psicologicamente saudáveis. Duas destas “vitaminas” são as necessidades mais básicas de dinheiro e segurança física. Além disso, os trabalhadores precisam de uma série de “vitaminas” relacionadas com o que eles fazem no seu trabalho: variedade de atividades, oportunidades para usar as competências que possuem, um certo grau de controlo sobre o que fazem, metas geradas externamente a seguir e clareza no seu ambiente, o que significa saber qual é seu papel e como se vai desenvolver no futuro.

Finalmente, existem “vitaminas” sociais, como oportunidades de contato com outras pessoas, e ter uma posição social valorizada. Quando os indivíduos têm “deficiências” ou “desnutrições” relativamente a estas vitaminas, pode resultar numa má saúde psicológica.

Embora algumas dessas “vitaminas” possam obter-se fora do trabalho, muitos delas veem-se ameaçadas ou diminuídas em condições de desemprego, subemprego, e insegurança no trabalho. Por exemplo, os indivíduos desempregados para além de perderem rendimentos perdem a posição social quando perdem o controlo sobre sua situação de emprego. As suas competências já não são mais utilizadas, e a estrutura externa



Figura 11.1: Modelo de trabalho de vitamina de Warr e desemprego, 1994.

e oportunidades para conhecer outras pessoas no trabalho desapareceram. As pessoas subempregadas também ficam igualmente “desnutridas” em relação às suas “necessidades de vitaminas” relacionadas com o trabalho. As competências dos indivíduos subempregados são frequentemente subutilizadas; e o seu rendimento e a posição social são muitas vezes reduzidos. A insegurança no trabalho muitas vezes traz consigo uma perda de controlo sobre a segurança do emprego, falta de clareza sobre o seu papel na organização no presente e no futuro e a expectativa de perda de rendimentos.

Com base no modelo de vitamina, é previsível que o stresse económico tenha consequências esmagadoramente negativas porque essas necessidades de “vitaminas” estão comprometidas. A investigação demonstrou que os indivíduos confrontados com o desemprego, subemprego, ou insegurança no trabalho têm experiências muito semelhantes. O impacto pode ser no indivíduo, na família e na sociedade, e / ou no trabalho.

O impacto sobre o indivíduo: O stresse relacionado com o desemprego, o subemprego e a insegurança no emprego podem ter efeitos muito negativos na saúde psicológica e física do indivíduo afetado. O quadro abaixo mostra os possíveis efeitos físicos e psicológicos do stresse pelo facto de estar desempregado.

Possíveis efeitos psicológicos

• preocupação	• ira	• tentativas de suicídio
• tensão	• medo	• baixa autoestima
• stress	• paranóia	• menos sentimentos positivos
• hostilidade	• solidão	• menos satisfação com a vida
• depressão	• pessimismo	• poucas oportunidades para se sentir competente
• ansiedade	• desespero	• sensação de perder capacidades
• abuso de álcool	• isolamento social	• redução de aspirações
• comportamento violento	• doença mental	• perda de identidade social

Possíveis efeitos físicos

• dores de cabeça	• níveis elevados de colesterol	• fator que contribui ou agrava as doenças renais
• dores de estômago	• pressão arterial elevada	
• perturbações do sono	• fator que contribui ou agrava os derrames cerebrais	
• falta de energia	• fator que contribui ou agrava as doenças do coração	
• úlceras		

Embora não esteja tão bem investigado, o subemprego também parece passar a sua fatura aos trabalhadores afetados. As pessoas que estão subempregadas tendem a estar mais deprimidas e com falta de autoestima e sentimentos positivos. As taxas de suicídio são maiores entre os subempregados. Fisicamente, o subemprego pode levar à fadiga, dor nas costas e dores musculares, bem como uma série de outros problemas de saúde física.

A insegurança no trabalho também pode piorar a saúde dos trabalhadores. O stress relacionado com a possível rescisão do trabalho pode levar a aumentos significativos nas hormonas do stress, pressão arterial e os níveis de colesterol. A insegurança no trabalho pode tornar as pessoas psicologicamente angustiadas a ponto de procurarem ajuda médica. A insegurança no trabalho entre os gestores está relacionada com um aumento da ansiedade, a depressão, angústia geral, e hostilidade.

Infelizmente, não são só os trabalhadores a nível individual não são os únicos que são negativamente afetados pelo stress económico.

O impacto na família e na sociedade: além de afetar os próprios trabalhadores, o desemprego, o subemprego, e insegurança no emprego tem implicações graves nas famílias dos trabalhadores afetados e na sociedade.

O desemprego tem sido associado ao aumento da violência física, entre marido e mulher, stresse conjugal, divórcio e violência física sobre a mulher. Não apenas o trabalhador desempregado, mas conjuge pode sofrer de depressão e transtornos psiquiátricos. Ao mesmo tempo, os filhos de trabalhadores desempregados também são afetados negativamente. O desemprego pode causar um aumento nos conflitos familiares, abuso infantil, violência familiar, e agressão e hostilidade em relação aos filhos. O desemprego também pode resultar numa menor coesão familiar e piorar o bem-estar físico e mental das crianças. Os filhos de indivíduos desempregados podem ser menos bem-comportados e ter um desempenho pior na escola do que os filhos de indivíduos empregados. Estes efeitos são particularmente preocupantes, porque se as crianças tiverem um mau desempenho na escola, podem, elas próprias, eventualmente, ter dificuldades em encontrar e manter um emprego estável.

Posição social valorizada

Efeitos similares verificam-se nas famílias de pessoas subempregadas. Os cônjuges das pessoas subempregadas podem estar menos satisfeitos com as suas finanças e a relação conjugal do que os casais com pleno emprego. Além disso, os filhos das pessoas subempregadas enfrentam desafios associados com a família ter de se mudar para que os pais assumam um novo emprego, e, por vezes, ter menos bens materiais do que os seus amigos. As crianças também podem ter que interromper a sua educação e trabalhar para atender às necessidades da família. As pessoas subempregadas também enfrentam o isolamento social em consequência de sua situação financeira reduzida. Eles podem não conseguir custear as atividades de socialização da mesma forma, ou com as mesmas pessoas, como antes.

Quando um parceiro num casamento está preocupado por perder o seu trabalho, o outro parceiro pode também começar a preocupar-se com o seu trabalho; quando um dos parceiros está a sentir stresse económico, o outro parceiro sente isso também. Infelizmente, como o stresse pode levar ao aumento de conflitos conjugais e comportamentos e atitudes negativas no casamento.

As crianças cujos pais enfrentam a insegurança do emprego têm atitudes mais negativas sobre o trabalho que as outras crianças. Além disso, as suas notas na escola podem ser afetadas. Tal como com os efeitos do desemprego, os efeitos da insegurança no trabalho sobre as crianças são particularmente alarmantes. A insegurança no trabalho dos pais pode estar relacionada com um mau desempenho escolar da criança que por sua vez pode significar que as crianças terão piores oportunidades de emprego no futuro.

