



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE GESTÃO DA
DOENÇA CRÓNICA EM CONTEXTO LABORAL

IMPLEMENTATION OF A CHRONIC DISEASE
MANAGEMENT PROGRAM IN THE WORKPLACE

PROJETO PROFISSIONAL

Autora: Cristina Raquel Pinto Vieira

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Crónica**

IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE
GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA

Trabalho de Projeto orientado pelo Professor
Doutor Paulo Parente

Cristina Raquel Pinto Vieira

Porto, 2025

“É Proibida a entrada a quem não andar espantado de existir.”

José Gomes Ferreira, Aventuras de João Sem Medo: Panfleto Mágico em Forma de Romance

AGRADECIMENTO

Este trabalho nasce de uma travessia feita com os pés no conhecimento, mas também com o coração em todas as pessoas que, de forma direta ou subtil, me acompanharam ao longo deste caminho.

À **Escola Superior de Enfermagem do Porto**, o meu reconhecimento pela excelência no ensino e pela inspiração constante ao longo deste mestrado. Um especial agradecimento ao **Professor Paulo Parente**, pela orientação generosa, pelo rigor, pela disponibilidade atenta e pelo incentivo permanente à construção de caminhos próprios.

À **empresa** onde desempenho funções como enfermeira do trabalho, agradeço a abertura e confiança demonstradas desde a primeira conversa. Este projeto só faz sentido porque encontrou terreno fértil e disponibilidade para crescer fora das páginas do papel. Obrigada por valorizarem a enfermagem como força de mudança nas organizações.

Aos **colegas** que participaram na reunião de pares, deixo um agradecimento genuíno pelo tempo, pela escuta, pelas críticas construtivas e pelo entusiasmo com que acolheram esta proposta.

Aos doentes, por tudo o que me ensinam, todos os dias, sem saberem. São inspiração constante. Aos **trabalhadores** que motivaram este projeto, a quem desejo que esta proposta venha, um dia, a fazer diferença.

Aos **meus amigos**, obrigada por ficarem, mesmo quando estive menos presente. Desculpem as ausências, as mensagens adiadas, os cafés adiados — foram por um bom motivo.

Ao **Patrício**, por tudo. Por seres colo, estrutura, paciência e riso. Por acompanhares cada fase, mesmo nos bastidores. Obrigada por seres casa, mesmo nos dias mais tumultuados.

À minha irmã **Ana**, por seres farol. Pela escuta exigente, pelas perguntas difíceis, pelas partilhas lúcidas e sábias, pelo pensamento crítico que tantas vezes me guiou. Por seres voz ativa, firmeza e exemplo. És, sempre, referência.

Aos meus **país**, ternamente meus, por tudo o que sou. Por me ensinarem a não ter medo de construir caminho, por acreditarem em mim com um amor sereno e inabalável. Obrigada pelo apoio discreto e constante.

Ao **Manel** e ao **Sebastião**, pela alegria espontânea, pela imaginação desmedida e por animarem os meus dias com a vossa energia criativa – e pelos “countdowns” diários, que me lembravam que o tempo corre, mas também voa com leveza.

Este projeto é meu, mas tem impressas as vozes, os gestos e o carinho de todos os que me rodeiam. Obrigada por caminharem comigo.

RESUMO

O presente trabalho surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, e tem como finalidade a elaboração de um projeto cujo intuito é implementar um programa de gestão da doença crónica em contexto laboral.

Quando o cenário de fundo é marcado pela persistência silenciosa das doenças crónicas, impõe-se uma mudança de foco. Mais do que uma questão clínica, estamos perante um desafio estrutural que atravessa fronteiras e impacta profundamente o sistema de saúde. Em Portugal, como no resto do mundo, a elevada prevalência destas doenças e a sua forte associação à mortalidade colocam uma pressão crescente sobre os recursos disponíveis, comprometendo a capacidade de resposta tradicional. Neste contexto, torna-se urgente repensar estratégias, especialmente no ambiente laboral, onde a doença crónica pode comprometer a produtividade, a segurança e a dignidade dos trabalhadores. Foi precisamente a partir desta reflexão em torno desta realidade que foi elaborado um programa de gestão da doença crónica em contexto laboral (GD2CL).

O programa propõe um modelo de acompanhamento centrado no trabalhador, com foco na capacitação para a autogestão da doença crónica, através de um processo de gestão de casos coordenado por enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, com competência acrescida em Enfermagem do Trabalho. A articulação interdepartamental, o reforço das redes de apoio e o uso de ferramentas de monitorização e avaliação contínua são também pilares estruturantes desta proposta.

A metodologia adotada para este trabalho foi a metodologia de projeto, por se adequar à intenção de promover uma mudança concreta e significativa. Esta abordagem favorece a construção de soluções práticas e contextualizadas, permitindo o desenvolvimento de um plano de intervenção realista e sustentável. O projeto foi estruturado em três fases principais: a preparação, a implementação e a avaliação, envolvendo desde o diagnóstico da situação até à programação detalhada das atividades.

Este trabalho não pretende apenas descrever um problema ou cumprir uma exigência académica, visa, antes, desenhar soluções tangíveis que possam transformar práticas e devolver à pessoa com doença crónica o protagonismo na sua própria trajetória de vida e trabalho.

Naturalmente, este projeto não está isento de limitações. O facto de ainda não se encontrar em fase de implementação condiciona, para já, a análise do seu impacto real. No entanto, o programa de gestão da doença crónica em contexto laboral encontra-se integralmente estruturado e será brevemente submetido à apreciação da administração da empresa, estando prevista a divulgação futura dos resultados da sua implementação.

Palavras-chave: gestão da doença; doença crónica; gestor de caso; programa de implementação; contexto laboral

ABSTRACT

This project was developed within the framework of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, with a specialisation in Nursing Care for People Living with Chronic Conditions. Its primary aim is to design and propose the implementation of a chronic disease management programme within the workplace context

In the face of the persistent and silent burden posed by chronic illnesses, a paradigm shift is imperative. Beyond a clinical issue, this represents a structural challenge that transcends borders and significantly impacts healthcare systems worldwide.. In Portugal, as in many other contexts, the high prevalence and mortality rates associated with chronic conditions place increasing pressure on available resources, compromising the effectiveness of conventional responses. Within this landscape, the workplace emerges as a strategic arena, where chronic illness can have a profound impact on productivity, safety, and human dignity. It was precisely from this reflection that the GD2CL programme (Chronic Disease Management in the Workplace) was conceived. The programme outlines a model of care centred on the worker, focused on enhancing self-management capabilities for chronic conditions. This is operationalised through a case management process ed by specialist nurses in Medical-Surgical Nursing, with advanced competencies in Occupational Health Nursing. Core pillars of the programme include interdepartmental collaboration, the reinforcement of support networks, and the use of continuous monitoring and evaluation tools.

The adopted methodological approach is that of project work, which is particularly suited to initiatives that seek to bring about concrete and context-specific change. This methodology facilitated the development of a realistic, sustainable intervention plan, structured around three main phases: preparation, implementation, and evaluation, encompassing everything from situational diagnosis to detailed activity planning.

This endeavour is not merely an academic exercise or the fulfilment of academic requirements; it aspires to deliver actionable, transformative solutions that reinstate the agency of individuals living with chronic illness, empowering them to participate actively in shaping their work and life trajectories.

Naturally, the project is not without limitations. The absence of implementation at this stage precludes an assessment of real-world impact. Nevertheless, the programme has been fully conceptualised and is due to be submitted for formal approval by the organisation's senior management, with future dissemination of results anticipated.

Keywords: self-management; chronic disease; case management; implementation programme; workplace.

CHAVE DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

APD – Associação para o Progresso da Direção de Empresas (APD)

CCM – Chronic Care Model

DGS – Direção-Geral da Saúde

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enf.º – Enfermeiro

ERIC – European Research Infrastructure for Consortium

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

EU – OSHA – Agência Europeia para a Segurança e Saúde do Trabalho

GD2CL – Gestação da Doença Crónica em Contexto Laboral

IA – Inteligência Artificial

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge

ISO – International Organization for Standardization

N.º – Número

NOVA IMS – NOVA Information Management School

OE – Ordem dos Enfermeiros

OECD – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIC – Plano Individual de Cuidados

PMI – Project Management Institute

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSO – Plano Nacional de Saúde Ocupacional

RH – Recursos Humanos

SHARE – Health Ageing and Retirement Survey in Europe

SHEQ – Safety Health Environment Quality

SO – Saúde Ocupacional

SST – Segurança e Saúde no Trabalho

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

UE – União Europeia

ULS – Unidades Locais de Saúde

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

0. INTRODUÇÃO	15
1. GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA EM CONTEXTO LABORAL	21
1.1. Entre a longevidade e fragilidade: o novo retrato da população ativa	24
1.2. As empresas adoecem com os seus trabalhadores? A doença crónica como um desafio organizacional	27
2. PROGRAMA DE GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA EM CONTEXTO LABORAL – GD2CL	30
2.1 Do problema à proposta: fundamentos e motivações para o GD2CL.....	32
2.2 Soluções simples para questões complexas: o desenho do GD2CL.....	35
2.3 O que dizem as vozes da prática: perspetiva dos pares.....	51
3. PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DO GD2CL	55
3.1 Diagnóstico da situação	57
3.1.1 Viabilidade do projeto: matriz SWOT	69
3.2 Roteiro para a ação: planeamento	73
3.2.1 A razão que guia a ação: finalidade	75
3.2.2 Do propósito à prática: objetivos e atividades	76
3.2.3 Onde as ideias ganham corpo: local de concretização	81
3.2.4 Horizonte temporal da intervenção.....	82
3.2.5 Beneficiários: trabalhadores com doença crónica	83
3.2.6 Recursos humanos, técnicos e materiais.....	83
3.2.7 Avaliação e monitorização: a bússola do projeto	87
3.2.8 Programação das atividades.....	89
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
5. BIBLIOGRAFIA.....	99
ANEXOS.....	106
ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DO TRABALHADOR	
ANEXO II – SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DO GD2CL A PARES	
ANEXO III – LAYOUT DO GABINETE DE ENFERMAGEM	

ANEXO IV – CONSENTIMENTO INFORMADO

ANEXO V – DIAGRAMA DE GANTT

ÍNDICE de TABELAS

Tabela 1 – População ativa de Portugal por grupo etário (%) diferenças entre 1986 e 2017	28
Tabela 2 – Quadro-síntese da reunião de pares - apresentação do programa GD2CL	53
Tabela 3 – Distribuição do n.º de trabalhadores por faixa etária	59
Tabela 4 – Mapa das doenças crónicas	61
Tabela 5 – Taxa de absentismo 2021-2023	64
Tabela 6 – N.º de acidentes de trabalho - 2020-2022	66
Tabela 7 – Análise SWOT - Projeto de implementação do GD2CL	69
Tabela 8 – Objetivos e atividades	77
Tabela 9 – Recursos materiais e físicos afetos ao GD2CL	87

ÍNDICE de GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos trabalhadores por género	59
Gráfico 2 – Distribuição dos trabalhadores por nível de escolaridade.....	59
Gráfico 3 – Caracterização das doenças crónicas	62
Gráfico 4 – N.º de doenças crónicas por trabalhador	63
Gráfico 5 – Evolução mensal dos acidentes de trabalho (2020-2023)	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição das doenças crónicas por grupos etários em Portugal em 2015	28
Figura 2 – Seleção dos casos elegíveis para o GD2CL	51
Figura 3 – Ciclo de vida de um projeto	55
Figura 4 – Etapas de metodologia de projeto	57
Figura 5 – eixos do planeamento.....	74
Figura 6 – Recursos humanos afetos ao GD2CL	85

0. INTRODUÇÃO

Inspirada na obra *Aventuras de João Sem Medo* (Ferreira, 1963), este projeto de implementação de um programa de gestão da doença crónica em contexto laboral pode ser simbolicamente compreendido como uma travessia ousada face a uma realidade marcada pela fragmentação dos cuidados e pela escassa resposta às necessidades dos trabalhadores com doença crónica. Tal como João, que abandona o conhecido para procurar um mundo mais justo, também aqui se parte da inconformidade para delinear uma proposta centrada num modelo de cuidados mais íntegro, sensível e alinhado com as necessidades das pessoas que vivem com doença crónica.

A sigla GD2CL – Gestão da Doença Crónica em Contexto Laboral – nasceu como um simples esboço, um acrónimo provisório criado para dar forma inicial a uma ideia que ainda ganhava contornos. No entanto, à medida que o projeto se desenvolvia, o nome manteve-se, enraizou-se e passou a representar mais do que uma designação técnica: tornou-se espelho do próprio percurso de construção do programa. Tal como o projeto que o sustenta, o GD2CL foi ganhando consistência, sentido e propósito. Este acrónimo tornou-se, assim, símbolo de compromisso: com a minha profissão, com a dignidade de quem trabalha e com a possibilidade de transformar o cuidado em contexto laboral.

Nas últimas décadas, assistimos a profundas transformações sociais, demográficas e tecnológicas que influenciaram significativamente os contextos laborais, especialmente no setor da saúde. O avanço acelerado da tecnologia e o fenómeno da globalização modificaram profundamente as condições de trabalho em toda a Europa. Se, por um lado, certos riscos tradicionais tendem a desaparecer, por outro, emergem novos desafios associados à introdução de tecnologias avançadas, à intensificação do trabalho e às mudanças nas formas de organização laboral. Sabe-se que muitos desses avanços trouxeram melhorias na deteção precoce, no diagnóstico e tratamento de várias doenças, resultando num aumento da esperança média de vida. Por outro lado, essas

transformações refletem-se diretamente na saúde e segurança no trabalho (SST), influenciando as exigências colocadas aos profissionais do setor. Mudanças como o envelhecimento da população ativa, alterações dos padrões familiares, com menor disponibilidade para os cuidados informais, a prevalência crescente de doenças crónicas, bem como a maior mobilidade e diversidade da força de trabalho, colocam novas exigências ao sistema de saúde. As guerras, a crise económica, a globalização, a introdução de novas tecnologias emergentes como a robótica ou inteligência artificial (IA), contribuem para um ambiente de trabalho mais complexo e, por vezes, mais vulnerável.

Neste cenário, destaca-se também a intensificação das desigualdades, o aumento do número de doentes em situação de vulnerabilidade e as disparidades nas condições laborais, sobretudo entre os trabalhadores transfronteiriços, num contexto em que a força de trabalho apresenta-se cada vez mais pluricultural e linguisticamente diversa. Torna-se, assim, imperativo repensar a gestão da saúde em contexto laboral, através de respostas inovadoras, integradas e sustentadas.

O envelhecimento demográfico é uma realidade transversal a quase todos os países europeus, representando uma tendência crescente. Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (UE-OSHA), estima-se que a população com 65 ou mais anos venha a duplicar nas próximas décadas. (UE-OSHA, 2016).

Quando analisamos as projeções demográficas para Portugal, estas apontam para uma profunda transformação no perfil etário da população portuguesa nas próximas décadas. Entre 2018 e 2080, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) o país poderá registar uma redução populacional significativa, passando dos atuais 10,3 milhões para 8,2 milhões de habitantes. Este decréscimo será acompanhado por uma acentuada alteração na estrutura etária: a população jovem diminuirá de 1,4 para 1,0 milhões, enquanto a população idosa (65 ou mais anos) aumentará de 2,2 para 3,0 milhões. Este fenómeno terá impacto direto na população em idade ativa (15 aos 64 anos), que deverá diminuir de 6,6 para 4,2 milhões, com reflexo no índice de sustentabilidade potencial – passando de 259 para apenas 138 pessoas ativas por cada 100

idosos. Tal cenário evidencia não só o desequilíbrio geracional, mas também o aumento da pressão sobre os sistemas de proteção social e nos sistemas de saúde, tornando urgente a definição de estratégias sustentáveis para enfrentar os desafios do envelhecimento (INE, 2020).

Este cenário de envelhecimento populacional não surge isoladamente arrasta consigo um aumento significativo da carga de doença, em particular das doenças crónicas, que tendem a ser mais prevalentes com o avançar da idade. A longevidade, quando não acompanhada por anos de vida com qualidade, traduz-se em desafios acrescidos para os sistemas de saúde e para os próprios indivíduos. É neste enquadramento que emerge a importância de compreender a realidade da doença crónica em Portugal. De acordo com dados do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021), em 2019, 41% da população portuguesa com 16 ou mais anos reportou viver com, pelo menos, uma doença crónica – uma percentagem que ultrapassa em 36% a média registada na União Europeia (UE). O mesmo relatório revela ainda que apenas metade dos portugueses considera-se em bom estado de saúde, evidenciando-se grandes desigualdades associadas ao escalão de rendimentos (OECD, 2021)

Para além do envelhecimento populacional, outro fator que contribui significativamente para o aumento da carga de doença em Portugal prende-se com as alterações nos estilos de vida. Não são apenas as doenças associadas à idade que pressionam a procura de cuidados de saúde. As denominadas doenças civilizacionais – resultantes de hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, tabagismo e consumo excessivo de álcool e drogas – têm vindo a assumir um papel central na morbilidade atual. Estas condições, como a obesidade, a diabetes ou as doenças cardiovasculares, levam a um aumento expressivo da procura de cuidados e são reconhecidas como principais causas de doenças evitáveis, destacando a urgência de uma abordagem preventiva e centrada na promoção da saúde.

Torna-se evidente que a resposta às doenças crónicas não pode assentar apenas no tratamento, mas deve, sobretudo, investir na promoção da saúde e na prevenção da doença, particularmente em ambientes onde os indivíduos passam grande parte do seu tempo: os locais de trabalho. Reforçando esta

perspetiva, a Direção-Geral da Saúde (DGS) sublinha que “é fundamental que as empresas adquiram uma nova visão relativamente à forma como a promoção da saúde e bem-estar dos trabalhadores é encarada, valorizando mais esta área, sobretudo através de atividades que conduzam ao reforço dos fatores protetores ou promotores” (DGS, 2021, p. 7). Esta chamada de atenção evidencia a necessidade de transitar de modelos reativos para estratégias pró-ativas, onde as empresas assumam um papel ativo na construção de ambientes laborais mais saudáveis e sustentáveis.