Impacto no trabalho: existem inúmeros impactos no trabalho quando os trabalhadores experimentam stresse económico. Estes resultados são a seguir resumidos:

- Pior desempenho;
- menos lealdade para com a empresa;
- menos satisfação no trabalho;

- menos criatividade;
- menor envolvimento no trabalho;
- menos confiança na gestão;
- frustração na carreira;
- mais acidentes e lesões.

Claramente, estes resultados não são apenas de stresse para os trabalhadores atingidos, mas cada um destes resultados, quer direta, quer indiretamente, também podem ter um efeito negativo sobre uma linha de fundo da organização devido a equipa sair, aumento dos acidentes ou produtividade reduzida.

A insegurança no emprego e a segurança no trabalho

Através de uma série de estudos nos Estados Unidos de Probst e Brubaker, verificou-se que o stresse económico pode ter um efeito negativo sobre a segurança do trabalhador. No primeiro estudo, os investigadores encontraram evidências de que os trabalhadores que estavam preocupados com a perda de seu trabalho pago prestavam menos atenção à segurança e como resultado sofriam mais acidentes e lesões. Um estudo de acompanhamento documentou que a ameaça de despedimentos fazia com que os trabalhadores se concentrassem mais na produção e menos na segurança e na qualidade do trabalho. De forma encorajadora, um terceiro estudo mostrou que as organizações que deram uma prioridade elevada à segurança não se verificaram esses resultados, mesmo quando os seus trabalhadores relataram stresse económico. No entanto, quando pouca foi dada pouca ênfase na segurança, os trabalhadores que experimentavam insegurança tinham mais do dobro de probabilidades de sofrer acidentes de trabalho e lesões. É claro que a tensão económica pode ter um efeito negativo sobre os comportamentos de segurança do trabalhador e resultados, mas existem etapas que as organizações podem tomar para impedir que isto aconteça.

Fonte: Probst; Brubaker, 2001.

Será que a crise financeira global atual afeta a segurança e saúde no trabalho?

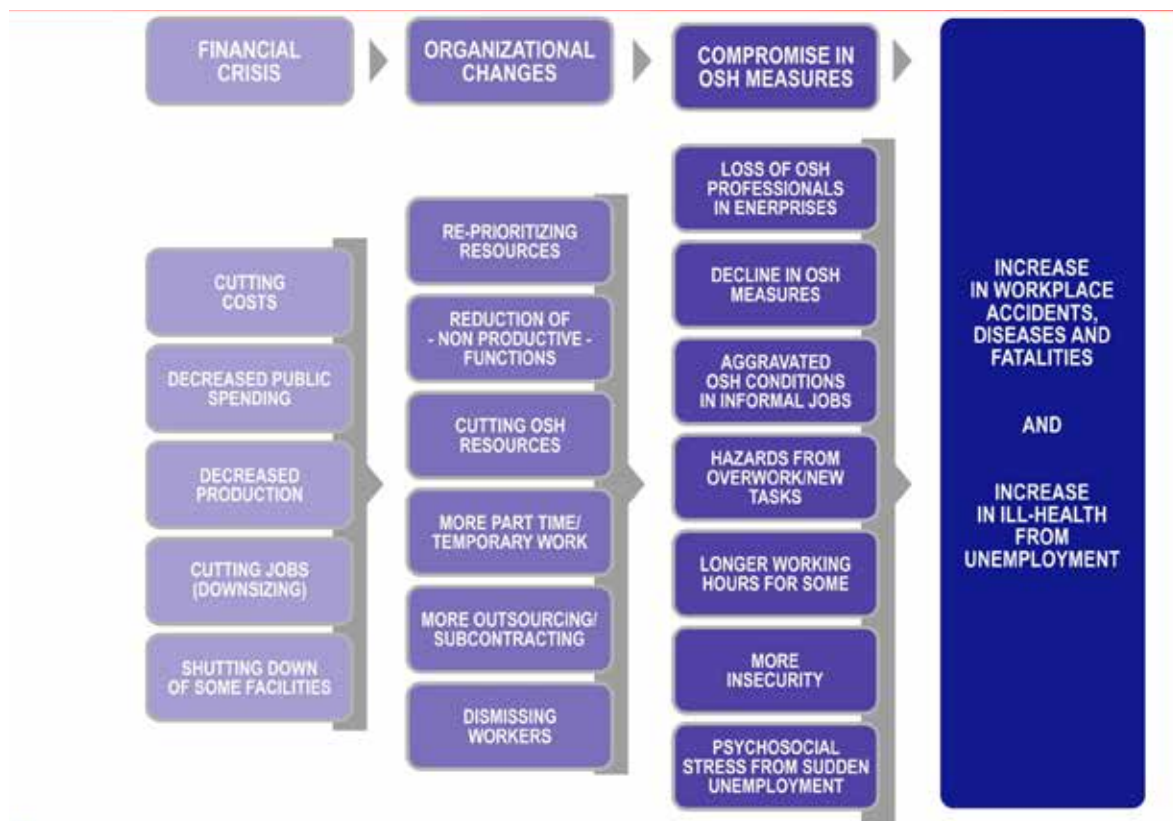
À luz da crise económica que começou em 2007 e da recessão atual, espera-se que o número de acidentes de trabalho e problemas de saúde no local de trabalho vão aumentar devido ao desemprego e reestruturações empresariais, uma vez que algumas empresas e governos serão tentados a ignorar as normas de segurança e saúde no trabalho para reduzir custos. A diminuição da despesa pública também comprometerá as capacidades das inspeções do trabalho e de outros serviços de segurança e saúde no trabalho.

As mudanças organizacionais neste período podem levar à diminuição da gestão dos perigos e riscos tradicionais, com o argumento de uma necessária redução de custos. Esta pode ser a causa em grande parte nas pequenas e médias empresas que tradicionalmente não têm os recursos e conhecimentos necessários para gerir a segurança e

saúde no trabalho e podem considerar as medidas de prevenção como um custo e não como um investimento.

As mudanças organizacionais da reestruturação, como a externalização, o aumento do trabalho a meio tempo e a subcontratação complicam a gestão da segurança e saúde no trabalho. Isto cria incerteza e mal-entendidos sobre as responsabilidades, especialmente se existem diferentes empregadores no mesmo local, como no caso da construção. As condições de trabalho precárias aumentam, juntando-se ao risco de acidentes e de problemas de saúde nas microempresas da economia informal, onde não existe uma estrutura formal de gestão e a prioridade é a sobrevivência.