São inúmeros os dados que evidenciam a urgência de uma resposta eficaz e estruturada na área da pessoa em situação crónica. Como profissional de saúde, reconheço que temos o dever ético e técnico de orientar a nossa ação para os verdadeiros desafios que se colocam no panorama atual e futuro da saúde. Foi com este sentido de responsabilidade e compromisso que decidi dedicar o meu trabalho de projeto – que assinala o culminar do meu percurso académico no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização da Pessoa em Situação Crónica – a esta temática. O cuidado à pessoa com doença crónica é, há muito, uma área que me mobiliza profundamente, não só pelo impacto real que estas condições têm na vida das pessoas, mas também pela complexidade e transversalidade que exigem na resposta de enfermagem. Paralelamente, nutro um interesse crescente pela Enfermagem do trabalho – área na qual concluí uma pós-graduação há cerca de dois anos e onde me foi atribuída, nesse mesmo período, a competência acrescida diferenciada pela Ordem dos Enfermeiros (OE). A confluência destes dois domínios – a gestão da doença crónica e a saúde em contexto laboral – revelou-se, assim, o caminho natural e coerente para desenvolver uma proposta de intervenção alinhada com os desafios do presente e com a minha própria identidade profissional.

Neste contexto, a escolha do local para desenvolver o projeto recaiu sobre a empresa onde atualmente exerço funções como Enfermeira do trabalho. Após uma reunião exploratória com o departamento de saúde ocupacional e com a direção, em que apresentei a ideia inicial do projeto, senti, desde o primeiro momento, uma receptividade muito positiva e um interesse genuíno pela proposta. Este entusiasmo e abertura institucional reforçaram a convicção de que este

seria o cenário ideal para implementar uma intervenção alinhada com o meu contexto de trabalho atual e os objetivos do programa GD2CL. Acima de tudo, a minha principal motivação prende-se com a vontade de concretizar um trabalho de projeto que não se limite ao plano teórico, mas que seja verdadeiramente implementado e vivido no terreno.

A metodologia adotada para este trabalho foi a metodologia de projeto, por se adequar à intenção de promover uma mudança concreta e significativa. Esta abordagem funciona como uma bússola que orienta o percurso, permitindo planejar, estruturar e implementar uma proposta de intervenção. O projeto, neste contexto, surge como um instrumento estratégico que dá forma a uma ideia, tornando-a numa solução viável e aplicável. Num mundo em constante transformação, marcado por desafios económicos globais, avanços tecnológicos e limitações de recursos, os projetos tornam-se ferramentas fundamentais para gerar valor. Permitem que organizações e profissionais convertam ideias em realidade, respondendo de forma eficaz e sustentável às exigências dos contextos em que se inserem (Project Management Institute, Inc., 2017).

A metodologia de projeto estrutura-se em quatro fases principais: fase de conceção (pré-projeto), fase de planeamento, fase de execução e fase de conclusão. Segundo a norma ISO 10006 — *Quality Management – Guidelines to Quality in Project Management* (2017), da International Organization for Standardization (ISO), a divisão do projeto em fases distintas permite um acompanhamento mais eficaz da concretização dos objetivos, bem como uma melhor supervisão e gestão dos riscos associados.

Este documento foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Trabalho de Projeto – Módulo II, do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, durante o ano letivo de 2024/2025. A sua construção visa dar resposta a quatro objetivos principais: cumprir uma exigência académica, desenvolver um projeto de implementação de um programa de gestão da doença crónica em contexto laboral e, simultaneamente, consolidar competências no domínio da metodologia de trabalho de projeto. Por fim, constitui também uma oportunidade para mobilizar e aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do percurso formativo, particularmente os

relacionados com as competências do enfermeiro especialista na resposta às necessidades da pessoa em situação crónica.

A escolha do trabalho de projeto, em detrimento do relatório profissional – dado que já possuo a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) – e da dissertação, que me parecia uma abordagem mais teórica e menos aplicável, refletiu o meu desejo de explorar um caminho mais prático e interventivo.

Este trabalho está organizado em quatro grandes capítulos, que se complementam. O primeiro capítulo aborda a gestão da doença crónica em contexto laboral, partindo da análise das transformações demográficas e do impacto crescente das doenças crónicas na população ativa, para refletir sobre as suas implicações para as organizações. O segundo capítulo apresenta o Programa de Gestão da Doença Crónica em Contexto Laboral – GD2CL – desde os seus fundamentos e motivações, até à sua conceção prática, incorporando também a perspetiva de profissionais experientes da área. No terceiro capítulo, detalha-se o projeto de implementação do GD2CL, que inclui o diagnóstico da situação, a análise de viabilidade através da matriz SWOT, e um planeamento estruturado com definição de objetivos, atividades, recursos, beneficiários e estratégias de avaliação e monitorização. Por fim, o quarto capítulo corresponde às considerações finais, em que se refletem os principais contributos e implicações do trabalho de projeto. O trabalho inclui ainda anexos com documentos de suporte ao desenvolvimento e operacionalização do projeto.

A elaboração deste trabalho representou uma mais-valia significativa a nível académico, pessoal e profissional. Considero ter alcançado os objetivos traçados, fruto não só do meu empenho, mas também do apoio institucional da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), nomeadamente através do acesso gratuito a bases de dados científicas, e da orientação valiosa do Professor Paulo Parente, cujo acompanhamento foi decisiva para clarificar dúvidas, ultrapassar obstáculos e, acima de tudo, encorajar-me a tomar decisões conscientes e fundamentadas. Para a construção deste projeto, recorreu-se a uma pesquisa rigorosa em diversas bases de dados científicas, literatura especializada e outras fontes credíveis disponíveis em plataformas digitais.

1. GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA EM CONTEXTO LABORAL

E se o trabalho deixasse de ser um lugar onde a doença está oculta para passar a ser um espaço onde a pessoa com doença crónica é acompanhada e integrada? A doença crónica não é anunciada à porta da empresa, mas entra com quem a carrega, discreta, persistente, invisível. No compasso das máquinas, dos turnos e dos e-mails, há vidas que seguem em equilíbrio delicado entre o fazer e o resistir. Falar de gestão da doença crónica em contexto laboral é reconhecer que o trabalho não se suspende perante o diagnóstico. É erguer uma nova ética do cuidar, onde o espaço laboral não ignora a fragilidade, ao invés disso, acolhe-a, compreende-a e transforma-a.

O foco principal não são as doenças crónicas, o foco é a pessoa em situação crónica, a pessoa que está a vivenciar a sua doença. O paradigma do modelo biomédico fragmentado e centrado na doença está ultrapassado. É fulcral uma abordagem integrada dos cuidados. Os modelos teóricos de enfermagem proporcionam-nos uma melhor compreensão da realidade dos cuidados e do processo de tomada de decisão. A aplicabilidade da teoria das transições permite-nos ter um papel facilitador porque temos focos de atenção centrados nas particularidades da pessoa e, portanto, essenciais quando o objetivo essencial é ajudá-la a integrar a doença na sua vida (Meleis, 2010). A pessoa em situação crónica enfrenta vários desafios na autogestão da sua doença. Para além das particularidades da própria patologia, depara-se com diferentes obstáculos ao longo do processo, obstáculos esses que devem ser ultrapassados de forma a conseguir atingir o melhor resultado possível – a mestria. Este processo envolve muitas mudanças a diferentes níveis, desde a própria identidade aos significados que atribui à doença ou as perceções da situação saúde/doença. Importa entender se, apesar da antiguidade do diagnóstico da doença, se este está integrado na vivência diária das pessoas portadoras de doenças crónicas.

Identifiquei variados casos de baixa literacia relacionados com a autogestão doença, casos em que não apresentavam consciencialização da relação entre o regime medicamentoso e o controlo da tensão arterial, por exemplo. De acordo com a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2020), os clientes que apresentam estas características, não progrediram favoravelmente no seu processo de transição saúde/ doença (Meleis et al., 2000).

Na Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem (2001), estas características coadunam-se com desvios de saúde caracterizados pelo seu *deficit* de autocuidado no que diz respeito ao cumprimento dos requisitos necessários para atingir e manter a preservação da sua vida e a promoção do seu bem-estar (Orem, 2001).

Segundo a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem (2001), estas características correspondem a situações de desvio de saúde, nas quais o indivíduo apresenta limitações na sua capacidade de realizar os cuidados necessários à preservação da vida e à promoção do bem-estar. Nesse contexto, o *deficit* de autocuidado reflete a incapacidade de satisfazer, de forma autónoma, os requisitos essenciais à manutenção da saúde.

De acordo com Orem (2001), existem três categorias de requisitos de autocuidado: os requisitos universais, os relacionados com o desenvolvimento e aqueles que surgem em resposta a desvios de saúde. O conceito de autocuidado centra-se no desenvolvimento de competências que visam proteger a vida e promover o bem-estar da pessoa. Trata-se de um conjunto de ações executadas pela própria pessoa ou, temporariamente, por outros, até que esta atinja um nível de autonomia consciente e efetiva na sua realização (Tomey & Alligood, 2004)

Ainda os mesmos autores, Tomey & Alligood (2004) realçam que para Dorothea Orem, o processo de enfermagem é um sistema que permite elencar diagnósticos, realizar um planeamento e definir um conjunto de intervenções de acordo com as necessidades identificadas. A conceção dos cuidados deve respeitar determinados critérios no que diz respeito aos requisitos do autocuidado, da competência para o autocuidado, das necessidades

terapêuticas, das competências do enfermeiro e ainda do planeamento (Tomey & Alligood, 2004).

Estes conceitos estão no cerne da intervenção do enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, e têm um papel fundamental no acompanhamento do cliente a vivenciar uma transição, auxiliando nas respostas aos inúmeros desafios durante este processo saúde/doença. De acordo com a OE (2018), o exercício do enfermeiro especialista em EMC na área de enfermagem à pessoa em situação crónica é direcionado para o “cuidar” e para a “maximização do ambiente terapêutico da pessoa e família/cuidador a vivenciar a doença crónica” (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, 2018).

Os enfermeiros podem assumir o papel de gestores de caso. Esta prática tem-se revelado eficaz na diminuição dos custos dos cuidados de saúde com doenças crónicas, concorrendo para colmatar a lacuna entre cuidados fragmentados e cuidados verticais (Huber & Joo, 2018).

A gestão de caso apresenta-se como um processo colaborativo que analisa, planeia, implementa, coordena, monitoriza e avalia as opções e os serviços necessários para atender às exigências de saúde, assistência social, educação e emprego da pessoa, usando a comunicação e os recursos disponíveis para promover a qualidade e os resultados de custo-benefício (CMSUK, 2023).

Paralelamente ao conceito de gestão de caso surge o conceito de doente crónico complexo. Para os autores Vargiu et al., doente crónico complexo é aquele que apresenta pelo menos uma doença crónica acompanhada de comorbilidades e fragilidades, usualmente o idoso e que é cliente assíduo dos serviços de saúde (Vargiu et al., 2017).

Estes clientes, pelas suas necessidades muito específicas e pelo consumo de recursos que geram, necessitam de uma abordagem integrada, entre os vários parceiros da equipa multidisciplinar, liderada pelo elemento da equipa de gestão de casos (Correia, 2019).

A gestão de caso em contexto de saúde ocupacional é uma estratégia que se tem revelado muito eficaz, fundamentalmente porque surge como uma estratégia

de intervenção precoce de avaliação. Os modelos mais conhecidos, nomeadamente, da gestão de casos complexos, deviam apresentar-se mais cedo, temo que estejamos a dar respostas tardias.

Estes modelos aplicados na população ativa, em contexto laboral podem traduzir-se em ganhos muito significativos. Assim sendo, parece-me evidente que a gestão de caso em saúde ocupacional, traduz-se numa excelente estratégia de intervenção utilizada pelo enfermeiro do trabalho (profissional que possui habilidades que permitem que tenha visibilidade como gestor de caso).

1.1. Entre a longevidade e fragilidade: o novo retrato da população ativa

A Europa encontra-se perante uma profunda mudança demográfica marcada pelo envelhecimento progressivo da população. As projeções indicam que a proporção de pessoas com 65 ou mais anos na UE poderá aumentar dos atuais 21% em 2023 para cerca de 29% até o ano de 2050. Apesar de a esperança de vida aos 65 anos ultrapassar atualmente os 20 anos, mais de metade desse tempo é vivido com doenças crónicas ou com algum grau de incapacidade. Esta realidade afeta particularmente as mulheres, que, embora vivam mais tempo do que os homens, tendem a fazê-lo com mais problemas de saúde. Assim, a esperança de vida saudável revela-se praticamente igual entre os dois sexos.

Muitas das doenças que se manifestam na velhice poderiam ser prevenidas através de uma gestão eficaz dos fatores de risco ao longo do ciclo de vida. A Comissão para a Prevenção e Cuidados da Demência da Lancet estima que cerca de 45% dos casos de demência seriam evitáveis se fossem combatidos 14 fatores de risco modificáveis. A inatividade física destaca-se como um dos principais contribuintes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, depressão e outras condições prevalentes na população idosa. Ainda assim, apenas 22% das pessoas com mais de 65 anos realizam níveis adequados de exercício físico. Simultaneamente, observa-se um aumento das taxas de obesidade com o avanço da idade — condição frequentemente associada a múltiplas doenças crónicas — tendo-se registado, em 2022, um valor máximo de

20%, entre indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos (European Commission, 2024).

De acordo com o INE, entre 2021 e 2023, a esperança média de vida à nascença, em Portugal, foi de 81,17 anos, com uma diferença significativa entre os géneros: 78,37 anos para os homens e 83,67 anos para as mulheres. Os dados evidenciam um aumento contínuo ao longo da última década, registando-se um acréscimo de 1,14 anos na esperança média de vida da população geral — mais 1,40 anos nos homens e 0,87 nas mulheres. Esta tendência crescente tem impacto direto em diversas áreas, nomeadamente na idade da reforma, que, segundo o INE, será fixada em 66 anos e sete meses em 2025, refletindo o prolongamento da longevidade (INE, 2024).

Portugal destaca-se como um dos países mais envelhecidos do mundo, sendo superado, no seio da União Europeia, apenas pela Itália. Esta realidade demográfica, particularmente evidente nas faixas etárias mais avançadas, pode ser justificada pela redução da mortalidade em todas as idades, o que tem contribuído para um aumento significativo da esperança de vida ao nascer e aos 65 anos, potenciando o incremento da longevidade. Em contrapartida, verifica-se um estreitamento da base da pirâmide etária, reflexo da baixa fecundidade e natalidade, o que conduz a uma diminuição do número de crianças e jovens. Este fenómeno é também evidenciado pelo índice de envelhecimento, que passou de 27,5% em 1961 para 165,1% em 2020. Já o índice de longevidade, que compara a proporção de pessoas com 75 ou mais anos em relação à população idosa total, aumentou de 33,6% para 48,7% no mesmo período (PORDATA, 2022).

Em Portugal, as doenças crónicas constituem uma parte expressiva da carga de morbilidade a nível nacional. De acordo com o Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021), cerca de 85% das mortes no país estão associadas a patologias crónicas, incluindo doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias.

Estas doenças, pela sua natureza persistente e progressiva, configuram um dos maiores desafios para os sistemas de saúde contemporâneos, não apenas em

Portugal, mas a nível mundial. A elevada prevalência, aliada à mortalidade significativa que lhes está associada, contribui para uma pressão crescente sobre os recursos de saúde, exigindo respostas inovadoras, integradas e eficazes, que não se limitem ao tratamento da doença.

De acordo com o Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021), em 2019, 41% dos portugueses com 16 ou mais anos referiram ter pelo menos uma doença crónica — valor que ultrapassa a média da União Europeia (36%). O mesmo relatório sublinha que apenas metade dos portugueses se considera em bom estado de saúde, salientando-se grandes desigualdades associadas ao rendimento (OECD, 2021).

A análise destes dados permite perceber que a população portuguesa está a envelhecer de forma acentuada, registando um crescimento expressivo nos últimos 59 anos. Perante este aumento da longevidade, impõe-se a reflexão: esta maior esperança de vida é vivida com qualidade? Embora os anos de vida estejam a aumentar, assiste-se também a uma crescente prevalência de multimorbilidade e dependência, associadas ao envelhecimento natural.

O envelhecimento foi, sem dúvida, uma das grandes vitórias da humanidade. No entanto, o prolongamento da vida até idades outrora impensáveis (Oeppen & Vaupel, 2002) tem vindo a gerar desequilíbrios populacionais com impacto significativo na organização das sociedades contemporâneas. A narrativa do sucesso deu lugar a uma preocupação crescente. O envelhecimento populacional, associado à desaceleração do crescimento demográfico, é muitas vezes relacionado com o enfraquecimento da economia, menor capacidade de inovação e aumento dos custos com saúde e trabalho (Rosa, 2012). Estes são alguns dos principais desafios enfrentados atualmente perante o fenómeno do envelhecimento demográfico.

Perante este cenário, é urgente implementar políticas eficazes que promovam um envelhecimento mais saudável. Tal passa pela prevenção ativa da doença, com destaque para a vacinação, o cuidado com a saúde mental e a capacitação das pessoas para a autogestão da sua saúde. Ignorar esta necessidade terá custos elevados, não apenas em anos de vida saudável perdidos, mas também

em termos económicos. Os modelos de projeção mostram que estratégias concertadas para promover um envelhecimento saudável poderão reduzir significativamente os gastos com cuidados de saúde e de longa duração, enquanto aliviam a pressão sobre os profissionais nos serviços de saúde.

1.2. As empresas adoecem com os seus trabalhadores? A doença crónica como um desafio organizacional

A transformação do panorama da saúde nas últimas décadas é notável, verificando-se avanços muito significativos no que diz respeito ao desenvolvimento científico e tecnológico. O aumento da esperança média de vida é uma consequência direta desses progressos, pelas melhorias na deteção precoce, no diagnóstico e no tratamento de várias doenças.

De sublinhar que a velhice não é sinónimo de doença, não quero desembocar idadismos, contudo e de acordo com os autores Santos & Almeida (2017), os trabalhadores mais envelhecidos têm maior probabilidade de terem alterações que afetem a sua capacidade de trabalho e mais dificuldade na concretização de determinadas tarefas, assim como dificuldade em interagir socialmente no local de trabalho. Porém, estas alterações necessitam de avaliações personalizadas, dirigidas a cada trabalhador. As capacidades/ habilidades não estão relacionadas diretamente com a idade, muito pelo contrário, pode existir um grande número de trabalhadores mais velhos com uma performance superior comparativamente aos trabalhadores mais novos (UE-OSHA, Cedefop, Eurofound e EIGE, 2017).

Quando analisamos a distribuição da doença crónica por grupo etário encontramos as maiores percentagens nas faixas etárias mais velhas, nomeadamente dos 65 aos 74 anos (91,3%) e dos 55 aos 64 anos (82,8%) e ainda uma percentagem significativa (56,0%) no grupo etário dos 45 e os 54 anos. Estes dois últimos grupos ainda em idade ativa (INSA, 2015).

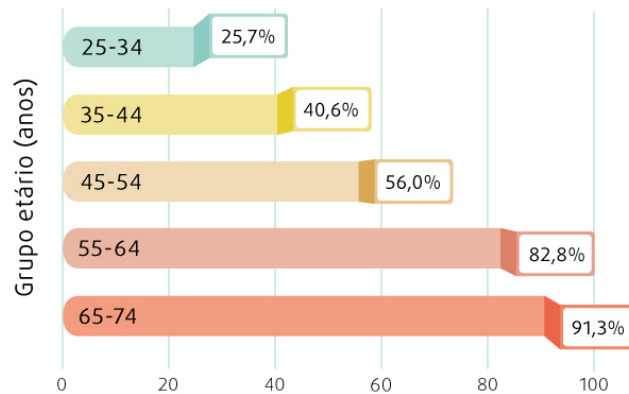


Figura 1 – Distribuição das doenças crónicas por grupos etários em Portugal em 2015 (fonte: infográfico – doença crónica – INSA, 2015)

Ao comparar os dados dos últimos trinta anos, entre o ano de 1986 e 2017, verifica-se que houve uma substituição progressiva dos trabalhadores mais jovens pelos menos jovens. Em 1986, o grupo da faixa etária dos 15 aos 24 anos, correspondia a 21,5% e em 2017 diminuiu para 7,1%. Por sua vez, no grupo dos 55-64 anos, em 1986 correspondia a 8,8%, e em 2017 passa para 16,2% (Eurostat, Instituto Nacional de Estatística e PORDATA, 2018).

Tabela 1 - População ativa de Portugal por grupo etário (%) diferenças entre 1986 e 2017
(Fonte: Eurostat | Institutos Nacionais de Estatística, PORDATA, 2018)

ANO	FAIXA ETÁRIA				
	15-24	35-44	45-54	55-64	65 ou +
1986	21,5	23,7	18,5	8,8	3,4
2017	7,1	19,8	25,2	16,2	4,7

Outra apreciação que também tem de ser feita, e que também esteve na base da minha ideia para a temática do trabalho de projeto, tem que ver com o absentismo. Vivemos numa sociedade cada vez mais exigente, em que a eficiência e a produtividade são pedras basulares para as organizações. Por isso, o absentismo aparece, muitas vezes, como um desafio complexo que impacta diretamente os resultados económicos.

Cada vez há uma maior preocupação, no mundo corporativo, pela saúde dos trabalhadores e pela gestão do absentismo. Esta deve assentar em estratégias políticas, com a utilização de um método sistemático e organizado, tendo por base uma abordagem holística e multidisciplinar que apresente uma visão, nos diferentes pilares da saúde dos seus trabalhadores, que integre a área da prevenção, o acompanhamento e apoio durante a ausência e a intervenção no processo de planear e acompanhar o regresso ao trabalho.

De acordo com o Índice de Saúde Sustentável, em 2019, os portugueses faltaram 5,9 dias ao trabalho. Estes números traduzem-se num prejuízo aproximado de 2,2 milhões de euros. Neste estudo, levado a cabo pela Nova-IMS, também se mediu a redução da produtividade com perdas aproximadas de 12,3 dias ao trabalho e um prejuízo de 4,6 milhões de euros (AbbVie e NOVA IMS, 2023).

Dos dados apresentados, acima falta perceber melhor a etiologia do absentismo. Esta compreensão, permitiria uma abordagem mais direcionada para as causas e consequentemente, uma intervenção mais eficaz e mais impactante. Reconhecer a importância do acompanhamento dos trabalhadores nos períodos de ausência e o apoio durante o regresso permitiria fortalecer o sentimento de pertença à organização. Esta visão empática, disponível e que ultrapasse as exigências legais pode ser traduzida em grandes ganhos nas organizações. Olhar para uma gestão hábil do absentismo como um investimento essencial e não como um custo: o repto está lançado. Para quando políticas que premeiam as organizações com esta visão? É sabido que os ganhos ultrapassam a barreira individual e da própria organização. A existência de programas de acompanhamento e vigilância da saúde dos trabalhadores podem permitir uma maior sustentabilidade, aliviando as instituições de saúde e permitindo respostas mais célebres.

2. PROGRAMA DE GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA EM CONTEXTO LABORAL – GD2CL

Se é verdade que as empresas adoecem com os seus trabalhadores, também é verdade que nelas pode residir parte da cura. No entrelaçar das rotinas laborais e dos desafios da doença crónica, nasce a oportunidade de transformar o local de trabalho num espaço de cuidado, prevenção e fortalecimento. É neste cenário que germina o Programa de Gestão da Doença Crónica em Contexto Laboral – GD2CL, uma resposta estruturada e sensível à complexidade humana.

Subsistem ainda alguns desafios e limitações na implementação de programas de gestão de doenças crónicas no contexto corporativo em Portugal. Existe uma espécie de falta de consciencialização da importância deste tipo de intervenção e, apesar de os resultados serem positivos ainda existe uma escassez de trabalhos desenvolvidos no nosso país.

Este programa tem como foco central as doenças crónicas, e, consequentemente a promoção de ambientes laborais salubres e adaptados às necessidades dos trabalhadores com doenças crónicas. Propõe-se promover a maior acessibilidade aos serviços de saúde ocupacional e os devidos ajustes para proporcionar uma participação no mundo corporativo plena e produtiva e, consequentemente, prevenir novas incapacidades. Tem na sua génese a possibilidade de fornecer à entidade patronal recursos para atuarem como facilitadores na gestão da doença crónica no local de trabalho.

Temos de agir. Investir em programas de gestão de doenças crónicas no ambiente de trabalho, com relevância no domínio da promoção do autocuidado e autogestão da pessoa em situação crónica: autogestão da doença, autogestão do regime de exercício, autogestão do regime medicamentoso, autogestão do regime dietético, autogestão de sinais e sintomas e, ainda, autovigilância de complicações. É urgente a procura do melhor planeamento possível na conceção dos cuidados com o objetivo de estimular à máxima autonomia para a

autogestão da doença crónica, tendo sempre por base a melhor evidência possível.

São vastas as estratégias que possibilitam superar os desafios associados à adesão terapêutica, como a implementação de programas com modelos de cuidados inovadores, incorporando tecnologia que pode ser facilitadora da otimização do acesso; a presença de Enfermeiros especialistas em EMC na área da pessoa em situação crónica, possibilitando um suporte contínuo e personalizado, adaptado às necessidades particulares da pessoa em situação crónica.

São necessárias políticas e medidas legislativas: estabelecer políticas e normativos legais que incentivem a inclusão e evitem a discriminação dos trabalhadores com doenças crónicas, além de oferecerem suporte para a reintegração laboral, após situações de baixa médica prolongada (Andra et al., 2023).

A inexistência de um plano de ação que sistematizasse e permitisse o acompanhamento/continuidade de cuidados de enfermagem à pessoa com doença crónica foi a premissa para a construção de um programa de gestão da doença crónica. Deste modo, aspira-se ter possibilidade de intervir e, consequentemente, poder contribuir na melhoria dos cuidados prestados, obtendo resultados satisfatórios no domínio da autogestão da doença.

A ideia da construção de um programa de gestão da doença crónica surge como possibilidade de intervenção na prestação de cuidados à pessoa com doença crónica em contexto laboral.

Este capítulo aborda a organização e estrutura deste programa de acompanhamento de doentes crónicos numa empresa do norte de Portugal. O seu desenvolvimento foi baseado na integração de dados provenientes das melhores práticas e sustentado pela evidência científica mais robusta disponível nesta área.

Com o objetivo de avaliar a relevância e a aplicabilidade destas diretrizes no contexto real da prática, foram ouvidas algumas opiniões de pares, permitindo a reflexão de perceções, a partilha de experiências e a recolha de sugestões.

Após a conclusão destas etapas, foi possível estruturar um programa de forma clara e estratégica, selecionando os diferentes intervenientes, alocando os recursos essenciais e delineando as fases do processo. Esta abordagem visa garantir a eficácia da implementação, a otimização dos meios disponíveis e a maximização dos benefícios para os destinatários, assegurando que os objetivos propostos sejam atingidos.

2.1 Do problema à proposta: fundamentos e motivações para o GD2CL

Quando abracei este novo desafio profissional, em meados de janeiro de 2024, tive necessidade de caracterizar socio-demograficamente a população trabalhadora. Dos cerca de 400 trabalhadores, cerca de 59,6% apresentavam idades compreendidas entre os 36 e 55 anos. Pode concluir-se que estava perante uma população “madura”. A população é composta, na sua maioria, por pessoas do género masculino, 79%, em especial nas funções ligadas ao transporte e recolha, onde os trabalhadores são homens, bem como na exploração dos aterros. A maioria das mulheres concentram-se em cargos superiores. Grande parte dos colaboradores, cerca de 90%, têm habilitações literárias do nível do ensino básico e secundário, sendo que os que têm habilitações de ensino superior desempenham cargos de coordenação e chefia.

De acrescentar que existe uma taxa de *turnover* elevada, sendo que cerca de 49% dos trabalhadores têm menos de cinco anos de antiguidade. Esta situação ocorre, essencialmente, nas funções mais indiferenciadas.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) tem destacado a importância de ambientes de trabalho saudáveis para prevenir doenças e reduzir a rotatividade de trabalhadores. Em colaboração com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a OIT publicou o relatório "Ambientes de Trabalho Saudáveis: Um Modelo para Ação", que enfatiza a necessidade de locais de trabalho que apoiem e acolham trabalhadores mais velhos e aqueles que sejam portadores de doenças crónicas ou deficiências. O documento afirma que um ambiente de trabalho saudável é aquele em que "os trabalhadores e gestores colaboram para o uso de um

processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores" (OMS, 2010, p. 11)

A problemática que espoletou esta ideia de projeto, e que motivou a construção deste programa, teve que ver com as dificuldades sentidas no processo de acompanhamento dos trabalhadores portadores de doenças crónicas. O processo de conceção de cuidados permite-nos responder, através da seleção de intervenções, aos objetivos previamente traçados e, desta forma, obter resultados satisfatórios no domínio da autogestão da doença, permitindo mudanças significativas na vida das pessoas, atingindo a mestria, por exemplo.

O absentismo é descrito como um grande problema da organização e estão dispostos a abraçar projetos inovadores que possam melhorar esses dados. Segundo a OMS, a prevalência das doenças crónicas apresenta-se como um problema de grande magnitude e com um elevado impacto económico, prevendo-se um agravamento deste cenário nos próximos anos (WHO, 2018).

Deste modo, pretendeu-se traçar um programa para aplicar num contexto específico, que é um serviço de saúde ocupacional, numa empresa de gestão de resíduos, situada no Norte de Portugal. Um programa que aproveitasse de forma eficiente os recursos já disponíveis, evitando a necessidade de grandes investimentos adicionais, mas garantindo uma resposta eficaz.

Propus-me a desenvolver um modelo de abordagem dos cuidados e que o enfermeiro especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica se situa no comando de operações, proporcionando o tão aclamado cuidado de proximidade. O objetivo foi identificar os doentes crónicos que poderiam tirar proveito deste acompanhamento durante o seu percurso de transição saúde-doença.

As doenças crónicas têm sido alvo de discussão pública. Dada a relevância do tema, vários países começaram a refletir sobre estratégias para minimizarem o seu impacto nos sistemas de saúde. São conhecidos vários programas de acompanhamento de doentes crónicos complexos, mas ainda a uma escala muito micro. Porém, não descurando a importância desta tipologia de programas, atrevo-me a dizer que estamos a chegar tarde. Temos de começar mais cedo, numa abordagem mais próxima e mais comunitária. Têm sido

realizadas importantes reformas nos cuidados de saúde primários, nomeadamente a criação das Unidades Locais de Saúde (ULS) que emergem como resposta estruturante à necessidade de prestação de cuidados de saúde mais integrados, contínuos e centrados nas necessidades das pessoas. Ao reunirem, sob a mesma gestão, os cuidados de saúde primários, hospitalares e, por vezes, os cuidados continuados, estas unidades combatem a fragmentação do sistema, promovendo percursos de cuidado mais fluídos e articulados. Para os doentes crónicos, esta abordagem integrada é particularmente relevante, permitindo um acompanhamento mais coordenado, evitando redundâncias e falhas de comunicação entre níveis de cuidados, garantindo, assim, uma resposta mais eficaz. Temos de começar mais cedo, mais perto das pessoas e dos seus contextos de vida. O contexto pode ser o local de trabalho, assente num modelo integrado onde são criadas pontes com as restantes tipologias de cuidados.

Em consonância com os resultados da revisão da literatura sobre a efetividade da gestão de casos em enfermagem nos resultados da saúde das populações, Cruchinho afirma que a gestão de casos em Enfermagem permite alcançar melhores resultados na saúde das pessoas com várias doenças que, consequentemente, se traduzem em ganhos para os sistemas de saúde. (Cruchinho, 2021).

O enfermeiro, ao prestar cuidados ao trabalhador que convive com uma ou mais doenças crónicas, assegura um acompanhamento contínuo, centrado na pessoa, promovendo a continuidade dos cuidados de saúde. Dessa forma, contribui para a gestão eficaz da condição do trabalhador, facilitando a adaptação às exigências laborais e melhorando a sua qualidade de vida.

É recorrente, em contexto de consulta de enfermagem, questionarmos se é portador de alguma doença e responderem-nos que não. Todavia, logo de seguida mostram-nos que fazem medicação diariamente, há já alguns anos. Quem não se revê neste tipo de episódio? Como é que alguém consegue tomar decisões sem conhecimento? Como é que alguém consegue assumir responsabilidades, assumir-se como um parceiro ativo no seu projeto de saúde sem incorporar a sua doença, a sua nova condição de vida? As inquietações

continuam e também estas estiveram na génese deste programa, quando abracei este desafio.

2.2 Soluções simples para questões complexas: o desenho do GD2CL

Ciente da importância de estabelecer um percurso claro e estratégico para enfrentar o desafio das doenças crónicas no local de trabalho, procurei definir uma abordagem que sirva de bússola orientadora na tomada de melhores decisões. Concebi um programa de acompanhamento de trabalhadores com doenças crónicas – GD2CL – que trabalham numa empresa do Norte, responsável pela exploração, valorização e tratamento de resíduos urbanos que integra 35 municípios, abrange uma área geográfica de 8,031 Km² e serve uma área populacional de aproximadamente um milhão de habitantes.

O GD2CL integra um conjunto estruturado de iniciativas e atividades destinadas ao trabalhador com doença (s) crónica (s). Este programa tem um enfoque global e integrado, colocando o trabalhador no centro das suas ações e considerando o seu contexto envolvente. Pretende-se promover a literacia em saúde, fortalecer a autonomia, incentivar a tomada de decisão informada, estimular a participação ativa na comunidade e assegurar um acesso facilitado aos diferentes recursos.

O enfermeiro assumirá um papel central como gestor de caso, papel que tem demonstrado ser eficaz na redução dos custos de saúde entre doentes com doenças crónicas. Esta abordagem contribui significativamente para minimizar a fragmentação dos cuidados, promovendo uma assistência mais integrada e eficaz (Huber & Joo, 2018; Putra & Sandhi, 2021).

O Enfermeiro gestor de caso, além da competência acrescida em Enfermagem do Trabalho, pretende-se que seja detentor da especialidade em EMC. Apesar de já existir um elemento na equipa de saúde com estas competências, prevê-se a contratação de mais um enfermeiro especialista em EMC. A prestação de cuidados deve basear-se numa prática consciente, crítica e comprometida, centrada na pessoa e nas suas necessidades específicas. Neste contexto, o enfermeiro especialista assume um papel fundamental. Para a OE, é o

profissional que possui um conhecimento aprofundado numa área específica da enfermagem. Este saber especializado permite-lhe compreender as respostas individuais aos processos de vida e às diferentes situações de saúde, evidenciando elevados níveis de julgamento clínico e capacidade de tomada de decisão, que se refletem num conjunto de competências altamente diferenciadas (OE, 2019).

Este profissional será o ponto de contacto principal para o trabalhador, assegurando uma abordagem personalizada, contínua e integrada. O enfermeiro gestor de caso irá realizar a avaliação inicial, elaborar e implementar o plano de cuidados individualizado, promover a literacia em saúde e articular-se, sempre que necessário, com outros profissionais e serviços, com o objetivo de responder, de forma eficaz, às necessidades decorrentes da sua condição de saúde.

Qual é, então, o papel do enfermeiro gestor de caso no acompanhamento da pessoa com doença crónica?

Neste âmbito, o enfermeiro gestor de caso assume uma função essencial na coordenação dos cuidados delineados no plano individual e integrado de cuidados. Atua como elemento central na articulação entre intervenientes, orientando a pessoa e a sua família ao longo do percurso nos diferentes recursos de saúde disponíveis, garantindo que recebem os cuidados adequados, no momento certo e no local mais apropriado. É elo de ligação com os diferentes profissionais de saúde que vão colaborar na implementação do GD2CL (médicos, técnicos de SST e psicólogo).

Adicionalmente ao papel de coordenador, o enfermeiro gestor de caso fomenta uma relação de proximidade e de confiança com o trabalhador, promovendo uma melhor adesão ao plano de ação delineado especificamente para ele. É um agente facilitador e tem um papel determinante na capacitação da pessoa e da sua família. É fundamental que o trabalhador que integra o programa desenvolva competências para gerir melhor a sua condição crónica e que incorpore o plano delineado na sua vida com uma participação que se quer que seja ativa e dinâmica, identificando precocemente sinais de alarme e sabendo quando e como contactar o seu gestor de caso.

Ao enfermeiro gestor de caso ser-lhe-á atribuído um horário específico de dedicação exclusiva ao programa. No entanto, será igualmente disponibilizado um número de contacto telefónico, através do qual os trabalhadores poderão, sempre que necessário, entrar em contacto com a equipa do programa. Este canal destina-se a situações como remarcações ou antecipação de consultas, esclarecimento de dúvidas ou agendamento de um contacto telefónico com o gestor de caso.

A conceção deste programa assenta na premissa de que o enfoque principal do enfermeiro deve estar nas reais necessidades do trabalhador ao longo do processo saúde-doença, e não apenas no diagnóstico da sua condição crónica. Neste contexto, reconhece-se que o modelo de cuidados mais adequado é a gestão de caso, uma abordagem que permite uma intervenção personalizada, contínua e integrada. Trata-se de um modelo centrado na pessoa, que valoriza a sua autonomia e promove a sua capacidade de gerir a própria condição de saúde, nomeadamente através da autogestão do regime terapêutico.