A crise financeira e o seu possível impacto na SST



O impacto potencial da crise sobre a saúde dos trabalhadores vai mais além das vítimas da redução de pessoal e dos trabalhadores que permanecem. Também afeta as suas famílias e as comunidades em que ocorre a reestruturação.

A prevenção do stresse relacionado com o trabalho é um aspeto importante do objetivo primordial da OIT de promoção da saúde no local de trabalho. Uma abordagem ampla dos riscos psicossociais relacionados com as mudanças na organização do trabalho, as condições de trabalho e ambiente de trabalho permitiria elaborar programas, políticas e estratégias eficazes para criar novos modelos de prevenção de stresse e de outros fatores psicossociais de riscos no trabalho, particularmente em momentos de crise e de recessão económica (ILO, 2009).

3. O impacto dos fatores de stresse económico

Na última década verificaram-se no mundo níveis crescentes de desemprego, tanto em termos de desemprego total como a nível das taxas de desemprego. O gráfico seguinte mostra que estas tendências se estabilizaram ou melhoraram ligeiramente só nos últimos anos.

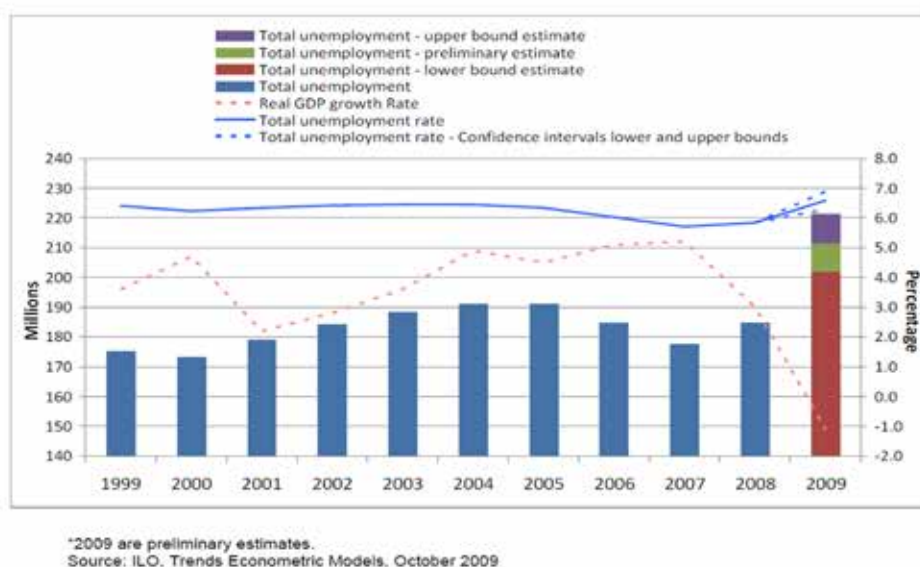


Figura 11.2: Tendências globais do desemprego, 1999-2009

Embora a taxa global de desemprego tenha sido calculada em 6,6 por cento em 2008, houve diferenças consideráveis de região para região. Os maiores saltos nas taxas de desemprego deram-se nas economias mais desenvolvidas entre 2008 e 2009. A União Europeia teve um aumento de 2,3 por cento, a América Latina e Caraíbas tiveram um aumento de 1,2 por cento, enquanto noutras regiões de menor desenvolvimento económico verificaram-se aumentos mais modestos nas suas taxas de desemprego (ILO, 2010a).

É importante relacionar que estas estatísticas sobre o emprego não têm em consideração os trabalhadores “marginalmente ativos” ou os trabalhadores “desencorajados”. Os trabalhadores marginais são os indivíduos desempregados que querem trabalhar mas que não procuraram trabalho ativamente durante as quatro semanas anteriores ao inquérito ao emprego. Os trabalhadores desencorajados são os que não estão atualmente à procura de trabalho porque acreditam que não há trabalho disponível para eles.

Devido ao aumento do emprego a tempo parcial e temporário, uma grande parte da mão-de-obra atual pode estar subempregada. Muitos destes trabalhadores preferiam postos permanentes a tempo completo. Além disso a desindustrialização dos países “industrializados” teve como resultado um número decrescente de trabalho a tempo

Sub-registo das estatísticas

As estimativas do governo para o desemprego podem basear-se numa medição muito incompleta do nível real de desemprego. A OIT calcula que existe muito mais desemprego “oculto” que não está refletido nas estatísticas oficiais. Além disso, a maioria das estatísticas não tomam em consideração o subemprego dos trabalhadores dos nossos dias. Por exemplo:

- a sobre-oferta de mão-de-obra da China é quase de certeza o dobro da sua taxa oficial de desemprego.
- Muitos países da Europa de Leste e da Federação Russa classificam um grande número de trabalhadores como em “licença não paga ou parcialmente paga” quando na realidade estes são trabalhadores que têm poucas oportunidades de voltar a ter empregos remunerados.
- As taxas oficiais de desemprego não tomam em consideração o trabalho a tempo parcial involuntário, os despedimentos e o trabalho por períodos curtos ou temporários.
- Uma pessoa que perde o seu emprego tem poucas probabilidades de regressar ao mesmo trabalho e frequentemente sofre uma redução permanente de oportunidades de trabalho, rendimento e de estatuto.
- 88 por cento dos trabalhadores e 92 por cento das trabalhadoras na Índia trabalham sem contrato.
- Só uma quarta parte dos trabalhadores da Ucrânia espera manter-se no seu emprego pelo menos um ano.

Fonte: Economic security for a better world, ILO,2004.

completo na indústria e um aumento dos trabalhos de serviços a tempo parcial com menos segurança no trabalho, que oferecem menos benefícios complementares, por exemplo menor período de descanso.

Muitas pessoas que estão a entrar no mercado de trabalho depois de terminar a educação formal estão a aceitar cargos para os quais estão sobrequalificadas. A crise económica resultou em mais 7,8 milhões de trabalhadores jovens a enfrentar o desemprego que levou o total de jovens desempregados para aproximadamente 83 milhões, o equivalente a 13 por cento do total da mão-de-obra a nível mundial (ILO,2010b).

A crescente vaga de insegurança no emprego

A insegurança no emprego está a aumentar em todo o mundo. As rivalidades comerciais no mundo, a crescente desregulação da indústria nos países desenvolvidos e o ritmo cada vez mais rápido da mudança tecnológica tem levado as organizações em todo o mundo a adotar medidas extremas para se manterem competitivas. A reestruturação organizacional na forma de redução de pessoal, as fusões e aquisições (quando uma empresa absorve outra e elimina as áreas que se sobrepõem ou duplicam), o encerramento de fábricas e as reorganizações da força de trabalho afetam milhões de trabalhadores todos os anos.

A insegurança no emprego no mundo

- Um inquérito conduzido em 2003 por Barbeito y Lo Vuolo para la OIT revelou que só metade das pessoas com emprego entrevistadas na Argentina estava confiante que iria manter os seus empregos. Além disso, 83 por cento sentiam que seria “um tanto ou bastante difícil” encontrar um trabalho com um salário e requisitos de competências equivalentes se perderem o trabalho atual.
- Dasgupta (2002) refere que a economia informal na Índia emprega cerca de 90 por cento da mão-de-obra do país. A economia informal inclui formas de trabalho que não são reguladas nem registadas e que tendem a oferecer pouca segurança ou proteção social.
- De acordo com a *Society for Human Resource Management*, 43 por cento das organizações nos Estados Unidos levaram a cabo despedimentos em 200 e 2001 (antes dos acontecimentos do 11 de setembro). Em média despediu-se 10-13 por cento da mão-de-obra.

O papel da cultura

Como sugerem as estatísticas anteriores, muitos dos atuais trabalhadores estão preocupados acerca da sua segurança no emprego. Contudo, a insegurança no emprego pode ser mais preocupante para os trabalhadores de certos países.

Investigadores como Probst, Lawler e Triandis observaram que os valores culturais influenciam as reações negativas dos trabalhadores relativamente à insegurança no emprego sentida. As pessoas com uma orientação cultural coletivista revelaram uma maior tendência para uma baixa satisfação no trabalho, mais stress relacionado com o trabalho e mais intenções de mudar de emprego quando enfrentam insegurança no emprego, do que as pessoas com uma atitude mais individualista. Também examinaram a variável geográfica, que parece explicar certas diferenças entre os trabalhadores da China e os dos Estados Unidos: os trabalhadores chineses, talvez devido às políticas tradicionais da “panela de arroz de ferro” (que oferecia uma forte segurança laboral e social) e por ter valores coletivistas tiveram mais reações negativas perante a insegurança no emprego, comparativamente aos trabalhadores dos estados Unidos, onde as expectativas de segurança são menores.

Noutro estudo sobre a insegurança no emprego na China, Probst e Yi examinaram como o conceito chinês de *guanxi* (conexões interpessoais) afeta a insegurança laboral. Os trabalhadores com níveis elevados de *guanxi* reagiram pior à perceção de insegurança laboral, experimentando mais insatisfação relativamente ao trabalho e à insegurança laboral, mais intenções de deixar os seus empregos e mais stress do que os trabalhadores com níveis mais baixos de *guanxi*.

Em conjunto estes resultados sugerem que a cultura pode ter um papel importante na previsão das reações dos trabalhadores ao stress económico. Também sugerem a necessidade de tomar em conta a cultura quando se planeiam e implementam mudanças organizacionais.

4. Gestão do stresse económico

Embora possa parecer um desafio, existem muitas coisas que as organizações podem fazer para gerir o stresse económico vivido pelos trabalhadores e os seus familiares. Algumas destas intervenções são fáceis e de baixo custo, outras podem precisar de mais tempo e investimento de recursos. Todas elas podem contribuir com resultados positivos para a organização.

Uma empresa mineira de ouro sul-africana verificou que os trabalhadores que tinham controlo sobre o seu trabalho eram mais saudáveis do que os que sentiam pouco controlo sobre o seu trabalho. Estes sofriam de tensão alta e tinham mais queixas de saúde quando preocupados com a sua segurança económica, contrariamente aos trabalhadores com mais oportunidades de exercer controlo. Isto sugere que as pessoas que percebem que podem proteger-se dos acontecimentos negativos no trabalho podem estar menos vulneráveis aos efeitos dos fatores de stresse económico.

Fonte: Barling; Kelloway, 1996.

As propostas incluem:

- aumentar o controlo pelos trabalhadores;
- melhorar a comunicação organizacional;
- permitir a participação dos trabalhadores na tomada de decisões; e
- aumentar o valor colocado na segurança e saúde na organização.

Aumentar o controlo exercido pelos trabalhadores

Dar mais controlo aos trabalhadores sobre o seu local de trabalho pode ser um instrumento para a redução ou prevenção do stresse económico. Quando se fala do stresse relacionado com o trabalho, o controlo pode entender-se como a capacidade de si mesmo de acontecimentos negativos no trabalho. Quanto maior controlo os trabalhadores tiverem sobre o seu próprio trabalho, melhor conseguirão ver a relação entre o seu bom desempenho e a probabilidade de que a organização tenha êxito e mantenha a sua força de trabalho.

Melhorar a comunicação organizacional

Muitas vezes o stresse económico relacionado com as mudanças organizacionais não se deve às mudanças em si mas à incerteza à volta dessas mudanças. Se uma organização está em reestruturação, em processo de fusão com outra ou de redução, os trabalhadores estarão preocupados com o modo como estes acontecimentos vão afetar os seus empregos. Infelizmente, por vezes pode ser difícil para os trabalhadores obter

informação precisa sobre estas mudanças e a forma como os afetará. Quando esta informação é difícil de obter os trabalhadores muitas vezes recorrem aos rumores e aos boatos sobre os acontecimentos. Muitas vezes estes rumores podem ser piores do que a realidade e podem provocar mais preocupações do que o justificado.

Os benefícios da comunicação

Um estudo realizado nos Estados Unidos concluiu que as empresas alvo de fusões e que tinham dado aos seus trabalhadores “projeções realistas sobre a fusão” reduziram o grau de incerteza e ansiedade. As projeções sobre a fusão transmitem informação precisa sobre o cronograma, o modo como vai afetar os trabalhadores e outra informação relevante para os trabalhadores afetados. Os trabalhadores das organizações que não proporcionaram essas projeções tiveram atitudes no trabalho mais negativas, maior desconfiança em relação à empresa e diminuíram o seu desempenho a seguir à fusão.

Fonte: Schweiger; DeNisi, 1991.

Oportunidade para usar as competências profissionais

Com base nestes estudos, parece que a comunicação organizacional pode ter um papel chave na redução dos efeitos negativos do stresse económico. Esta estratégia de gestão pode ser muito atrativa porque oferecer mais comunicação dentro da organização não é caro. Por exemplo o correio eletrónico é gratuito e as mensagens e notificações são baratas. Além disso as organizações para atenuar os efeitos negativos do stresse económico sobre os trabalhadores podem considerar seriamente oferecer atualizações breves diariamente ou semanalmente sobre a evolução das mudanças futuras na organização ou acontecimentos futuros.

Criar condições para uma tomada de decisões mais participativa

Como referido anteriormente, o stresse económico é especialmente prejudicial para os trabalhadores porque muitas vezes sentem que têm pouco controlo sobre os acontecimentos no trabalho e na economia. Dado que a falta de controlo sobre a própria vida e o emprego chega a ser muito stressante, pode ser útil estabelecer mecanismos de participação dos trabalhadores na tomada de decisões importantes na organização. Isto permite aos trabalhadores manter um certo grau de controlo sobre o seu futuro económico e o da organização.