A reflexão sobre o significado de autogestão revelou-se pertinente – uma reflexão que realizei numa fase embrionária deste trabalho e que esteve na base do desenho deste programa. Tal como salienta Bastos (2015), a autogestão refere-se ao envolvimento ativo da pessoa com doença crónica em ações que promovam e preservem a saúde, a identificação e controlo de sinais e sintomas da doença, o lidar com o impacto da condição na sua funcionalidade, emoções e relações sociais, além de manter a adesão ao regime terapêutico. Torna-se evidente que, ao priorizarmos a capacitação para a autogestão, o foco não pode ser exclusivo na transmissão de conhecimentos. Ao invés, o enfermeiro deve fornecer informações pertinentes e no momento certo, oferecendo apoio contínuo e um acompanhamento regular no que é o processo de tomada de decisão da pessoa, com o intuito de reforçar ou desenvolver as suas capacidades individuais. O enfermeiro tem um papel de facilitador no processo de transição vivido pela pessoa. Respeita todas as decisões da pessoa, ajudando-a a repensar a forma como encara a sua condição e a desenvolver a sua capacidade de autogerir-se. O intuito central é que estas pessoas, ao desenvolverem capacidades de autocuidado, ao longo do tempo e com base na sua própria experiência, se tornem mais conhecedoras, mais habilitadas e

atinjam a mestria, assumindo o papel de protagonistas da sua saúde, ao invés de permanecerem como meros recetores passivos dos cuidados prestados.

A gestão de casos é um processo dinâmico e colaborativo que envolve a avaliação, planeamento, coordenação e simplificação dos cuidados de saúde, promovendo a cooperação entre diferentes profissionais. Além disso, inclui a análise e defesa de estratégias e serviços que atendam às necessidades de saúde do indivíduo de forma abrangente. Para isso, utiliza a comunicação eficaz e os recursos disponíveis, com o objetivo de garantir resultados positivos, eficientes e economicamente sustentáveis (Yu et al., 2020; Woten & March, 2022).

Por meio desse modelo, o enfermeiro assume diversas funções, entre elas a identificação e seleção de trabalhadores com critérios de vulnerabilidade, utilizando uma abordagem de avaliação ampla e multidimensional. Esse modelo assenta numa perspetiva holística, centrada no trabalhador e no seu contexto, promovendo o desenvolvimento da literacia em saúde, incentivando a autonomia, a tomada de decisões informadas e a participação ativa na sociedade. Além disso, facilita o acesso a recursos essenciais. Colocar a pessoa como foco principal do sistema de cuidados de saúde contribui significativamente para a melhoria da qualidade do próprio sistema (Doménech-Briz et al., 2020).

O GD2CL não é dirigido a todos os trabalhadores e nem todos os trabalhadores portadores de doenças crónicas farão parte do programa, mas sim, um grupo de trabalhadores que reúnam determinadas características. Os casos elegíveis terão uma atenção diferenciada, onde serão realizadas atividades específicas de acordo com os objetivos delineados.

Aproximadamente metade das pessoas com doenças crónicas apresentam comorbilidades, muitas vezes não controladas devido a dificuldades na sua gestão, o que evidencia a necessidade de uma abordagem integrada que mobilize todos os recursos disponíveis. Esta estratégia deve considerar não apenas as especificidades das doenças, mas também a capacidade de cada indivíduo em integrá-las na sua vida, adaptando-se de acordo com os seus recursos internos, redes de apoio e circunstâncias pessoais (Vilar, 2009).

Segundo Bastos(2013), o papel da pessoa com doença crónica no processo de adaptação é fundamental, sendo essencial que assuma a responsabilidade de preservar o seu melhor estado possível de saúde e funcionalidade. Os profissionais de saúde desempenham um papel crucial ao fornecer o apoio necessário, disponibilizando informação adequada e adotando estratégias ajustadas à realidade de cada indivíduo e do seu contexto. O objetivo é capacitar tanto a pessoa, como a sua família, para enfrentarem a vida com a doença, de forma mais autónoma e confiante. Para alcançar este propósito, é essencial estabelecer uma parceria ativa entre o doente e o profissional de saúde. Esta colaboração envolve a identificação de desafios, a definição de metas e a construção de um plano terapêutico realista, antecipando possíveis dificuldades e desenvolvendo competências para superá-las. Dado o carácter complexo do regime terapêutico, os profissionais de saúde devem considerar tanto os fatores de vulnerabilidade como os de resiliência individual, promovendo uma transição saudável e fortalecendo a capacidade de autogestão da doença (Bastos F. , 2015).

O processo de seleção dos trabalhadores para o programa GD2CL compreende duas etapas fundamentais: a fase de sinalização e a fase de avaliação preliminar.

Na primeira, como o próprio nome indica, procede-se à identificação de casos potencialmente elegíveis, sendo esta uma fase de natureza predominantemente administrativa. Para o efeito, definiram-se três critérios principais para a sinalização de trabalhadores: o absentismo, ou seja, todos os trabalhadores com ausências ao trabalho superiores a 30 dias motivadas por doença ou acidente de trabalho; o diagnóstico de doença crónica; e, a ocorrência de um acidente de trabalho.

Nesta etapa, cabe ao técnico de Recursos Humanos (RH) comunicar à equipa gestora do programa todas as ausências ao trabalho superiores a 30 dias motivadas por doença natural ou acidente de trabalho. A comunicação é feita por correio eletrónico, através de um endereço institucional partilhado pela equipa do GD2CL. Ainda no âmbito da sinalização, incluem-se também os casos de acidentes de trabalho. Operacionalizou-se que todos os trabalhadores que tenham sofrido um acidente de trabalho devem igualmente ser identificados e

referenciados para avaliação na fase seguinte do processo de seleção. Esta abordagem visa assegurar que, independentemente da causa do acidente, os trabalhadores com potenciais necessidades de acompanhamento sejam precocemente sinalizados e integrados de forma adequada no programa.

É preciso conhecer melhor para agir diferente – compreender profundamente a realidade é essencial para intervir de forma eficaz. O conhecimento de um fenómeno é sempre o ponto de partida para transformar a forma como se atua. Assim, conhecer melhor as causas, os contextos e as manifestações associadas às doenças e aos acidentes de trabalho, permite desenvolver estratégias mais proativas e direcionadas. Uma caracterização detalhada destes eventos possibilita a identificação de fatores desencadeantes, bem como de grupos e contextos de risco, oferecendo bases sólidas para a tomada de decisão e para a implementação de medidas que minimizem novas ocorrências.

Com base no que foi anteriormente referido, torna-se evidente que compreender a realidade das doenças crónicas no contexto laboral é essencial, não apenas para a gestão e prevenção, mas também para a promoção da inclusão e da continuidade profissional. Os indivíduos que vivem com doenças crónicas enfrentam maiores desafios no acesso e permanência no mercado de trabalho, o que se reflete em perspetivas de emprego e rendimentos significativamente reduzidos.

Esta realidade explica-se, em parte, pela maior tendência para abandonarem precocemente a atividade profissional, bem como pela dificuldade acrescida em retomar funções após períodos prolongados de ausência por motivo de doença. Dados do estudo Health, Ageing and Retirement Survey in Europe (SHARE) ilustram esta situação: enquanto 74% das pessoas saudáveis com idades entre os 50 e os 59 anos estão empregadas, esta taxa desce para 70% entre os que têm uma doença crónica, e cai para apenas 52% nos casos em que coexistem mais do que uma doença crónica (SHARE-ERIC, 2024).

A relação entre doenças crónicas e acidentes de trabalho tem sido objeto de diversos estudos que evidenciam a complexidade e a interdependência desses fatores em contexto laboral. Um estudo transversal, publicado na Revista

Brasileira de Epidemiologia, analisou os dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2019 com o objetivo de compreender como a carga das doenças e a multimorbilidade influenciam o absentismo no Brasil. Os resultados evidenciaram que a carga de doença e a multimorbilidade são altamente prevalentes em contexto laboral e estão fortemente relacionadas com a taxa de absentismo (Soares et al., 2024).

Há estudos que corroboram a ideia de que a presença de doenças crónicas pode aumentar o risco de acidentes, seja pela limitação física, pela dor crónica, pelo impacto na cognição ou pela fadiga associada. Além disso, uma pesquisa publicada na Revista Brasileira de Medicina do Trabalho estimou que, globalmente, ocorrem anualmente cerca de 317 milhões de acidentes de trabalho. No Brasil, a prevalência desses acidentes foi associada a fatores como o sexo masculino, a residência em áreas rurais, a faixa etária entre 18 e 24 anos, o analfabetismo e a presença de duas ou mais doenças crónicas (Souza et al., 2020).

Estes números reforçam a necessidade de desenvolver estratégias personalizadas de acompanhamento e reintegração, como o programa GD2CL, capazes de responder às necessidades específicas destes trabalhadores e de contribuir para uma melhor adaptação do posto de trabalho à condição de saúde do trabalhador. Existem determinadas funções que exigem movimentos repetitivos, esforço físico ou até uma exigência de concentração elevada que podem ser indesejáveis para pessoas portadoras de determinada doença crónica.

Vlachou e colaboradores enfatizam, no artigo *Policy Guidelines for Effective Inclusion and Reintegration of People with Chronic Diseases in the Workplace: National and European Perspectives*, a importância de criar ambientes de trabalho inclusivos, que ofereçam suporte adequado aos trabalhadores com doenças crónicas, garantindo a participação plena e a reintegração dos trabalhadores, após períodos de afastamento relacionados com a doença (Vlachou et al., 2018).

Alinhado com essa perspetiva, o presente programa não se limita a acompanhar os trabalhadores durante a sua ausência, mas também se antecipa o processo de regresso e reintegração. O planeamento estratégico desse retorno procura estabelecer medidas de adaptação, recuperação ou manutenção da capacidade laboral, garantindo que a transição do regresso ao trabalho ocorra de forma confortável e adequada às necessidades individuais de cada trabalhador.

Para os trabalhadores que se encontram de baixa médica por doença natural ou acidente de trabalho, superior a 30 dias, após serem sinalizados pelo departamento de RH, ocorrerá um contacto telefónico por parte do enfermeiro gestor de caso. Se o trabalhador aceitar, será agendada uma teleconsulta inicial. A participação é sempre voluntária e pode ser revogada a qualquer momento.

Importa também acrescentar que, além do processo de sinalização realizado pelo departamento de recursos humanos e/ou departamento de SST, a identificação dos possíveis trabalhadores elegíveis para o programa pode ser realizada de forma direta. Ou seja, o trabalhador pode ser sinalizado, após a realização das consultas de admissão, periódicas ou ocasionais, de enfermagem e/ou medicina do trabalho, por um dos profissionais de saúde.

Após a fase de sinalização, inicia-se a fase de avaliação preliminar. Nesta etapa, são avaliados todos trabalhadores sinalizados anteriormente, ou seja, os trabalhadores com baixas médicas superiores a 30 dias, seja por doença ou acidente de trabalho, bem como aqueles que sofreram um acidente e ainda os casos sinalizados diretamente em contexto de consulta.

Na fase da avaliação preliminar, o Enfermeiro gestor do programa realizará uma colheita de dados, sendo que esta será direcionada para quatro áreas principais de atenção: a autogestão do regime medicamentoso, o padrão de exercício, o padrão alimentar e, ainda, e os comportamentos aditivos (uso de drogas, uso de álcool e o uso de tabaco). Esta etapa tem como objetivo identificar informações relevantes que permitirão compreender a situação global da pessoa relativamente aos focos de atenção previamente definidos.

Atualmente, o departamento de saúde ocupacional ainda não dispõe de um sistema de informação estruturado que permita documentar a recolha de dados.

Por essa razão, será desenvolvido um documento próprio para esse fim, que será preenchido em formato digital pelo enfermeiro gestor de caso. Este processo de recolha de dados tem como base a Ontologia de enfermagem desenvolvida pela ESEP e aprovada pela OE, atualmente na sua terceira versão. Em Portugal, esta ontologia representa o principal referencial para a estruturação do conhecimento em enfermagem, promovendo a uniformização da linguagem profissional. A utilização da Ontologia de enfermagem permite orientar a recolha de dados de forma mais rigorosa, reduzindo a possibilidade de omissões e subjetividade. Ao recorrer a conceitos previamente definidos e sistematizados, o enfermeiro consegue minimizar a variabilidade na recolha de informação e focar-se nos dados essenciais relacionados com os domínios selecionados, assegurando maior consistência e qualidade na elaboração do plano individual de cuidados.

Neste contexto, a ontologia de enfermagem assume-se como um recurso essencial de apoio à estruturação e organização do pensamento, revelando-se essencial para o que é o plano de ação do enfermeiro e o processo de tomada de decisão (Bastos et al., 2021).

Nem todos os trabalhadores com diagnóstico de uma ou mais doenças crónicas reúnem, à partida, os critérios para integrar o programa. Pretende-se, assim, desenvolver uma abordagem mais realista e direcionada, que permita identificar e incluir trabalhadores que estejam a vivenciar um processo de transição saúde-doença pouco saudável e/ou mais complexa, marcado por dificuldades na gestão da sua condição de saúde. Este programa foi concebido como um modelo de apoio à autogestão, pelo que apenas serão incluídos os trabalhadores cujos objetivos do plano individual de cuidados estejam claramente orientados para a capacitação, a promoção da autonomia e a mudança comportamental. Definiram-se como critérios de inclusão: a presença de doença crónica e a presença de um objetivo para o plano individual de cuidados do tipo: promover a autogestão, capacitar e promover o autocontrolo. Logo, os casos que, finda a fase de avaliação preliminar, cumprirem estes critérios de inclusão serão convidados a entrar no programa.

A exclusão de casos com diagnóstico recente justifica-se pelo facto de esta fase corresponder, muitas vezes, a uma mudança repentina, caracterizada por instabilidade emocional e dificuldades acrescidas de adaptação. Os primeiros três meses após o diagnóstico são, frequentemente, um período dedicado à consolidação do regime terapêutico e à assimilação da nova realidade de saúde. Por este motivo, considera-se prematuro iniciar intervenções estruturadas de autogestão nesta fase, uma vez que a pessoa pode ainda não estar preparada para assumir um papel ativo na gestão da sua condição.

Embora os autores, Raimundo-Leone et al. (2021) não estabeleçam um intervalo temporal fixo para o início de intervenções de autogestão, os autores sublinham a importância de considerar o nível de preparação da pessoa para assumir um papel ativo na gestão da sua saúde, frequentemente reduzido nos primeiros meses após o diagnóstico de uma doença crónica. Uma menor disponibilidade para o envolvimento ativo neste processo está associada a uma participação menos eficaz em programas estruturados de autogestão. Esta evidência é reforçada por Camarneiro (2021), que identifica o período inicial – especialmente os primeiros três meses – como crítico, com elevadas taxas de abandono e não adesão à terapêutica. Durante esta fase, os indivíduos encontram-se frequentemente em processo de reorganização emocional e ajustamento às novas exigências de vida, o que dificulta o envolvimento em estratégias exigentes de autogestão. Assim, a definição de um intervalo mínimo de três meses entre o diagnóstico e a entrada no programa assegura que os participantes se encontram num momento mais estável e recetivo, potenciando a eficácia da intervenção e a consolidação de comportamentos promotores da saúde.

Pretende-se que este seja um programa inclusivo, que não exclua casos com potencial benefício, mas que, pelo contrário, selecione os trabalhadores em que o Plano Individual de Cuidados (PIC) inclua intervenções centradas na capacitação da pessoa, orientadas para o desenvolvimento de um conjunto de competências que favoreçam a tomada de decisão informada e a adoção de comportamentos de autocuidado. Dessa forma, importa referir que os trabalhadores inicialmente excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão e/ou apresentarem critérios de exclusão serão reavaliados ao fim de três meses.

Caso, após essa nova avaliação, passem a cumprir os critérios estabelecidos, poderão então ser integrados no programa.

As intervenções e o desenho do plano de cuidados individual, criado para cada trabalhador, terão por base várias teorias de enfermagem, abordadas nos capítulos anteriores. Ao evidenciar especificamente o processo de transição saúde-doença evidenciam-se algumas propriedades cruciais para orientar a tomada de decisão dos enfermeiros, a consciencialização do trabalhador sobre a sua situação, o seu envolvimento ativo neste processo e os eventos críticos (Meleis et al., 2000).

Ambiciona-se que este programa explore, nos casos em que haja essa necessidade, os condicionalismos associados às transições saúde-doença. Meleis et al. (2000) referem que o que está por trás destes condicionalismos pode, para além das condições pessoais, ter que ver com aspetos relacionados com a sociedade, a comunidade, o suporte familiar ou os recursos disponíveis.

A participação do trabalhador no programa requer a assinatura de um termo de consentimento informado. A ausência deste consentimento constitui um critério de exclusão. O consentimento informado não deve ser encarado apenas como um documento formal, mas sim como um instrumento fundamental para assegurar que o trabalhador compreende os objetivos do programa, as atividades a desenvolver e a forma como a confidencialidade das suas informações será garantida. Para a sua elaboração, foi utilizado o modelo recomendado pelas orientações da Direção-Geral da Saúde, conforme a Norma n.º 015/2013 (DGS, 2015).

Após a avaliação, e caso estejam reunidas as condições necessárias para o seu acompanhamento (cumpra os critérios de inclusão) e a manifestação do consentimento informado por parte do trabalhador para integrar o programa, ser-lhe-á atribuído um enfermeiro gestor de caso, que será responsável pelo seu acompanhamento ao longo de todo o percurso.

Para assegurar uma comunicação eficiente entre todos os elementos da equipa que integram o programa GD2CL, estão previstas reuniões periódicas com a equipa do GD2CL, promovendo a partilha de informação entre os diferentes

profissionais envolvidos. Paralelamente, será utilizada uma pasta digital partilhada, onde ficará organizada toda a documentação do programa, incluindo pastas individuais para cada trabalhador, nas quais constará o respetivo processo clínico e demais registos relevantes. Pretende-se que estes mecanismos permitam a partilha e atualização contínua da informação.

Assim, este programa conta com uma equipa de gestores de caso composta por dois enfermeiros especialistas em EMC, ambos com competência acrescida diferenciada em enfermagem do trabalho. Esta articulação entre estas duas áreas de conhecimento permite uma abordagem abrangente e tecnicamente diferenciada, adequada à complexidade dos trabalhadores com doença crónica em contexto laboral.