Constatou-se que a tomada de decisões participativa é muito eficaz nas organizações, precisamente porque permite que os trabalhadores tenham uma voz ativa nas decisões no trabalho. Estas organizações que praticam esta prática em situações de mudança organizacional oferecem aos seus trabalhadores oportunidades de recuperar o exercício de controlo que de outra forma se perderiam em condições de insegurança no emprego.

Aumentar o valor da segurança

Um estudo publicado por Probst em 2004, revelou que a insegurança económica pode resultar em mais acidentes e lesões para os trabalhadores, especialmente se as suas organizações não derem muita atenção à segurança, que sugere que principalmente em épocas de transição organização e de stresse económico para os trabalhadores, é conveniente que as organizações transmitam aos seus trabalhadores uma mensagem firme e consistente sobre a importância da segurança.

As organizações têm de considerar, em particular, as mensagens transmitidas aos trabalhadores que possivelmente que podem estar na expectativa de obter pistas sobre a melhor forma de permanecer no emprego.

Embora o stresse económico possa resultar em mais acidentes e lesões, as organizações podem contrariá-lo eficazmente dando maior ênfase às medidas de segurança na organização. As organizações dizem muitas vezes estar interessadas na segurança, mas os trabalhadores sentem que isto não passa de meras palavras. Além disso é muito importante que as empresas não só declarem que estão preocupadas com a segurança no trabalho, mas que as suas declarações sejam seguidas por ações. Isto quer dizer que se um trabalhador atua de forma segura, ele deve ser de alguma forma recompensado, assim como se não atuar de forma segura deve sofrer alguma consequência. O quadro seguinte apresenta alguns exemplos de formas fáceis e rentáveis de promoção da segurança nas empresas.

Formas de promoção da segurança

- Enfoque nos comportamentos seguros, não nos resultados das medidas de segurança, como o número de acidentes. Centrar-se nos resultados muitas vezes pressiona os trabalhadores a não reportar os acidentes quando ocorrem, para dar uma aparência de segurança. Por essa razão, devem recompensar-se os trabalhadores pelo comportamento seguro, em vez de fazê-lo simplesmente por não terem sem acidentes.
- Devem relacionar-se comportamentos seguros com promoções e aumentos salariais. Se os aumentos salariais e as promoções estiverem só relacionados com a produtividade, os trabalhadores só se preocupam com a produtividade. Por isso estes importantes prémios devem também estar relacionados com comportamentos seguros.
- Ter eventos especiais que reconheçam e recompensem os trabalhadores que façam das medidas de segurança a sua primeira prioridade. Normalmente os trabalhadores são reconhecidos quando são altamente produtivos, mas as medidas de segurança não são promovidas da mesma forma.
- Realizar controlos aleatórios de segurança. Dar uma volta pelos locais de trabalho e se os trabalhadores atuarem de forma segura, dar-lhes pequenas recompensas como cupões para a cafeteria da empresa ou um vale presente para um estabelecimento local. Alguns trabalhadores como resposta irão melhorar os comportamentos relacionados com as medidas de segurança.

5. Boas práticas: medidas para evitar os despedimentos

Durante a recessão económica de 2009 houve exemplos de empresas em todo o mundo que seguiram estratégias alternativas aos despedimentos perante a crise económica global. Embora alguns dos trabalhadores afetados tenham perdido rendimentos a curto prazo, apesar de tudo mantiveram a moral e o compromisso com a empresa, com a perspetiva de conservar o emprego a longo prazo. As empresas beneficiaram em manter em conservar a mão-de-obra qualificada, o que facilitou a recuperação conforme a economia ia melhorando.

Muitas alternativas aos despedimentos envolvem reorganizações de pessoal, o desenvolvimento de políticas administrativas por parte das empresas e assistência do Estado.

De seguida são apresentados alguns exemplos de medidas em curso para enfrentar a crise e a recessão.

Empréstimo de trabalhadores

Em tempos de crise algumas empresas experimentaram emprestar trabalhadores a outra fábrica que tivesse mais encomendas a curto prazo como alternativa ao despedimento. Neste modelo o fabricante continua a pagar os salários ao seu pessoal, mas passa a fatura à outra empresa.

Formação cruzada

Outra alternativa é formar o pessoal para que desempenhe uma variedade de tarefas de modo que possa trabalhar onde for mais necessário. Por exemplo, num hotel o pessoal administrativo como o do secretariado, poderia ser formado para servir em banquetes quando não for necessário no escritório.

Licença sem vencimento

Algumas grandes empresas oferecem ao seu pessoal o gozo de um mês de licença sem vencimento que pode ser usado durante os primeiros seis meses do ano. Num caso particular 90 por cento do pessoal aceitou este acordo, que teve um efeito de corte nos gastos salariais de 17 por cento.

Noutro caso foi pedido aos trabalhadores que tirassem cinco dias de licença sem vencimento nos primeiros quatro meses do ano; no entanto o seu pagamento não seria feito até ao final desse período. O diretor prometeu que se as finanças da empresa melhorassem estas medidas seriam revertidas.

Em alguns países os governos e as empresas nacionais acordaram reduzir as horas e os salários dos trabalhadores, e o governo cobria o custo do défice com sistemas de subsídios de desemprego. As empresas participantes valorizaram não ter de despedir pessoal com competências chave.

Cortes salariais

Algumas empresas para cortar custos reduzem simplesmente os salários. Para o fazer de forma mais equitativa, duas empresas internacionais reduziram as remunerações somente cinco por cento no caso dos trabalhadores assalariados mas até 20 por cento nos quadros superiores.

Redução de custos não relacionados com o pessoal

Medidas adicionais de economia de custos:

- Faturas de energia: têm a vantagem adicional de ser benéfico para o meio ambiente;
- Material de papelaria: uma empresa de telecomunicações decidiu comprar unicamente o material de escritório mais essencial;
- Alimentação: uma empresa deixou de oferecer almoços às sextas-feiras, outra trocou a festa anual num hotel de luxo, por um churrasco familiar preparado por eles próprios;
- Formação: uma agência de publicidade continuou a oferecer formação, mas com menor custo, recorrendo menos a consultores e em vez disso utilizando competências internas;
- Acordos de contrapartidas (*quid pro quo*): uma empresa de marketing prestou serviços de marketing aos proprietários do escritório que arrendava a troco de um de uma redução no arrendamento.

O papel dos sindicatos

Muitos sindicatos oferecem aconselhamento e orientação aos seus membros sobre como incentivar os empregadores a encontrar alternativas para os despedimentos para os despedimentos durante a crise. Por exemplo, usando o seu sítio da internet ou uma *newsletter* electrónica para sugerir opções como despedimento voluntário, partilha do posto de trabalho, redução das horas de trabalho; informação sobre como negociar alternativas aos despedimentos através da negociação coletiva; entre as medidas possíveis para evitar cortes está a mudança das condições de trabalho, redesenhar o trabalho e oferta de formação para o desenvolvimento de novas competências. Para todas estas medidas o diálogo social é uma parte essencial do processo.