O enfermeiro do trabalho, conforme definido no Regulamento n.º 372/2018, da Ordem dos Enfermeiros, assume um papel fundamental na promoção da saúde, vigilância e prevenção da doença em contexto laboral, através de intervenções dirigidas à pessoa, ao grupo e ao ambiente de trabalho, com foco na identificação precoce de fatores de risco e na implementação de estratégias de promoção da saúde e prevenção de doença. Paralelamente, o Regulamento n.º 140/2019 estabelece o perfil de competências do enfermeiro especialista em EMC, reconhecendo a sua capacidade para prestar cuidados especializados à pessoa com alterações orgânicas e funcionais, agudas ou crónicas, apoiando a tomada de decisão clínica fundamentada, a gestão do processo de cuidados e a capacitação da pessoa para a autogestão da sua condição de saúde. A integração destas competências no contexto da gestão de caso permite uma resposta eficaz, individualizada e centrada na pessoa, respondendo às exigências da saúde ocupacional e à complexidade inerente às doenças crónicas em meio laboral (Regulamento n.º 372/2018 & Regulamento n.º 140/2019).

Concluída a avaliação preliminar e validada a elegibilidade do trabalhador, inicia-se a fase de customização do PIC, momento em que se operacionaliza o plano de ação de forma individualizada. O enfermeiro especialista gestor de caso, nesta fase, procede à análise global da conceção de cuidados anteriormente delineada para o trabalhador, realizando uma revisão crítica e sistematizada do

plano de cuidados. Esta revisão assenta em quadros conceptuais da prática profissional, sendo sustentada por *guidelines* atualizadas e pela melhor evidência científica disponível. Neste processo, o enfermeiro assume o papel de facilitador e coordenador dos cuidados, com uma atuação centrada no acompanhamento da pessoa com doença crónica e orientada para a obtenção de resultados em saúde significativos. Este plano é, por natureza, dinâmico e sujeito a atualização sempre que necessário. Para tal, mantém uma vigilância contínua sobre a evolução do estado de saúde do trabalhador, recolhendo novos dados, reformulando objetivos e ajustando as intervenções, com especial enfoque na gestão do regime terapêutico e nos desafios associados ao processo de transição da condição de saúde.

O programa GD2CL contempla um plano de acompanhamento progressivo nos primeiros 12 meses até a fase de consolidação e manutenção. No primeiro mês, as consultas são realizadas semanalmente, de forma a garantir uma intervenção intensiva na fase inicial de adaptação e capacitação. No segundo mês, a periodicidade passa a quinzenal, permitindo consolidar os conhecimentos e estratégias de autogestão, mantendo o suporte necessário. A partir do terceiro mês, as consultas tornam-se mensais, refletindo a progressiva autogestão do trabalhador e a transição para uma fase de manutenção, vigilância e reforço comportamental.

A estrutura do programa, que prevê uma frequência intensiva de consultas no início (semanal e quinzenal), seguida de um acompanhamento mensal a partir do terceiro mês, encontra respaldo nas orientações propostas para a gestão integrada do doente crónico. Pode ler-se no documento “Sobre a Gestão do Doente Crónico – Notas informativas: análises do setor da saúde”, que a eficácia das intervenções depende da capacitação progressiva da pessoa, através de estratégias que promovam a literacia em saúde e incentivem a autogestão da condição crónica. Neste sentido, a intervenção inicial intensiva permite consolidar conhecimentos e competências, enquanto o espaçamento progressivo das consultas reflete a transição para a autonomia, mantendo a continuidade e monitorização dos cuidados. O modelo de gestão sugerido apoia-se, ainda, na existência de um gestor de caso para situações de maior

complexidade, alinhando-se com a filosofia do GD2CL ao integrar profissionais especializados e planos de cuidados personalizados (Fundação “la Caixa”, BPI, & Nova School of Business and Economics, 2024).

Este princípio de acompanhamento estruturado e faseado converge com a lógica do GD2CL e é igualmente reforçado por diferentes autores. De acordo com a interpretação de Sousa et al. (2021) baseada no modelo de Wagner (1998), as pessoas com doenças crónicas beneficiam de um acompanhamento contínuo e estruturado, orientado para a capacitação progressiva na autogestão e na adoção de comportamentos promotores da saúde (Sousa et al., 2021).

A eficácia do programa GD2CL assenta, não só na personalização dos cuidados e no acompanhamento próximo prestado pelo enfermeiro gestor de caso, mas também na sua capacidade de articulação com outras equipas e níveis de cuidados, nomeadamente com os Cuidados de Saúde Primários (CSP). Importa reforçar que o GD2CL não se pretende afirmar como um programa paralelo ou disruptivo face aos percursos assistenciais já existentes, mas sim como um complemento estruturado que favoreça a continuidade e a coerência dos cuidados, especialmente em contexto laboral. É essencial que o programa funcione em sinergia com essas equipas, promovendo a partilha de informação, a definição de objetivos comuns e a otimização dos recursos disponíveis.

Neste modelo colaborativo, o enfermeiro gestor de caso atua como elo entre os serviços de saúde ocupacional e os cuidados de saúde primários, facilitando a comunicação com enfermeiros de família e médicos, equipas de saúde pública e, sempre que necessário, com cuidados hospitalares ou especializados. Desta forma, o GD2CL contribui para um sistema de cuidados integrado, não fragmentado, em linha com os princípios do Chronic Care Model (CCM) e com as boas práticas de gestão da doença crónica (Wagner et al., 1996).

Durante a fase inicial de implementação do programa GD2CL – caracterizada por consultas semanais – está prevista a realização de contactos telefónicos sempre que o trabalhador não possa estar presente fisicamente naquela semana. Estes contactos têm como objetivo garantir a continuidade do acompanhamento, reforçar os conteúdos abordados, esclarecer dúvidas e,

sobretudo, manter o vínculo terapêutico com o enfermeiro gestor de caso. Porém, sempre que o trabalhador tiver dúvidas, enfrentar uma fase de maior vulnerabilidade ou recaída, poderá solicitar apoio adicional, quer através do contacto telefónico, disponível das 9 às 18 horas, quer através de email. Mesmo nas fases mais avançadas do programa, nomeadamente durante a fase de manutenção, caracterizada por consultas mensais, será garantida a possibilidade de antecipar uma avaliação clínica sempre que a situação o justificar. Esta flexibilidade permite uma resposta atempada às necessidades emergentes, reforçando o carácter personalizado e centrado na pessoa que distingue o GD2CL.

No seguimento desta abordagem personalizada e responsiva, a avaliação do programa assume um papel central na garantia da qualidade e na promoção da melhoria contínua. Está prevista uma análise inicial, ao fim de um mês, com base em indicadores de impacto, tais como: número de trabalhadores admitidos no programa, número de consultas presenciais realizadas, número de contactos telefónicos efetuados, taxa de participação nas sessões agendadas e percentagem de PIC's elaborados. Estes indicadores permitirão monitorizar o grau de implementação do programa e identificar, de forma precoce, possíveis barreiras, ajustando estratégias para garantir a coerência entre a execução e os objetivos definidos. No primeiro ano, está prevista a avaliação destes indicadores em quatro momentos: ao fim de um mês, três meses, seis meses e, posteriormente, de forma anual. Sempre que se justifique, poderão ser realizadas avaliações extraordinárias, salvaguardando a capacidade de resposta a eventuais necessidades emergentes.

De acordo com Brito (2012), é no acompanhamento da experiência humana ao longo das transições que se centra a essência da nossa ação, proporcionando a melhoria da condição de saúde e do bem-estar percebido, enquanto resultados sensíveis aos cuidados prestados. Neste contexto, importa compreender de que forma as pessoas respondem às transições que experienciam, avaliando essa resposta à luz dos indicadores de processo definidos por Meleis. Estes incluem sentir-se ligado, interagir com o ambiente, situar-se no novo contexto e desenvolver estratégias de *coping* e confiança. Assim, além dos indicadores

clássicos de saúde, o GD2CL considera também estes padrões de resposta, fundamentais para interpretar o impacto das intervenções e para orientar os cuidados de forma sensível à vivência individual do trabalhador.

Desta forma, o programa contempla a avaliação do impacto do programa na vida dos trabalhadores, que permitem avaliar o impacto efetivo das intervenções implementadas, refletindo as alterações verificadas na vida do trabalhador e na sua capacidade de autogestão da doença crónica. Pretende-se que esta avaliação não seja centrada na doença. Estes indicadores espelham, por exemplo, a mestria, ou seja, o nível de progressão de desenvolvimento de competências de autogestão, nas áreas de atenção previamente estabelecidas: a autogestão do regime medicamentoso, o padrão alimentar, o padrão de exercício e os comportamentos aditivos. A estes conceitos soma-se o de identidade fluida, que traduz a capacidade de a pessoa reconstruir-se e redefinir-se, culminando numa identidade transformada. Os indicadores do impacto do programa na vida dos trabalhadores incluem: a adoção de comportamentos de autogestão do regime medicamentoso, dietético e de exercício físico; a satisfação com a autogestão de cada um desses regimes; e, a disponibilidade demonstrada para melhorar em todas essas áreas. A satisfação do trabalhador será avaliada através de um questionário de satisfação (Anexo I).

É ainda expectável que se verifique a diminuição na taxa de absentismo laboral e de acidentes de trabalho, indispensáveis para validar a eficácia e o impacto global do programa GD2CL.

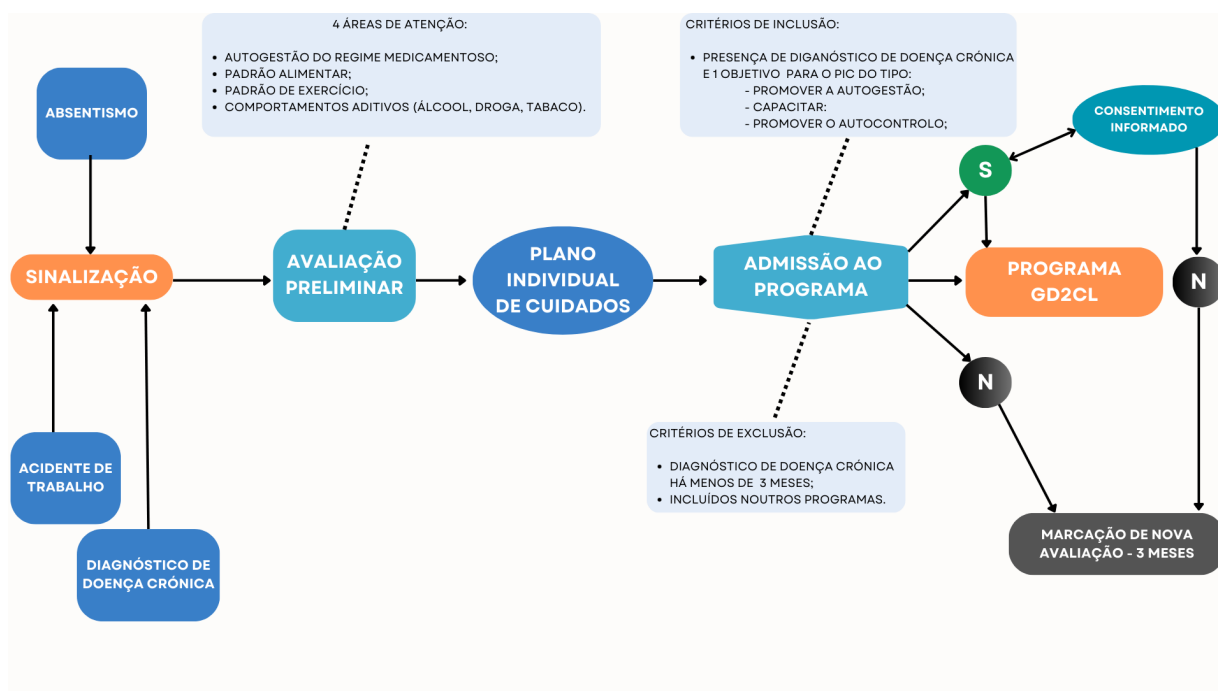


Figura 2 - Seleção dos casos elegíveis para o GD2CL

2.3 O que dizem as vozes da prática: perspetiva dos pares

Foi promovida uma reunião com alguns enfermeiros com experiência relevante na prática clínica e/ou na área da saúde ocupacional e do doente crónico, a quem reconhecemos especial competência e sensibilidade nestes temas, que se constituiu como uma estratégia complementar ao desenvolvimento do programa GD2CL – Gestão da Doença Crónica em Contexto Laboral. Este momento revelou-se um espaço de partilha entre pares, orientado para a análise crítica e o intercâmbio de perspetivas.

O principal objetivo desta iniciativa consistiu na recolha de contributos informais no sentido de analisar a viabilidade, aplicabilidade e potencial de melhoria do programa. Procurou-se aprofundar a reflexão sobre a pertinência deste tipo de programas em contexto laboral, assegurando o seu apuro com a realidade dos cuidados prestados a trabalhadores com doença crónica. Concomitantemente, foi promovida a discussão do papel do enfermeiro especialista/ enfermeiro do trabalho enquanto gestor de caso, dos principais desafios e oportunidades

identificados na prática profissional, bem como das recomendações técnicas passíveis de enriquecer e consolidar a proposta do GD2CL.

Foi realizada uma sessão de apresentação (Anexo II) do GD2CL em formato *online*, via *Zoom*, com um grupo restrito de três pares com diferentes experiências no terreno. Participaram nesta sessão: um enfermeiro especialista em EMC, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica e com experiência na área da enfermagem do trabalho, atualmente a exercer funções num serviço de hospital de dia, acompanhando maioritariamente doentes crónicos; uma enfermeira especialista em EMC, com experiência relevante na área da pessoa em situação crónica, uma vez que trabalha num serviço de internamento de doentes portadores de doença oncológica, e tem também a competência acrescida diferenciada em enfermagem do trabalho e uma enfermeira com competência acrescida diferenciada em enfermagem do trabalho, que desempenha funções numa empresa do setor da construção naval. Também foi enviado, via *email*, a apresentação do programa a um enfermeiro com competência acrescida em Enfermagem do trabalho e coordenador de uma equipa de enfermeiros de uma empresa de grande dimensão e visibilidade no norte de Portugal.

Na opinião destes profissionais, o programa GD2CL apresenta-se como uma proposta pertinente, bem estruturada e ajustada às necessidades identificadas no contexto da saúde ocupacional. Destacaram a relevância de uma abordagem centrada na pessoa, conduzida por enfermeiros com competências especializadas, e reconheceram o potencial do modelo para promover uma gestão mais integrada, próxima e eficaz da doença crónica em meio laboral.

De forma a sistematizar os principais contributos e *insights* recolhidos durante a sessão, os dados foram organizados numa tabela que contempla três dimensões principais: os tópicos abordados, os excertos representativos da conversa e as conclusões/implicações extraídas da discussão, que estão explanados a seguir na Tabela 2.

Tabela 2 - Quadro-síntese da reunião de pares - apresentação do programa GD2CL

Tema discutido	Citação direta ou adaptada	Síntese
Humanização dos cuidados	“o enfermeiro está ali para acompanhar e não julgar”	A importância da relação terapêutica, reforçou-se a ideia da necessidade de garantir um espaço seguro, de escuta ativa.
Operacionalização do programa – critérios de inclusão	“se a pessoa está a vivenciar um diagnóstico recente pode não estar disponível emocionalmente”	Ficou claro a definição dos critérios de inclusão e exclusão, nomeadamente os casos em que a pessoa tenha um diagnóstico de doença crónica há menos de 3 meses.
Articulação dos cuidados	“Evitar os cuidados fragmentados deve ser sempre uma prioridade, a ligação com os cuidados de saúde primários será essencial.”	Sublinhou-se a importância de criar pontes sólidas entre os serviços de saúde ocupacional e as unidades de locais de saúde, sobretudo no acompanhamento a longo prazo.
Expetativas realistas e resistência esperada	“Vai haver resistência. Alguns não vão querer participar.”	Este aspeto sublinha a necessidade de uma abordagem voluntária, informada, com momentos de sensibilização e esclarecimento prévios à implementação.
Importância da avaliação contínua	“Precisamos de dados concretos para justificar a continuidade, justificar o investimento”	A monitorização dos resultados foi considerada essencial para assegurar a viabilidade e sustentabilidade do programa, permitindo avaliar o seu impacto através da análise das taxas de absentismo, dos acidentes de trabalho e de indicadores relacionados com a produtividade.
Avaliação contínua da metodologia	“é importante tirar-se conclusões no primeiro ano de implementação”	Houve um forte apoio à ideia que no primeiro ano do GD2CL deve ser entendido como um ano piloto, com espaço para reformulações.
Recursos tecnológicos e operacionais	“Os sistemas informáticos têm de ser ajustados, nesta área ainda estão muito direcionados para a consulta de medicina do trabalho, lá está, também temos aqui o modelo biomédico a prevalecer.”	Foi sublinhada a importância de disponibilizar ferramentas tecnológicas adequadas para o registo, acompanhamento e partilha de informação. Destacou-se ainda a necessidade de integrar nos sistemas de registo clínico uma linguagem específica que reflita a prática centrada na autogestão e capacitação, uma vez que os sistemas atuais não respondem plenamente às exigências deste modelo de cuidado.
Consentimento informado na teleconsulta	“...primeiro tentar perceber se ele autoriza o acompanhamento através de teleconsultas, mas acho que pode funcionar.”	O reforço da importância da estratégia das teleconsultas estar bem definida e o incentivo para abordagens menos convencionais.
Estigma e perceção do acompanhamento	“Podem achar que a empresa está a vigiar-me e até duvidar da doença e/ou acidente do trabalhador.”	A cultura organizacional deve ser trabalhada no sentido de reduzir este tipo de estigma, sendo que programas como o GD2CL, à medida que foram sendo integrados nas rotinas dos trabalhadores, contribuirão para promover uma maior confiança do acompanhamento.

Importância do enfermeiro especialista	“... na minha perspetiva de enfermeira especialista na área do doente crónico faz todo sentido que o enfermeiro gestor de caso seja um enfermeiro especialista na área do doente crónico naquilo que são as nossas competências...”	Reforça a ideia do perfil do gestor de caso apresentado no GD2CL.
Benefício económico-social para o trabalhador	“... quando um trabalhador falta para ir a uma consulta vai perder poder económico e o doente crónico, principalmente por causa das agudizações falta muito”	O GD2CL pode mitigar esses impactos financeiros e sociais da doença crónica na vida do trabalhador.
Adaptação do posto de trabalho	“... o local de trabalho tem de ser adaptado à condição da pessoa.”	O local de trabalho deve ser parte ativa na adaptação do trabalhador aquilo que é a sua condição crónica.

3. PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DO GD2CL

Mas as sementes são invisíveis. Dormem no segredo da terra até que uma delas se lembre de despertar. Então, espreguiça-se e lança, primeiro timidamente, em direção ao sol, um rebento encantador e inocente

(Antoine de Saint-Exupéry, 1943)

A palavra “projeto” deriva do latim *projectu*, participio passado de *projicere*, que significa “lançar para a frente” (Porto Editora, s.d.). Remete para a ideia de algo que se estende ou se projeta no tempo, antecipando uma intenção ou um plano de ação. Assim, o conceito de projeto está intrinsecamente ligado à noção de futuro, de mudança e de criação de valor.

De acordo com o Project Management Institute (PMI), o ciclo de vida de um projeto pode ser segmentado em quatro fases essenciais: início do projeto, organização e preparação, execução do trabalho e encerramento do projeto. A fase inicial corresponde à formulação da ideia e à definição do seu âmbito. A fase de organização visa a elaboração do plano que orientará a execução. A fase de execução compreende todas as atividades necessárias ao desenvolvimento do produto, serviço ou resultado previsto. Por fim, a fase de encerramento contempla a validação, aprovação e entrega formal do produto. (PMI, 2017). No caso específico deste documento, a entrega do projeto de implementação do programa GD2CL corresponde ao final da segunda fase (planeamento).



Figura 3 -Ciclo de vida de um projeto, adaptado do PMI (2017)

As organizações encontram-se em constante transformação, procurando responder de forma eficaz aos desafios impostos pela economia global, pelo avanço tecnológico, pela escassez de recursos e pelas limitações orçamentais. Nesse contexto, os projetos assumem-se como uma ferramenta estratégica de criação de valor, permitindo que ideias sejam estruturadas e concretizadas, traduzindo-se em soluções reais para necessidades emergentes (PMI, 2017).

Um projeto deve ter sempre um propósito, uma finalidade, a criação de algo que sai do nosso quotidiano, algo que é excecional, o momento em que a nossa ideia transformar-se-á num resultado que se pretende autêntico. Deve ser único, temporário, com ajustes e reformulações.

Complementando a perspetiva do PMI sobre o ciclo de vida do projeto, a norma ISO 10006:2017 fornece orientações específicas para a aplicação da gestão da qualidade em projetos, foca-se na integração da qualidade nos processos de gestão de projetos, abordando dois conceitos centrais: “*gestão da qualidade em projetos e sistemas de gestão da qualidade aplicados em projetos*”. A sua aplicação é transversal, podendo ser adaptada a projetos de diferentes dimensões, durações e níveis de complexidade, independentemente do setor ou natureza do produto ou serviço. O objetivo principal é assegurar que as necessidades e expectativas das partes interessadas sejam plenamente atendidas, através da incorporação sistemática de práticas de qualidade ao longo das várias fases do projeto (ISO, 2017).

A metodologia de projeto caracteriza-se por uma abordagem orientada para a resolução de problemas concretos, articulando a investigação com a intervenção prática, numa perspetiva sustentada em fundamentos teóricos sólidos (Ruivo et al., 2010). Perante um problema real identificado no contexto profissional, o investigador inicia um processo reflexivo ancorado na evidência científica, que se desenvolve através do planeamento, implementação e monitorização de estratégias específicas, com vista à superação do problema inicial e ao alcance dos objetivos delineados. Esta metodologia distingue-se pela sua flexibilidade e dinamismo, permitindo ajustes contínuos em função das características e exigências de cada contexto. Para além de possibilitar uma compreensão mais profunda da realidade, promove também maior eficácia nas intervenções

realizadas e no uso dos recursos disponíveis (Guerra, 2006). Segundo este autor, a metodologia de projeto desenvolve-se em seis etapas fundamentais: identificação do problema e diagnóstico da situação; definição dos objetivos; seleção das estratégias e planeamento das atividades; execução das ações propostas; avaliação dos resultados; e, divulgação ou disseminação das conclusões obtidas.



Figura 4 - Etapas de metodologia de projeto [adaptado de Guerra (2006) e Ruivo et al. (2020)]

A elaboração de um projeto estruturado é fundamental para assegurar a implementação bem-sucedida de um programa. Um planeamento meticoloso permite uma gestão eficaz dos recursos, a coordenação eficiente das equipas e o cumprimento dos prazos estabelecidos, alinhando cada fase do projeto com os objetivos estratégicos da organização. De seguida, serão elencadas todas as fases do projeto de implementação do GD2CL.

3.1 Diagnóstico da situação

A fase de diagnóstico de situação constitui o ponto de partida do projeto GD2CL, correspondendo à primeira etapa metodológica na qual se procede à caracterização da realidade organizacional onde o programa será implementado. Esta fase tem como objetivo fundamental conhecer em profundidade o contexto institucional, as suas dinâmicas internas, os recursos disponíveis, as necessidades identificadas e os principais desafios associados à

gestão da doença crónica em contexto laboral. A empresa em questão é responsável pela exploração, valorização e tratamento de resíduos urbanos, abrangendo uma área geográfica de 8.031 km² e servindo aproximadamente um milhão de habitantes, distribuídos por 35 municípios da região Norte do país. Trata-se de uma organização com elevada complexidade operacional, cuja atividade implica riscos relevantes e um perfil laboral diversificado, no qual a presença de doenças crónicas pode impactar significativamente a produtividade, a assiduidade e o bem-estar do trabalhador. A recolha de dados nesta fase incluiu a análise documental e reuniões exploratórias com o departamento de RH, com o departamento de SST e com a equipa de saúde ocupacional da qual faço parte. Esta equipa é composta por uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, com competência acrescida em enfermagem do trabalho e dois médicos do trabalho, sendo um deles o diretor clínico.

No final de janeiro de 2025, o quadro de pessoal da empresa integrava 405 trabalhadores, número que tem vindo a aumentar significativamente nos últimos anos, em resposta às metas ambientais estabelecidas. Trata-se de uma população laboral tendencialmente “madura”, como se pode verificar na tabela três. Por sua vez, verifica-se, uma elevada taxa de rotatividade, reforçada pelos dados mais recentes: entre fevereiro de 2024 e janeiro de 2025, registaram-se 174 admissões e 45 saídas. Esta instabilidade é particularmente evidente nas funções mais indiferenciadas, onde a renovação de mão de obra é mais frequente com aproximadamente 49% dos trabalhadores a apresentarem menos de cinco anos de antiguidade, situação particularmente evidente nas funções mais indiferenciadas. A maioria da força de trabalho é composta por indivíduos do sexo masculino (83,7%) (gráfico um), predominando nas áreas operacionais de recolha e transporte, bem como na exploração de aterros, onde todos os trabalhadores são homens. No que respeita ao nível de escolaridade, a maior parte dos trabalhadores possui o ensino básico (259 trabalhadores), enquanto os restantes distribuem-se entre o ensino secundário e o ensino superior (gráfico dois). Os 45 trabalhadores com habilitações de nível superior exercem, maioritariamente, funções de coordenação e chefia.

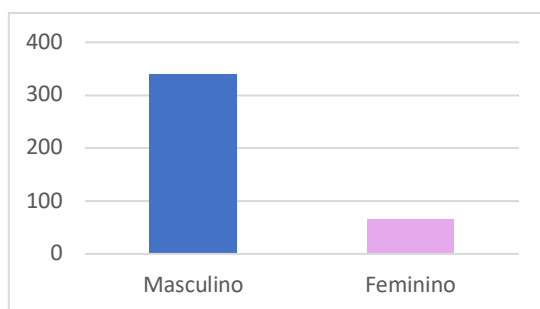


Gráfico 1 - Distribuição dos trabalhadores por género

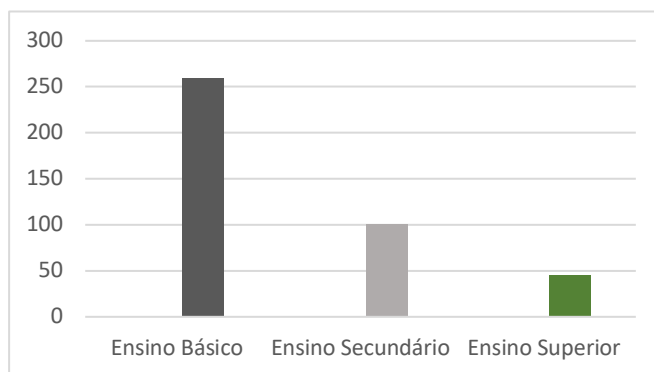


Gráfico 2 - Distribuição dos trabalhadores por nível de escolaridade

A análise da distribuição etária dos trabalhadores corrobora a ideia de uma população laboral tendencialmente madura. Verifica-se que uma larga maioria dos colaboradores – cerca de 82% – encontra-se na faixa etária dos 31 aos 60 anos, destacando-se os grupos dos 41-50 anos (153 trabalhadores) e dos 51-60 anos (107 trabalhadores). Estas faixas, isoladamente, representam mais de 64% do total de efetivos. Em contraste, os trabalhadores mais jovens (com menos de 31 anos) representam apenas cerca de 18% do total, o que reforça o predomínio de uma força de trabalho com maior experiência profissional e inserção prolongada no mercado. Este perfil etário tem implicações relevantes na gestão da saúde ocupacional, nomeadamente no acompanhamento de condições crónicas, riscos ergonómicos e estratégias de promoção da autonomia e da permanência ativa no trabalho.

Tabela 3 - Distribuição do n.º de trabalhadores por faixa etária

Faixa etária	N.º de trabalhadores	% do Total
18-20	3	0.7
21-30	68	15.1
31-40	80	17.8
41-50	153	34.0
51-60	107	23.8
61-67	39	8.7

Importa referir que os dados apresentados nesta tabela correspondem ao total de trabalhadores que integravam a empresa desde a nossa entrada em funções, perfazendo um universo de 450 trabalhadores contratados entre fevereiro de 2024 e janeiro de 2025. No entanto, neste mesmo período, 45 trabalhadores cessaram funções, o que resulta num total de 405 trabalhadores efetivos no final de janeiro de 2025. A distribuição etária reflete, assim, o perfil de toda a força de trabalho admitida nesse intervalo, e não apenas a dos colaboradores atualmente em exercício.

A análise da distribuição etária dos trabalhadores confirma uma tendência clara para o envelhecimento da força laboral, com 64% dos colaboradores situados entre os 41 e os 60 anos. Destaca-se, ainda, a presença expressiva de trabalhadores com idades entre os 61 e os 67 anos (39 pessoas), o que representa uma percentagem significativa, tendo em conta a proximidade da idade da reforma. Este dado traduz a manutenção de trabalhadores em atividade para além dos 60 anos, realidade que se encontra em consonância com a evolução demográfica nacional.

Segundo o INE, e relatando os dados já apresentados sobre a tendência demográfica em Portugal e no mundo, no início deste trabalho, no triénio 2022-2024, a esperança de vida aos 65 anos foi estimada em 20,02 anos, registando um aumento de 0,27 anos relativamente ao triénio anterior (INE, 2024). Esta tendência crescente reforça a necessidade de repensar as estratégias de saúde e bem-estar no trabalho, reconhecendo que os trabalhadores mais velhos permanecem ativos durante mais tempo e apresentam condições clínicas e funcionais que exigem acompanhamento diferenciado. Neste cenário, o programa GD2CL revela-se especialmente relevante ao propor uma intervenção personalizada e preventiva, centrada na promoção da autonomia, autogestão e continuidade laboral saudável entre trabalhadores com doença crónica.

Depois de uma breve caracterização do perfil sociodemográfico da população trabalhadora vou focar-me na problemática que me direcionou para a ideia deste projeto. O que concorreu para identificação deste diagnóstico de situação/problema foram os obstáculos sentidos no processo de acompanhamento dos trabalhadores portadores de doença crónica. O processo

de conceção de cuidados permite-nos responder, através da seleção de intervenções, aos objetivos previamente traçados e, dessa forma, obter resultados satisfatórios no domínio da autogestão da doença, permitindo mudanças significativas na vida das pessoas.

No período compreendido entre fevereiro de 2024 e janeiro de 2025, realizaram-se 255 consultas de enfermagem, permitindo, nas primeiras avaliações, proceder à recolha sistematizada de dados sobre a saúde dos trabalhadores. A partir dessa análise, foi possível identificar e caracterizar um conjunto de 50 doenças crónicas distintas, conforme apresentado quatro. Dos trabalhadores avaliados, 64,7% apresentavam pelo menos uma doença crónica diagnosticada, sendo que 37,6% convivem com duas ou mais condições crónicas (gráfico quatro).

Tabela 4 - Mapa das doenças crónicas

Dislipidemia	58
HTA	55
Tabagismo	53
Obesidade	38
Ansiedade	9
Depressão	9
DM tipo 2	8
Gastrite crónica	8
HBP	7
Hiperuricemia	6
Hipotireoidismo	5
Apneia do sono	4
Asma	4
Hérnia Lombar	4
Cancro da mama	3
EAM	3
Tromboflebite	3
Outras doenças cardíacas	3
Alcoolismo	3
DM tip1	3
Bronquite crónica	2
Glaucoma	2
Sinusite	2
Vitiligo	2
AVC	2
Tumor cerebral	2
TVP	2
Epilepsia	2
Hemangioma do fígado	1
Arritmia Cardíaca	1
Cancro da próstata	1
Cancro do reto	1
Cirrose hepática	1

Cólon irritável	1
Diverticulite	1
Doença de Crohn	1
DPOC	1
Fibromialgia	1
Hepatite C	1
Hérnia do Hiato	1
Hidrosadenite	1
Neoplasia benigna da parótida	1
Psicose	1
Psoríase	1
Púrpura	1
Rinite	1
Sarcoidose	1
Síndrome de Menière	1
Outras dependências – canabinoídes	1
Doença renal poliquística	1

As doenças mais frequentemente observadas – dislipidemia, hipertensão arterial, obesidade, tabagismo e diabetes tipo 2 – refletem um perfil clínico alinhado com os dados nacionais. Segundo o Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge (INSA) (2015), a hipertensão arterial é a condição crónica mais prevalente na população portuguesa (26,1% nas mulheres e 25,1% nos homens), seguida do colesterol elevado (25,7% e 23,7%, respetivamente), o que encontra correspondência nos dados desta amostra, em que a dislipidemia e a HTA ocupam os dois primeiros lugares em número de casos sinalizados como também está explanado no gráfico três.

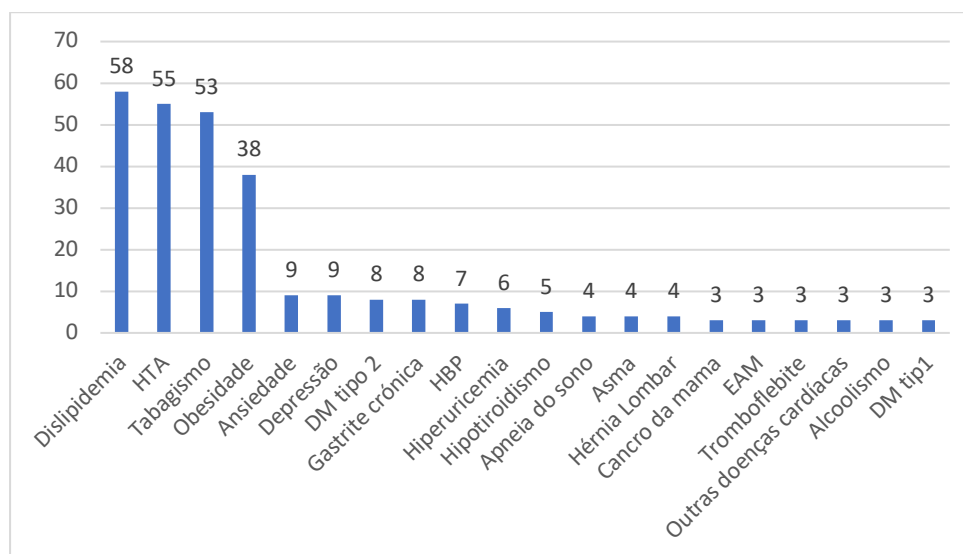


Gráfico 3 - Caracterização das doenças crónicas

A identificação de condições como depressão, ansiedade, doenças músculo-esqueléticas e respiratórias evidencia ainda a complexidade clínica existente neste contexto laboral, reforçando a necessidade de intervenções integradas e multidimensionais.

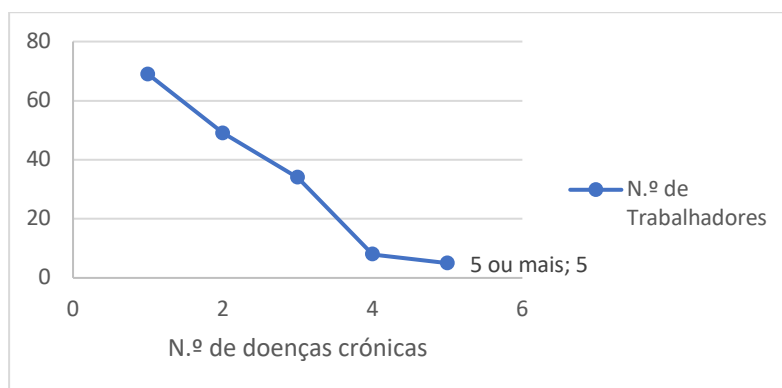


Gráfico 4 - N.º de doenças crónicas por trabalhador

A análise dos dados relativos à medicação diária revelou que nove trabalhadores se encontram em regime de polimedicação, entendida como o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos por dia. No total, seis trabalhadores consomem seis ou mais fármacos diariamente, enquanto três trabalhadores referiram a toma de cinco medicamentos, o que representa 3,5% da amostra em situação de polimedicação clássica. Além disso, 11 trabalhadores tomam quatro fármacos e 13 tomam três, o que indica uma tendência crescente de carga terapêutica proporcional à presença de múltiplas doenças crónicas.

Esta realidade torna-se particularmente relevante quando enquadrada no contexto da multimorbilidade, onde a polimedicação é hoje uma crescente prioridade global. Embora os medicamentos tenham benefícios claros, o seu uso simultâneo pode estar associado a consequências adversas significativas, incluindo aumento da carga de tratamento, maior risco de hospitalizações não planeadas e até a morte (Tsang et al., 2024).

Este padrão está diretamente relacionado com a elevada prevalência de multimorbilidade identificada anteriormente, sendo que 37,6% dos trabalhadores têm duas ou mais doenças crónicas diagnosticadas. A polimedicação, embora muitas vezes necessária, pode aumentar o risco de interações medicamentosas, efeitos adversos e menor adesão ao regime medicamentoso – reforçando a importância de uma abordagem diferenciada a um tipo de trabalhadores

particularmente vulnerável. Neste sentido, o diagnóstico de situação revela-se fundamental para antecipar as necessidades específicas e delinear estratégias de intervenção mais adequadas.