Alguns dos exemplos referidos anteriormente incluem políticas que foram implementadas.

Medidas de estímulo e criação de emprego

O programa de Garantia Nacional de Emprego Rural (*National Rural Employment Guarantee*, NREG) na Índia, consagra o direito ao emprego, e oferece um nível salarial mínimo para as pessoas de áreas rurais em situação de pobreza. A Lei NREG foi

promulgada em 2005, retomando uma iniciativa anterior do Programa de Garantia de emprego Rural do estado de Maharashtra. Este programa concede o direito a um emprego até 100 dias por ano para cada agregado familiar rural em projetos de obras públicas. O governo atua como última opção de empregador, oferecendo trabalho às pessoas que não conseguem obtê-lo noutro lugar. O programa sublinha a importância de assegurar redes de apoio das instituições e políticas existentes, como estratégia para poder responder a um impacto económico. Espera-se que este modelo ajude a Índia a atenuar o impacto desta crise mundial sobre a população rural em situação de pobreza (Kannan, 2009). Vários países anunciaram programas de obras públicas de mão-de-obra intensiva. Por exemplo, a Coreia do Sul anunciou em 2009 que ia oferecer 250 000 empregos temporários a trabalhadores vulneráveis e desempregados ao longo de um período de seis meses. Esses trabalhadores participaram na manutenção e reparação de instalações públicas, ganhavam 830 000 won por mês para uma semana de trabalho de 40 horas durante um o período de seis meses (cerca de 664 dólares americanos à taxa de câmbio do momento)¹.

Redução da semana de trabalho e iniciativas de formação

A China anunciou em novembro de 2008 um pacote de medidas de estímulo económico de quatro mil milhões de yenes (586 milhões de dólares) por dois anos, que correspondia a 14 por cento do produto interno bruto calculado para esse ano. Como parte dessa estratégia, foi concebido um programa de formação profissional de cobertura nacional para os trabalhadores despedidos e migrantes para aliviar a pressão sobre o mercado de trabalho chinês (Lee, 2009).

Países como a República das Maurícias procuraram formas de manter as pessoas empregadas. Em maio de 2009 o governo anunciou um programa de formação para o trabalho organizado pela sua Fundação Nacional para o Emprego (*National Employment Foundation*).

Este programa permitia formar os trabalhadores em vez de despedi-los em empresas da indústria transformadora e do turismo que tinham uma tendência para despedir e voltar a contratar pessoal dependendo dos períodos de baixa e de alta intensidade. O governo disponibilizou 300 milhões de rúpias maurícias para o programa, tendo em vista proteger o desemprego de cerca de 6 000 trabalhadores e, simultaneamente procurar o desenvolvimento das suas competências profissionais. A formação foi desenhada para ser disponibilizada dois dias por semana por um período máximo de 18 meses, até dezembro de 2010 (Cazes *et al.*, 2009).

Partilha de emprego

Antes da atual crise e recessão mundial existiam modelos de trabalho partilhado em vários países industrializados como Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Japão, República da Coreia, Holanda, Suíça e Estados Unidos (em alguns Estados). Com o desenvolvimento da presente recessão económica, vários países europeus, entre eles França e Alemanha, alargaram os sistemas de partilha do posto de trabalho (conhecidos respetivamente como *chômage partiel* ou *Kurzarbeit*), em termos de duração e da cobertura

¹ *Government to create 250,000 temporary jobs to stimulate economy*, Korea Development Bank, May 11 2009. Disponível em: <http://www.kdb.co.kr/weblogic/Board?BID=25&NID=35932&ACTION=VIEW>

dos subsídios para o empregado ou o empregador. A duração máxima do modelo alemão foi aumentada gradualmente à medida que a escala da crise foi aumentando, e em maio de 2009 era de 24 meses. O sistema de trabalho partilhado alemão, *Kurzarbeit*, teve um papel importante no desemprego na maior economia europeia. Os números oficiais mostram que até março de 2009, 1,26 milhões de trabalhadores estavam cobertos por este sistema, um aumento considerável em comparação com os 155.000 trabalhadores envolvidos um ano antes (Cazes *et al.*, 2009).

Ação sindical e aconselhamento

Devido ao efeito negativo sobre a moral dos trabalhadores, em geral, a maioria dos empregadores mostra-se renitente em reduzir os salários. Surpreendentemente em função da queda dos preços, os salários aumentaram em muitos países desde o início da crise em 2008. Contudo, em setores muito afetados como as companhias aéreas, a indústria automóvel e mineira, as empresas tiveram de recorrer a essas medidas para reduzir custos.

Por exemplo, a Toyota Motor Corporation nas suas fábricas no reino Unido, acordou com representantes dos seus trabalhadores cortes no salário base e na produção de 10 por cento, por um período de um ano a partir de abril de 2009, o que contribuiu para evitar despedimentos, e verificou-se na maioria dos fabricantes de automóveis².

Os empregadores e os sindicatos da indústria transformadora sueca chegaram a um acordo para a redução temporária das horas de trabalho e de formação em março de 2009. Este acordo permitia aos empregadores reduzir as horas de trabalho em 20 por cento (sem subsídio), em troca da participação em programas de formação. A Volvo já teve resultados com este acordo, que lhe permitiu manter 1 000 trabalhadores, que caso contrário, teriam sido despedidos³.

² *Toyota cuts working hours and pay*, British Broadcasting Corporation (BBC), 2009. Disponível em: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/business/7936397.stm>

³ *Agreement on temporary layoffs reached in manufacturing*. K. Loven; Eurofund, 2009. Disponível em: <http://www.eurofound.europa.eu/eiro/2009/03/articles/se0903019i.htm>

6. Inter-relações

O stresse económico e a alimentação

É previsível que os trabalhadores que estão preocupados com a possibilidade de perder o seu trabalho tentem poupar cortando nos gastos, protelando grandes compras e economizando nos artigos básicos do quotidiano, talvez comprando comida menos cara ou comendo menos. Nalguns casos, os trabalhadores que não comem o suficiente para suprir o que os seus corpos necessitam para funcionar e manter-se sadáveis, os esforços de poupança podem ter como consequência a desnutrição. Nos países em que a comida barata é de pior qualidade e contém níveis elevados de gordura, açúcar e poucas fibras, tais medidas podem contribuir para aumentar a obesidade.

Adições e stresse económico

Quando as pessoas estão sob stresse muitas vezes recorrem ao tabaco, ao álcool e ao uso de drogas como meio de superar as dificuldades da vida, como o desemprego, o subemprego ou a insegurança no emprego. Apesar destas drogas poderem ser usadas no início com a intenção de resistir, podem converter-se rapidamente num problema em si mesmas. O cigarro, o álcool e o uso de drogas não podem resolver o fator subjacente que causa o stresse. Muitos empregadores têm políticas estritas contra o álcool e as drogas no local de trabalho, que podem compreender a perda do emprego.

O stresse relacionado com o trabalho e o stresse económico

Embora as causas do stresse relacionado com o trabalho e as do stresse económico possam ser diferentes, elas têm impactos similares sobre os trabalhadores, e também as possíveis soluções são semelhantes, qualquer que seja a fonte de stresse, este é sempre o resultado de um desequilíbrio entre as exigências do desempenho e o controlo que a pessoa pode exercer sobre a situação em questão. De igual modo que com o stresse relacionado com o trabalho, como se comentou neste capítulo, aumentar as possibilidades do trabalhador de exercer controlo sobre as suas atividades e âmbito de trabalho, também serve para reduzir os efeitos do stresse económico.

O stresse económico e a violência

O elemento mais comum desencadeador de violência extrema no local de trabalho, por exemplo disparar contra alguém, é o despedimento. Por isso, não se deve subestimar a relação entre o stresse económico e a violência no trabalho. Muitas organizações descobriram da pior maneira que o trauma de perder o emprego pode levar os tra-

balhadores a tornarem-se violentos. Por exemplo, alguns trabalhadores da Moulinex SA uma empresa de eletrodomésticos em bancarrota ameaçaram explodir a fábrica se as suas exigências de aumento da indemnização não fossem cumpridas. Existe uma maior probabilidade da violência no trabalho se verificar se existir a percepção de que o despedimento é injusto e desleal.

A violência económica devido a restrições económicas também pode provocar violência em casa e na família, particularmente quando o marido perde o seu trabalho e permanece desempregado por um longo período.⁴

⁴ *Workers torch bankrupt company*, BBC, 2001. Disponível em: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/business/1652590.stm>

7. Integração das políticas

Ao abordar o stresse económico nas organizações há vários aspetos que podem ser tomados em consideração para desenvolver uma política abrangente de SST na empresa. Apresentam-se de seguida alguns dos elementos mais importantes:

Avaliação e gestão de riscos: avaliar continuamente as necessidades do pessoal da organização. Planear apropriadamente as reduções futuras de pessoal. Anunciar qualquer decisão com antecipação suficiente e desenvolver mecanismos que permitam conservar os trabalhadores e ao mesmo diminuir as despesas. Por exemplo, várias empresas oferecem incentivos por reforma antecipada ou incentivos financeiros para os trabalhadores que estejam dispostos a oferecer-se como voluntários para trabalhos temporários a tempo parcial.

Confidencialidade: ser despedido do trabalho é um dos acontecimentos mais traumáticos que as pessoas podem experimentar no trabalho. É por isso imperativo que essas decisões e processos sejam conduzidos com a máxima confidencialidade para garantir o respeito e a privacidade do trabalhador. Às vezes os despedimentos são anunciados publicamente ou os trabalhadores tomam conhecimento de que foram despedidos quando chegam ao trabalho e veem que o seu nome desapareceu da agenda semanal. Essas violações de confidencialidade e faltas de respeito não só são devastadoras para o trabalhador como adulteram as relações entre a empresa e os restantes trabalhadores que ficam, e que testemunharam a situação de falta de respeito e confidencialidade.

Trabalho em equipa, participação e consulta: a participação dos gestores, dos representantes sindicais e dos trabalhadores é importante em toda a decisão que possa levar a uma redução de pessoal. Este tipo de diálogo pode prevenir futuros conflitos, evitar que se recorra a rumores imprecisos e pode inclusive abrir a possibilidade de que haja soluções inovadoras que possam reverter a situação do despedimento.

Informação, educação e formação: aumentar a comunicação organizacional e o fluxo de informação é essencial para prevenir as consequências negativas do stresse económico. É frequente que os trabalhadores experimentem desnecessariamente mais stresse do que o necessário devido a informação falsa e rumores. A educação e a formação também são componentes chave da gestão do stresse económico. Manter as competências da mão-de-obra atualizadas para adaptação às rápidas mudanças pode evitar o despedimento dos trabalhadores porque as suas competências ficaram desatualizadas.

Responsabilidade social: as organizações recorrem muitas vezes aos despedimentos como primeira opção quando se confrontam com a necessidade de redução de gastos. Consequentemente, algumas investigações demonstraram que a redução de pessoal não melhora necessariamente a rentabilidade. Por conseguinte, dado que tem sentido em termos financeiros e que é a via socialmente responsável, as organizações devem evitar os despedimentos, a menos que sejam absolutamente necessários. Se chegam a ser a única saída, devem ser realizados de forma humana e respeitadora.

Assistência e tratamento: na infeliz eventualidade de que seja inevitável o despe-

dimento, as empresas devem oferecer aos trabalhadores a assistência adequada para encontrar um novo trabalho, acesso a programas de orientação e apoio pessoal (*counselling*) e outros tipos de assistência para trabalhadores. Estas práticas são não só socialmente responsáveis, como também influenciam o compromisso e a produtividade dos trabalhadores que conservam os seus empregos, ao verem que a sua organização se preocupa com os seus trabalhadores, inclusivamente com aqueles que vai perder.

Bibliografía

- 📖 Barbeito, A. C.; Lo Vuolo, R. M. 2003. Income (In)Security in Argentina (Geneva, ILO).
- 📖 Bardhan, A.; Kroll, C. 2003. The New Wave of *Outsourcing* (Berkeley, Fisher Center Research Reports, University of California).
- 📖 Barling, J.; Kelloway, E. K. 1996. “Job insecurity and health: The moderating role of workplace control” in *Stress Medicine*, Vol. 12, pp. 253–259.
- 📖 Bureau of Labor Statistics – U.S. Department of Labor. 2010. Labor force statistics from the Current Population Survey. Disponible em: <http://www.bls.gov/news.release/pdf/empst.pdf>
- 📖 Cascio, W. 2002. Responsible restructuring: Creative and profitable alternatives to layoffs (San Francisco, Berrett-Kohler Publishers).
- 📖 Cazes, S.; Verick, S.; Heuer, C. 2009. Employment Working Paper No. 35, Labour Market policies in times of crisis (Geneva, International Labour Organization).
- 📖 Dasgupta, S. 2002. Organizing for socio-economic security in India (Geneva, ILO).
- 📖 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 2007. Temporary agency work in the European Union (Dublin, Eurofound).
- 📖 International Labour Office. 2004a. Economic security for a better world (Geneva).
- 📖 —. 2004b. “Safety and insecurity: Exploring the moderating effect of organizational safety climate” in *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 9, No.1, pp. 3–10.
- 📖 —. 2007. Global Employment Trends: BRIEF (Geneva). Disponible em: <http://www.ilo.org/public/english/employment/strat/download/getb07en.pdf>
- 📖 —. 2009. Brochure for the World Day for Safety and Health at Work, 28 April 2009, “Health and Life at work: A basic human right” (Geneva). Disponible em: http://www.ilo.org/legacy/english/protection/safework/worldday/products09/booklet_09-en.pdf
- 📖 —. 2010a. Global Employment Trends January 2010 (Geneva). Disponible em: [http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/P/09332/09332\(2010-January\).pdf](http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/P/09332/09332(2010-January).pdf)
- 📖 —. 2010b. Global Employment Trends for Youth (Geneva).
- 📖 Kannan, K.P. 2009. National Policy Responses to the Financial and Economic Crisis: The Case of India. (Bangkok, ILO Regional Office for Asia and the Pacific).
- 📖 Lee, C. H. 2009 National Policy Responses to the Financial and Economic Crisis: The Case of China (Bangkok, ILO Regional Office for Asia and the Pacific).
- 📖 Probst, T.M.; Brubaker, T.L. 2001. “The effects of job insecurity on employee safety outcomes: Cross-sectional and longitudinal explorations” in *Journal of Oc-*