O absentismo por motivos de doença tem-se revelado um indicador crítico no contexto organizacional da empresa. A análise dos dados dos últimos três anos permitiu identificar padrões relevantes, quer em termos de volume de dias perdidos, quer na frequência de ausências prolongadas. Estes dados assumem particular importância quando cruzados com o diagnóstico clínico da população trabalhadora, revelando uma sobreposição significativa entre os principais motivos de absentismo e as doenças crónicas mais prevalentes.

As ausências ao trabalho têm assumido uma expressão significativa na realidade da empresa, refletindo não só questões de saúde dos trabalhadores, mas também desafios associados à prevenção, acompanhamento clínico e reintegração profissional. De acordo com a tabela n.º quatro, apresenta a evolução das taxas de absentismo dos últimos três anos, registaram-se valores preocupantes e consistentes: 6,13% em 2021; 9,29% em 2022; e, 8,88% em 2023, evidenciando uma tendência crescente entre 2021 e 2022, com uma ligeira estabilização em 2023, ainda que em patamar elevado.

Importa referir que a principal origem destas ausências está associada a situações de baixa médica por doença natural e acidentes de trabalho, coincidindo com as patologias mais frequentemente identificadas nas consultas de enfermagem nomeadamente as doenças crónicas (tabela n.º três). Esta correlação reforça a importância de estratégias estruturadas de gestão da doença crónica no contexto laboral, como o GD2CL, capazes de atuar de forma integrada sobre os fatores que influenciam negativamente a assiduidade e a capacidade funcional dos trabalhadores.

Tabela 5 - Taxa de absentismo 2021-2023

2021	6,13%
2022	9,29%
2023	8,88%

A análise das taxas de absentismo na empresa entre 2021 e 2023 revela valores persistentemente elevados, com um pico de 9,29% em 2022 e uma ligeira

descida para 8,88% em 2023. Estes números estão significativamente acima das referências habitualmente aceites como normais (entre 4% e 6%) e ultrapassam largamente a média nacional reportada em fontes informais.

Embora não estejam disponíveis dados oficiais recentes do INE ou do Ministério do Trabalho sobre a taxa de absentismo global em Portugal, o artigo da Associação para o Progresso da Direção de Empresas (APD) indica que, em 2023, Portugal registou uma taxa média de absentismo por incapacidade temporária de 4,1%, colocando o país entre os mais afetados da União Europeia neste indicador. Esta discrepância reforça a necessidade de intervenção organizacional: os dados da empresa estão mais do que o dobro da média nacional referida, refletindo um potencial impacto crítico na produtividade e estabilidade das equipas (APD, 2024).

Embora ainda não disponhamos de todos os dados referentes à etiologia do absentismo, é essencial aprofundar o conhecimento sobre as suas causas. Esta clarificação permitirá um diagnóstico situacional mais rigoroso e uma gestão mais eficaz do fenómeno. Sabe-se, contudo, que as faltas por motivo de doença natural e acidente de trabalho representam a maior proporção da taxa global de absentismo. A implementação do programa GD2CL contribuirá diretamente para mitigar este cenário, uma vez que todas as ausências superiores a 30 dias serão comunicadas à equipa responsável pelo programa, permitindo o acompanhamento próximo e a intervenção atempada.

Ainda no âmbito do diagnóstico situacional, que corresponde à primeira fase do projeto de implementação do programa GD2CL, foram igualmente analisados os acidentes de trabalho. Para além de representarem um custo organizacional e humano significativo, estes podem estar direta ou indiretamente associados à condição de saúde crónica dos trabalhadores. Assim, todos os acidentes de trabalho registados serão automaticamente sinalizados à equipa do programa GD2CL, permitindo uma avaliação preliminar e, sempre que se justifique, a inclusão do trabalhador no programa.

Na Tabela seis encontra-se sistematizada a informação referente à incidência de acidentes de trabalho ocorridos no período de 2020 a 2023.

Tabela 6 - N.º de acidentes de trabalho - 2020-2022

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
2020	2	9	5	2	3	3	5	4	4	3	2	5	47
2021	6	1	2	6	2	2	3	7	2	1	3	5	40
2022	3	7	5	6	4	3	6	1	1	1	7	8	52
2023	4	3	5	4	2	0	3	2	2	2	1	1	29

No gráfico cinco pode-se visualizar a comparação da evolução mensal dos acidentes de trabalho na empresa entre 2020 e 2023, evidenciando variações significativas ao longo dos anos. De 2020 para 2021, houve uma redução de 15% no número total de acidentes. Em 2022, registou-se um aumento expressivo (+30%) face a 2021, com concentração de casos em dezembro (oito) e novembro (sete). Em 2023, a empresa obteve uma redução de 44% em relação a 2022 – o melhor resultado do período analisado, com apenas 29 acidentes no total.

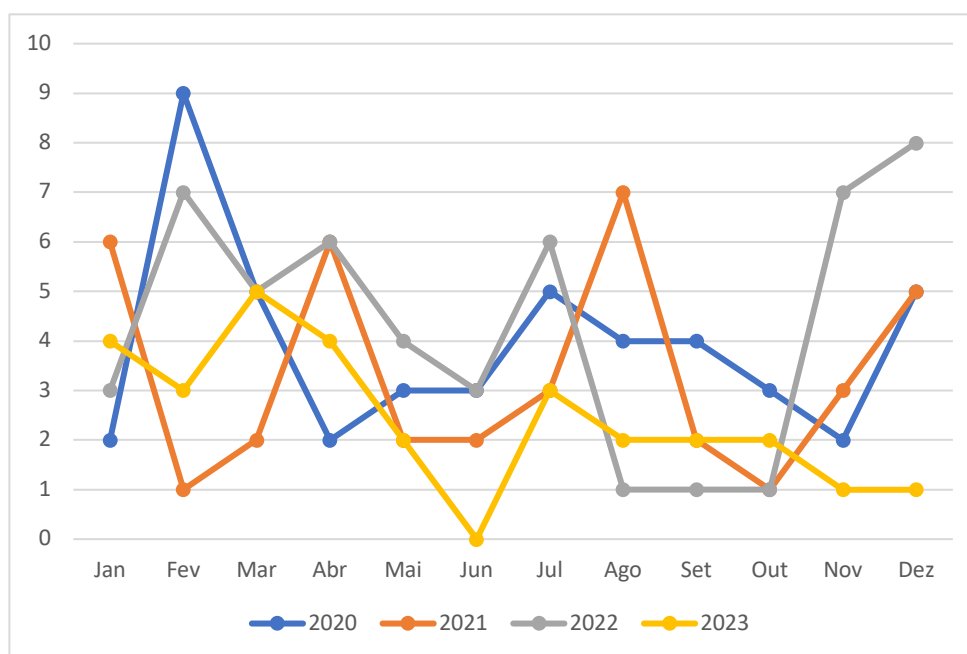


Gráfico 5 - Evolução mensal dos acidentes de trabalho (2020-2023)

A redução do número de acidentes de trabalho em 2023 está associada a um reforço das medidas de prevenção e segurança, ao investimento na formação e sensibilização dos trabalhadores, bem como à reorganização de processos laborais, o que permitiu diminuir a exposição ao risco em diversas tarefas. Este resultado positivo evidencia o impacto de estratégias preventivas bem orientadas e abre caminho para uma abordagem integrada à saúde laboral. A

implementação do programa GD2CL representa uma oportunidade de aprofundar essa lógica preventiva, promovendo uma gestão mais eficaz da doença crónica em contexto de trabalho. Ao reforçar a capacidade de autogestão dos trabalhadores com doença crónica, cria-se uma simbiose virtuosa do departamento de segurança e o da saúde ocupacional – com potencial não só para reduzir o absentismo, mas também para contribuir, de forma indireta, para a diminuição dos acidentes de trabalho.

A implementação do programa GD2CL – Gestão da Doença Crónica em Contexto Laboral surge como resposta a um conjunto de desafios identificados e já elencados neste subcapítulo. A seguir, mencionam-se os aspetos relacionados com a sua viabilidade.

O diagnóstico da situação deve ser entendido como algo mais abrangente do que a simples identificação de problemas. Trata-se de um processo que integra a análise do contexto em que os problemas ocorrem, bem como das potencialidades existentes e das dinâmicas de mudança possíveis. Por isso, deve ter um carácter sistémico, interpretativo e prospetivo. A sua construção deve partir da compreensão da realidade como um sistema interligado, envolvendo, numa fase inicial, uma análise causal mais linear, mas evoluindo para um processo de consciencialização dos atores envolvidos. O diagnóstico deve ainda assumir-se como um instrumento de investigação-ação, funcionando simultaneamente como forma de intervenção, através da interação com o contexto e da compreensão partilhada da realidade (Nunes, 2010).

Neste enquadramento, a análise da viabilidade do programa GD2CL reveste-se de particular importância, pois permite compreender em que medida este projeto responde efetivamente às necessidades identificadas, se enquadra nos recursos e dinâmicas já existentes e se tem condições reais para ser implementado com sucesso. Avaliar a sua viabilidade é, por isso, uma extensão natural do diagnóstico – garantindo que a proposta é não só desejável, mas também exequível, sustentável e ajustada à realidade organizacional.

Ainda numa fase inicial do processo, foram conduzidas entrevistas informais e reuniões exploratórias com representantes de diferentes departamentos-chave, incluindo a direção dos recursos humanos, a coordenação do departamento de

Segurança, Saúde, Ambiente e Qualidade (SHEQ), a coordenação do Serviço de Segurança e os profissionais do Serviço de Saúde Ocupacional. Estas conversas preliminares permitiram recolher perceções relevantes sobre a pertinência e a aplicabilidade do projeto no terreno. Uma das primeiras atividades consistiu na apresentação do pré-projeto à direção da empresa.

Após a apresentação do pré-projeto, procurou-se auscultar a receptividade da direção relativamente à implementação do programa GD2CL. A resposta foi francamente positiva, tendo a direção manifestado interesse na proposta e reconhecimento do seu potencial contributo para o acompanhamento da saúde dos trabalhadores. Surgiu, inclusivamente, a perspetiva de, caso os resultados se revelem positivos, considerar a sua replicação noutras empresas do grupo, o que reforça a pertinência e a oportunidade do projeto no atual contexto organizacional.

Esta fase foi ainda sustentada por um conjunto diversificado de atividades, fundamentais para compreender o contexto organizacional e sustentar a proposta de intervenção. Realizou-se um levantamento e análise documental, que incluiu a recolha de dados internos (caracterização sociodemográfica, absentismo, acidentes de trabalho e relatórios de SST), bem como a consulta da legislação, normas aplicáveis e programas já existentes. Em paralelo, e em contexto das consultas de enfermagem do trabalho, incidiu-se na análise dos níveis de literacia em saúde, na avaliação das perceções sobre a saúde, na caracterização das principais doenças crónicas e na identificação de barreiras ou aspetos facilitadores à adesão ao regime terapêutico. Procedeu-se, também, à avaliação direta dos diferentes postos de trabalho, com foco nos processos laborais e nos principais riscos ocupacionais. Adicionalmente, realizaram-se reuniões informais com pares, enfermeiros do trabalho e enfermeiros especialistas em EMC na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Todas estas atividades contribuíram para a construção de um diagnóstico robusto, participativo e orientado para a ação.

3.1.1 Viabilidade do projeto: matriz SWOT

Através da aplicação da matriz SWOT – que contempla quatro dimensões de análise: forças, fraquezas, oportunidades e ameaças – é possível identificar os fatores internos e externos, bem como os fatores favoráveis e desfavoráveis, que poderão influenciar o sucesso do programa GD2CL. Esta análise oferece uma visão estratégica integrada, contribuindo para ajustar o planeamento e orientar a tomada de decisão em função das dinâmicas da organização. Assim, apresenta-se de seguida a análise SWOT, como suporte fundamental à definição da estratégia de ação.

O planeamento estratégico é um instrumento essencial para apoiar as organizações na tomada de decisões relacionadas com a melhor forma de distribuir os seus recursos, com vista à concretização dos objetivos definidos. Trata-se de um processo contínuo e dinâmico, que envolve a criação, implementação e avaliação de decisões alinhadas com a missão e a visão da organização (Gurel & Tat, 2017).

Tabela 7 - Análise SWOT - Projeto de implementação do GD2CL



A análise SWOT realizada revela um conjunto sólido de fatores internos e externos que reforçam a relevância e a viabilidade do projeto de implementação do programa GD2CL. Entre as oportunidades, destaca-se a clara consonância com as prioridades nacionais e internacionais em matéria de saúde ocupacional, algumas das quais já foram abordadas atrás, nomeadamente a crescente valorização da vigilância e monitorização das doenças crónicas no local de trabalho. Esta valorização é impulsionada por orientações estratégicas, como as que constam no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021–2030, que sublinha a importância da gestão integrada da doença crónica em todos os contextos de vida, incluindo o ambiente laboral. De facto, as doenças crónicas não transmissíveis são reconhecidas como um dos principais desafios à sustentabilidade dos sistemas de saúde, à qualidade de vida da população e à produtividade no trabalho. O PNS defende a necessidade de respostas integradas, contínuas e orientadas para a proximidade, que envolvam não apenas os serviços de saúde, mas também os contextos onde as pessoas vivem e trabalham. Neste sentido, a promoção da saúde ocupacional e a implementação de estratégias de gestão da doença crónica no local de trabalho são destacadas como áreas prioritárias para reduzir desigualdades, prevenir a incapacidade e promover o envelhecimento saudável da população ativa (DGS, 2022). Também o Plano Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) descreve ações do objetivo específico “impulsionar a promoção de saúde no local de trabalho” – estabelecimento de recomendações que fomentem a monitorização e acompanhamento das principais doenças crónicas na população trabalhadora, por parte dos Serviços de SST e Saúde Ocupacional (SO) (DGS, 2018, p. 21). Há também um cuidado crescente com a criação de espaços de trabalho acessíveis e ajustados às necessidades de trabalhadores seniores, pessoas com doenças crónicas ou com deficiência. No que respeita às obrigações do estado na organização e funcionamento das atividades de SST, no capítulo nove do *Livro Verde para do Futuro da Segurança e Saúde no Trabalho*, estão explanadas recomendações para a criação de protocolos específicos de vigilância da saúde para trabalhadores expostos a fatores de risco acrescido, nomeadamente os relacionados com o cancro profissional, as doenças crónicas, os riscos elevados para a segurança e saúde, e situações emergentes (Gabinete

de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2024).

A valorização crescente da vigilância das doenças crónicas nos locais de trabalho é também impulsionada por orientações políticas e legais, como a Lei n.º 4/2019, de 10 de janeiro que estabelece o regime de quotas de emprego para pessoas com deficiência, com grau de incapacidade igual ou superior a 60%, com o objetivo de promover a igualdade de oportunidades no acesso ao emprego, incentivar a inclusão laboral de pessoas com deficiência ou incapacidade crónica, combater a discriminação e fomentar a implementação de medidas proativas de integração e acompanhamento pelas empresas (Decreto de Lei n.º 4/2019, de 10 de janeiro, 2019).

O envelhecimento da população ativa e consequentemente, a maior prevalência da doença crónica surge como oportunidade e ponto forte, cenário que tem grande destaque nas várias iniciativas nesta área. Observa-se, por um lado, o envelhecimento progressivo da população ativa e, por outro, a tendência para o prolongamento da vida profissional. Esta realidade está frequentemente associada a um eventual declínio das capacidades funcionais nos trabalhadores de maior idade, o que pode aumentar a sua vulnerabilidade no desempenho das tarefas. No entanto, estas limitações podem ser equilibradas pela experiência acumulada e pelas competências adquiridas ao longo do percurso profissional. É, então, fundamental dedicar atenção às questões de saúde e às possíveis complicações que possam afetar os trabalhadores mais velhos, de modo a adequar as condições de trabalho às suas limitações físicas. A implementação de programas de promoção da saúde e bem-estar no local de trabalho, o acesso facilitado a cuidados de saúde e a adoção de políticas de adaptação razoável são elementos-chave para garantir o apoio necessário a trabalhadores com doenças crónicas (Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2024).

O projeto beneficia de um contexto favorável, com acesso potencial a financiamento público e prémios que valorizam a inovação em saúde laboral, uma vez que se insere num domínio considerado prioritário pelas políticas públicas nacionais e europeias. A promoção da saúde no local de trabalho,

especialmente no que respeita à gestão das doenças crónicas, tem vindo a ganhar destaque estratégico, o que reforça as condições para apoio institucional, técnico e financeiro à sua implementação.

Aponta-se como pontos fortes a estruturação do projeto com base em recursos já existentes, nomeadamente o serviço de saúde ocupacional com organização interna e o baixo custo de implementação face aos benefícios esperados. A receptividade positiva da direção e a possibilidade de replicação noutros contextos do grupo empresarial reforçam o compromisso institucional. Adicionalmente, a existência de uma equipa motivada, uma força de trabalho envelhecida e um número significativo de trabalhadores com doença crónica concorrem para a pertinência e urgência da intervenção.

Por outro lado, os pontos fracos evidenciam obstáculos significativos no plano interno, sobretudo relacionados com a escassez de recursos humanos. Destaca-se, em particular, a limitação do número de profissionais afetos ao departamento de saúde ocupacional, bem como a sobrecarga funcional atualmente existente. Acresce a isso a limitação do modelo de prestação de cuidados, excessivamente centrado nas consultas legais obrigatórias, conforme estabelecido no Decreto-Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, que no artigo 108.º que determina a obrigatoriedade da realização de exames de saúde no âmbito da vigilância da saúde (Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro, 2009).

A necessidade de articulação entre os diferentes departamentos (como RH, SHEQ e SST), a ausência de um sistema de apoio à prática clínica e a dificuldade em demonstrar resultados num curto espaço de tempo – fator que pode influenciar negativamente a perceção de impacto por parte da gestão – são também identificados como pontos fracos relevantes.

Apesar de existirem avanços legislativos importantes, persistem várias ameaças de natureza político-legislativa que podem condicionar a implementação de projetos deste tipo. Destaca-se a ausência de uma regulamentação específica sobre a gestão da doença crónica no local de trabalho, bem como a falta de incentivos legais ou fiscais que valorizem programas neste contexto. A legislação vigente permanece excessivamente centrada na vigilância obrigatória, com pouca margem para abordagens integradas e preventivas. A instabilidade

política e a constante redefinição de prioridades governativas constituem também fatores de risco, podendo comprometer a continuidade ou o apoio institucional a iniciativas desta natureza.

A análise da matriz SWOT realizada permite concluir que o projeto apresenta uma base sólida e consistente para avançar. Apesar de algumas fragilidades e ameaças identificadas, os fatores favoráveis superam os constrangimentos, demonstrando que se trata de uma iniciativa pertinente, exequível e alinhada com o contexto atual. O projeto revela, assim, condições claras de viabilidade e sustentabilidade, reforçando a sua legitimidade e oportunidade.