cupational Health Psychology, Vol. 6, No. 2, pp. 139–159.

-  —. 2002. “Layoffs and tradeoffs: Production, quality, and safety demands under the threat of job loss” in *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 7, No. 3, pp. 211–220.
-  —. 2005. “Countering the negative effects of job insecurity through participative decision making: Lessons from the demand-control model” in *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 10, No. 4, pp. 320–329.
-  —; Yi, X. 2005. Guanxi in Chinese organizations: A help or hindrance in insecure times? Paper presented at the 2005 annual conference of the Society of Industrial and Organizational Psychology (Los Angeles).
-  —; Lawler, J. 2006. “Cultural values as moderators of the outcomes of job insecurity: The role of individualism and collectivism” in *Applied Psychology: An International Review*, Vol. 55, No. 2, pp. 234–254.
-  Sayeed, A.; Javed, S. 2001. People’s Security Survey, (Karachi, Pakistan Institute of Labour Research and Education; commissioned by the ILO’s IFPSES department).
-  Schweiger, D. M.; DeNisi, A. S. 1991. “Communication with employees following a merger: A longitudinal field experiment” in *Academy of Management Journal*, Vol. 34, 110–135.
-  Social Issues Research Center. 2004. Poverty and obesity. Disponível em: http://www.sirc.org/articles/poverty_and_obesity.shtml
-  Society for Human Resource Management. 2001. Layoffs and job security survey (Alexandria, Virginia, Society for Human Resource Management).
-  Triandis, H. C. 1995. Individualism and collectivism (Boulder, Colorado, Westview Press).
-  Van den Broek, A. *et al.* 2004. Trends in Time: The Use and Organization of Time in the Netherlands (The Hague, Social and Cultural Planning Office).
-  Warr, P. B. 1987. Work, unemployment, and mental health (Oxford, UK, Clarendon Press).
-  —. 1994. “A conceptual framework for the study of work and mental health” in *Work and Stress*, Vol. 8, No. 2, pp. 84–97.

Sítios da Internet

-  ILO Employment Trends department (EMP/TRENDS)
<http://www.ilo.org/public/english/employment/strat/stratprod.htm>
-  ILO Social Security department (SEC/SOC)
<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/>
-  ILO Skills and Employability department (EMP/SKILLS)
<http://www.ilo.org/public/english/employment/skills/index.htm>
-  ILO's Declaration on Multinational Enterprises and Social Policy, 2007
http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/I-News/lang—en/WCMS_082741/index.htm
-  ILO Forum on Decent Work for a Fair Globalization, 2007.
http://www.ilo.org/global/What_we_do/Events/Symposiaseminarsandworkshops/lang—en/WCMS_083618/index.htm
-  Business week “Good practice” article
http://www.businessweek.com/magazine/content/09_10/b4122055789445.htm
-  Trade union good practices
http://www.ueunion.org/stwd_layoffalternatives.html
<http://www.afscme.org/publications/9666.cfm>



Da conceção à ação

Introdução

Tal como toda a informação de referência para esta parte final foram fornecidas no Módulo 1: *Introdução* e no Módulo 2: *Gestão da promoção da saúde no trabalho* deste guia, não há informações técnicas adicionais para este último módulo 12: *Do conceito à ação*. Os dois módulos acima mencionados descrevem como no contexto SOLVE, uma abordagem integrada para a protecção da saúde e bem-estar dos trabalhadores incorpora a promoção da saúde no local de trabalho numa política de SST. Também destacam que, para implementar a estratégia refletida na política, é necessário planear um programa de prevenção que deve servir de base para o desenvolvimento de um plano de ação, e o Módulo 2 fornece alguns elementos para a conceção de ambas as ferramentas.

O objetivo do módulo 12 no manual do participante é integrar todo o conhecimento acumulado durante o curso através dos exercícios em cada módulo. Espera-se que os participantes projetem um programa preventivo e um plano de ação para a sua empresa virtual. Eles devem incorporar os elementos identificados em cada um dos módulos anteriores tendo em conta as suas inter-relações. Para este efeito, há 2 ferramentas práticas no módulo de Ação do Manual do Participante: 1) Uma matriz local para a Promoção da Saúde no trabalho e 2) Uma matriz para o Plano de Ação. Também vai encontrar um exemplo sobre como preencher as duas matrizes no plano de aula para este módulo, para o orientar no aconselhamento ao seu grupo.

Do conceito à ação

No Módulo 2: *Gestão da promoção da saúde no trabalho* do manual do participante, é-lhes pedido para elaborarem uma declaração sobre a política de promoção da saúde para ser integrada no *draft* da política de saúde e segurança e como o primeiro passo.

Como segundo passo, em exercícios de simulação, de cada módulo, pede-se aos participantes para agirem como equipas de gestão para tomar decisões operacionais em matéria de promoção da saúde de uma empresa virtual.

As decisões tomadas durante os exercícios de simulação complementadas pela utilização de listas de verificação em cada módulo, vão permitir que os participantes esbocem um Programa de Promoção da Saúde no Trabalho.

O terceiro e último passo do processo é a elaboração de um Plano de Ação. Permitirá que definam os resultados esperados para cada uma das medidas a implementar, os recursos a alocar, quem será responsável pela implementação, e quando esperam obter os resultados.

Embora os exercícios no *kit* de formação digam respeito a uma empresa virtual, a formação vai permitir-lhes consolidar os conhecimentos adquiridos para projetar uma saúde no trabalho programa de promoção para as suas empresas, uma vez terminada a formação.