Uma vez confirmada a viabilidade do projeto, o tópico seguinte apresenta o planeamento, que se assume como um verdadeiro roteiro para a ação, adequando o mesmo de forma a suplantar eventuais dificuldades, apoiando-se nos pontos fortes e oportunidades. Importa, neste ponto, reforçar que, tendo sido já descritos os principais elementos do diagnóstico de situação, este constitui não apenas o ponto de partida, mas também o ponto de retorno, servindo de referência essencial para avaliar os progressos alcançados ao longo da intervenção.

3.2 Roteiro para a ação: planeamento

“Qual é melhor estratégia para atingir os objetivos?” (Guerra, 2006, p.166). De acordo com o autor a definição de estratégias constitui uma etapa essencial no desenvolvimento de qualquer projeto, na medida em que estabelece a ligação entre os objetivos definidos e os recursos disponíveis (Guerra, 2006). Cabe aos investigadores identificar de forma clara e fundamentada todas as ações e métodos necessários para alcançar os resultados pretendidos. Para isso, é fundamental construir um plano de intervenção pormenorizado, que contemple não só as estratégias e os meios a utilizar, mas também a alocação de recursos, a calendarização das atividades, o cronograma de execução, os resultados esperados e os respetivos indicadores de monitorização e avaliação. Neste processo, importa refletir sobre uma questão central, sendo que à interpelação

do autor acrescenta-se: *qual é a melhor estratégia para atingirmos os objetivos propostos, com os recursos e o contexto que dispomos?*

Segundo a OMS (2020), a estratégia pode ser entendida como o plano delineado para alcançar um cenário futuro desejado, orientado para a concretização de objetivos específicos. No contexto do planeamento estratégico, é essencial identificar intervenções que contribuam para a melhoria da qualidade e que estejam alinhadas com as prioridades nacionais, permitindo alcançar as metas previamente definidas. A escolha dessas intervenções deve ser acompanhada por um plano de implementação que seja viável na prática, eficaz nos resultados e sustentável ao longo do tempo (OMS, 2020).

O planeamento, enquanto fase estruturante do ciclo de vida do projeto, exige uma articulação clara entre os diferentes elementos que o compõem. Para funcionar de forma eficaz, deve estar alinhado com o diagnóstico de situação, funcionando como um verdadeiro puzzle: cada peça deve encaixar com precisão, assegurando a coerência e a viabilidade da intervenção.



Figura 5 - eixos do planeamento

Neste seguimento, serão agora apresentados, de forma sistematizada, os principais eixos para a operacionalização que compõem o planeamento. Cada um será abordado individualmente: finalidade; objetivos e atividades; local de concretização; duração e prazos; beneficiários; recursos e intervenientes; programação das atividades e avaliação e monitorização, permitindo uma visão clara e estruturada.

3.2.1 A razão que guia a ação: finalidade

Todo projeto deve nascer de um propósito claro, orientado para a concretização de algo que ultrapassa a rotina habitual - algo inovador e transformador, como já foi mencionado atrás. A ideia inicial ganha forma com o objetivo de gerar um resultado genuíno e significativo. Um projeto é, por natureza, único e com duração limitada no tempo. Ao longo do seu percurso, é natural que sofra ajustes e reformulações, pois está em constante evolução e adaptação às exigências do contexto em que se desenvolve.

É neste enquadramento que se insere o presente projeto, cuja finalidade, ou, de forma equivalente, como propósito ou *objetivo-mãe* (objetivo geral), implementar um programa de acompanhamento de trabalhadores com doenças crónicas (GD2CL), numa empresa situada no norte de Portugal, dedicada à exploração, valorização e tratamento de resíduos urbanos. Este programa adota uma abordagem integrada e centrada no trabalhador, promovendo a autogestão da sua condição de saúde, considerando-o no contexto profissional e social em que está inserido. Pretende-se, assim, capacitar o trabalhador, promover o autocontrolo da doença, estimular a autonomia na gestão da sua saúde e garantir o acesso facilitado aos recursos disponíveis.

De seguida, serão apresentados os objetivos do projeto e, em correspondência, as atividades previstas para a sua concretização. Optou-se por esta organização por se considerar mais intuitiva e facilitadora da leitura: ao serem apresentados em conjunto, os objetivos e as respetivas ações permitem uma compreensão imediata da ligação entre o que se pretende alcançar e como se pretende fazê-lo. Ainda que, de acordo com a metodologia de projeto, anteriormente descrita e ilustrada na figura 4, adaptado de Guerra (2006) & Nunes et al. (2010), os objetivos pudessem ser enunciados numa fase anterior ao planeamento, esta opção visa reforçar a lógica prática e aplicada da proposta de intervenção.

3.2.2 Do propósito à prática: objetivos e atividades

Depois de definida a finalidade do projeto, importa agora apresentar, de forma articulada, os objetivos a atingir e as atividades planeadas para a sua concretização. Estes dois elementos estão intrinsecamente ligados, constituindo a base prática da intervenção. Os objetivos orientam a ação, enquanto as atividades representam os passos concretos que darão corpo ao caminho delineado.

Segundo Nunes et al. (2010), no contexto da metodologia de projeto, os objetivos representam antecipações da ação a desenvolver, funcionando como guias que orientam o percurso da intervenção. Embora a sua definição nem sempre corresponda a uma etapa inicial no tempo, ela constitui inevitavelmente um momento central na construção de qualquer projeto de ação. Procurou-se, por isso, garantir que os objetivos definidos respondessem aos critérios essenciais: clareza, precisão e concisão na linguagem; número reduzido; viabilidade; e, possibilidade de serem medidos em termos de qualidade, quantidade e duração. A definição de objetivos, ao envolver os diferentes intervenientes no processo, permite orientar a intervenção, culminando na formulação dos objetivos específicos que sustentam a ação principal (Nunes et al., 2010).

Abaixo são apresentados os objetivos do projeto, bem como as atividades previstas para a sua concretização. Foram definidos cinco objetivos gerais, que foram progressivamente desdobrados em objetivos específicos, de forma a garantir uma orientação mais precisa e operacionalizável da intervenção. Para cada objetivo específico, identificaram-se atividades concretas e alinhadas, essenciais para transformar a intenção em ação.

A definição clara de atividades é um passo determinante no planeamento, pois permite garantir coerência entre o que se pretende alcançar e o que efetivamente se faz no terreno. Além disso, facilita a gestão do tempo, dos recursos e da responsabilidade dos envolvidos, sendo igualmente fundamental para a monitorização e avaliação contínua do progresso do projeto. Atividades bem estruturadas são, assim, o elo entre o pensamento estratégico e a mudança real.

Abaixo estão elencados os objetivos definidos e as respetivas atividades.

Tabela 8 - Objetivos e atividades

1	Garantir a disponibilidade dos recursos humanos indispensáveis.
1.1	Promover o envolvimento colaborativo das equipas no processo de desenvolvimento do programa. - Realizar reuniões interdepartamentais iniciais para apresentação do pré-projeto e recolha de contributos das equipas (RH, SHEQ, SST, Saúde Ocupacional); - Identificar os interlocutores-chave para assegurar a articulação interdepartamental; - Promover uma sessão de apresentação do programa GD2CL junto da direção da empresa, com enfoque na fundamentação do projeto, objetivos estratégicos, análise de viabilidade, recursos necessários (humanos, materiais e financeiros), impacto esperado nos indicadores de saúde e produtividade, e potencial de replicação noutros contextos organizacionais.
1.2	Garantir a composição de uma equipa de enfermeiros adequada em número e competências.
1.2.1	Recrutar um enfermeiro especialista em EMC (idealmente na área da pessoa em situação crónica) e com a competência acrescida em enfermagem do trabalho.
1.2.1.1	Integrar o novo elemento na equipa. - Reunir com a equipa de RH para definição do processo de recrutamento e contratação do enfermeiro, com base no perfil de competências previamente definido; - Realizar uma sessão de acolhimento e apresentação do GD2CL; - Apresentar formalmente o novo elemento aos vários departamentos envolvidos no programa.
1.2.1.2	Capacitar o enfermeiro especialista em EMC com os princípios, competências e responsabilidades inerentes à gestão de casos em saúde, no contexto do programa GD2CL. - Realizar uma sessão de avaliação diagnóstica com o enfermeiro especialista em EMC para aferir o seu grau de conhecimento sobre gestão de casos em saúde, bem como as competências e funções associadas ao papel de enfermeiro gestor de caso no âmbito do GD2CL; - Realizar uma sessão formativa interna sobre a metodologia de <i>case management</i> em contexto laboral.

1.3 Promover o compromisso, a motivação e a sensibilização da equipa envolvida na implementação do programa GD2CL.

- Realizar uma sessão de carácter técnico com a equipa de saúde ocupacional, incluindo o corpo clínico médico – que, embora não participe diretamente na execução das atividades do programa, assume um papel fundamental no processo de sinalização de casos elegíveis. A sessão promoverá a partilha de conhecimento e escuta ativa, proporcionando um espaço para discussão, esclarecimento de dúvidas, recolha de sugestões e alinhamento de expectativas;
- Dinamizar uma segunda sessão com o objetivo de reforçar o domínio do roteiro do programa GD2CL, abordando em detalhe: a função dos enfermeiros responsáveis pela gestão de caso; o processo de identificação de casos elegíveis; os critérios de inclusão e exclusão; bem como as fases de sinalização, avaliação preliminar e integração no fluxo clínico do programa;
- Entregar um documento orientador com o fluxograma clínico e operacional do programa – Ficha Técnica: GD2CL;
- Monitorizar a motivação da equipa ao longo do tempo.

1.4 Negociar a carga horária dedicada ao GD2CL, definindo os horários dos enfermeiros gestores de caso afetos ao programa.

- Reunir com a direção e coordenação do departamento de SST para apresentação da proposta de afetação horária ao programa;
- Formalizar a afetação horária através de um documento interno ou adenda contratual, validado pela direção;
- Criar um plano de contingência para imprevistos (ex.: ausência de enfermeiro gestor; falha técnica ou sobrecarga de procura).

1.5 Dinamizar uma rede de referência composta por enfermeiros dos cuidados de saúde primários, com base na proximidade geográfica às instalações da empresa.

- Mapear as Unidades de Cuidados de Saúde Primários (UCSP's e USF's) próximas da empresa, com identificação dos enfermeiros de referência;
- Estabelecer contacto direto com os enfermeiros de referência dos cuidados de saúde primários.

2 Assegurar a disponibilidade e o adequado funcionamento dos recursos materiais e físicos.

2.1 Garantir a disponibilidade de recursos físicos.

- Propor a disponibilização de um segundo gabinete de enfermagem, destinado à realização de sessões de acompanhamento presenciais ou por contacto telefónico;
- Sugerir a requalificação do espaço atualmente utilizado como arrecadação de material clínico, propondo a sua conversão num gabinete de enfermagem

adicional, destinado ao acompanhamento presencial e/ ou telefónico dos trabalhadores no âmbito do programa (Anexo III).

2.2 Assegurar a alocação e operacionalidade dos recursos materiais necessários.

- Organizar o espaço destinado às sessões de acompanhamento esteja devidamente organizado, livre de elementos desnecessários que possam interferir na funcionalidade ou gerar distrações, promovendo um ambiente calmo e funcional;
- Requerer a disponibilização de equipamento essencial ao funcionamento das sessões: computador com acesso à internet; secretária; duas cadeiras e telefone institucional;
- Solicitar a criação de um e-mail institucional associado ao programa GD2CL e uma pasta partilhada para os elementos da equipa.

3 Consolidar os mecanismos de funcionamento interno e os processos operacionais que garantem a implementação eficaz e articulada do programa GD2CL.

3.1 Implementar o protocolo de sinalização.

3.1.1 Formalizar o fluxo interno de comunicação entre os diferentes departamentos envolvidos (RH, SST, Saúde Ocupacional e equipa de gestores de caso).

- Reunir com os elos dos respetivos departamentos e aprimorar o procedimento de sinalização: RH comunica todas as ausências ao trabalho por doença natural ou acidente de trabalho superiores a 30 dias e o coordenador SST comunica todos os acidentes de trabalho à equipa do programa. A comunicação é realizada através de um envio de email à equipa do GD2CL. A equipa de saúde ocupacional, médicos e enfermeiros, procedem da mesma forma sempre que em consulta verificarem a possibilidade de elegibilidade;
- Disponibilizar um fluxograma do protocolo de sinalização.

3.1.2 Estabelecer o processo de convocatória do trabalhador após sinalização.

- Elaborar um procedimento interno estruturado que descreva, de forma sequencial e clara, todas as etapas do processo de convocatória dos trabalhadores sinalizados para o GD2CL, desde a receção da sinalização até ao contacto formal com o trabalhador. Este procedimento deverá: assegurar uma abordagem ética, confidencial e respeitosa; garantir a proteção da privacidade e dos dados pessoais do trabalhador; incluir orientações para a comunicação clara do propósito da convocatória, assegurando que o trabalhador compreende o programa e a natureza voluntária da sua participação;
- Reunir com o serviço administrativo que dá apoio ao departamento de saúde ocupacional para aprimorar o mecanismo de convocatória dos trabalhadores sinalizados.

3.2 Validar o processo de admissão dos trabalhadores no programa GD2CL.

- Realizar simulações-piloto do processo de admissão – testar da sinalização à admissão para identificar possíveis lacunas operacionais, dúvidas ou redundâncias;
- Desenvolver uma *checklist* de validação do processo de admissão, que organize de forma sequencial e padronizada todas as etapas do percurso do trabalhador no GD2CL- desde a fase de sinalização, passando pela avaliação preliminar, até à decisão de admissão. O documento deve incluir os critérios de inclusão e exclusão, bem como outros elementos essenciais de verificação, assegurando a consistência e conformidade do processo.

4 Enraizar o GD2CL nas práticas correntes do serviço de saúde ocupacional.

4.1 Incorporar o GD2CL na agenda semanal de trabalho da equipa de saúde ocupacional.

- Realizar uma reunião presencial com o trabalhador identificado como elegível para o GD2CL, com o objetivo de apresentar os propósitos do programa, esclarecer eventuais dúvidas e promover a sua participação consciente e voluntária. Caso o trabalhador aceite integrar o programa, deverá proceder à assinatura do termo de consentimento informado (Anexo IV);
- Criar e manter um registo sistematizado dos casos de acompanhamento no âmbito do GD2CL;
- Incluir nas reuniões clínicas do departamento de saúde ocupacional a discussão de casos do GD2CL;

4.2 Regular o procedimento das teleconsultas no âmbito do GD2CL.

- Elaborar um guia de entrevista clínica para a teleconsulta;
- Definir os critérios para a teleconsulta: aplica-se aos trabalhadores que estejam ausentes, por doença natural ou acidentes de trabalho, há mais de 30 dias e tenham sido sinalizados para o programa. Os trabalhadores têm de dispor de condições técnicas (telefone, computador com câmara e microfone);
- Criação de um modelo de consentimento informado para a teleconsulta, garantindo que compreende o formato da intervenção, os seus limites e os direitos de privacidade.

4.3 Assegurar um acompanhamento contínuo do trabalhador ao longo do programa GD2CL.

- Elaborar um plano individual de cuidados para cada trabalhador;
- Rever periodicamente o plano de acompanhamento;
- Criar um canal direto de comunicação com o trabalhador: email institucional ou contacto telefónico;

- Estabelecer uma articulação contínua com os profissionais do serviço de saúde ocupacional e com entidades externas relevantes, de forma a garantir a integração e continuidade dos cuidados prestados no âmbito do GD2CL;
- Analisar o plano de cuidados previamente definido e proceder à sua atualização ou reformulação, sempre que se identifiquem necessidades de ajustamento;
- Realizar reuniões clínicas periódicas (ex: mensais) entre os enfermeiros gestores de caso e a equipa de saúde ocupacional para discutir cada caso em seguimento e identificar necessidades emergentes.

5 Monitorizar a execução do planeamento estratégico, avaliando a concretização das atividades e o grau de alinhamento com os objetivos propostos.

5.1 Avaliar o grau de concretização das atividades e o seu alinhamento com os objetivos definidos.

- Promover encontros mensais com a equipa do GD2CL para avaliar o progresso da implementação do projeto, nomeadamente: o grau de implementação das atividades; a identificação de possíveis barreiras; e o ajuste de estratégias;
- Aplicar instrumentos de autoavaliação à equipa de projeto, de forma a recolher perceções sobre a aplicação prática e efetividade do programa;
- Aplicar grelhas de monitorização para registo regular das atividades realizadas, n.º de trabalhadores acompanhados e sessões efetuadas.

5.2 Concretizar a utilização de ferramentas de avaliação para garantir o acompanhamento contínuo do GD2CL.

- Analisar os relatórios de incidência das taxas de absentismo e acidentes de trabalho, comparando dados pré e pós implementação do programa;
- Aplicar periodicamente questionários de satisfação aos trabalhadores integrados no GD2CL para aferir a perceção de utilidade, acessibilidade e impacto do programa (Anexo I);
- Produzir relatórios semestrais de acompanhamento, sistematizando os dados recolhidos e propondo ajustes no modelo de intervenção.

3.2.3 Onde as ideias ganham corpo: local de concretização

O local de concretização do programa GD2CL reveste-se de particular importância, uma vez que influencia diretamente a operacionalização das atividades e a proximidade com os públicos-alvo. É neste espaço concreto, onde se cruzam rotinas, necessidades e oportunidades, que o projeto ganha vida e

expressão prática, tornando possível a articulação entre a estratégia delineada e a realidade do terreno.

O projeto será implementado nas instalações da empresa anteriormente caracterizada – uma entidade situada no Norte do país, dedicada à exploração, valorização e tratamento de resíduos urbanos. A empresa dispõe de quatro unidades de produção, pelo que o local de concretização do projeto poderá variar entre essas unidades. No entanto, a sede, onde se concentra a maioria dos trabalhadores e onde existe uma maior disponibilidade de recursos materiais e físicos, será o principal palco de atuação. A implementação do GD2CL ficará sob a responsabilidade do departamento de saúde ocupacional, que assegurará a sua operacionalização e acompanhamento.

3.2.4 Horizonte temporal da intervenção

A definição do horizonte temporal de um projeto é fundamental para garantir a sua estruturação, monitorização e avaliação eficaz. Embora o GD2CL tenha sido concebido para se enraizar de forma duradoura nas práticas da empresa, foi estabelecido um período inicial de 14 meses como marco orientador para a sua implementação e consolidação. Este intervalo permitirá não só testar os diferentes componentes operacionais do programa, como realizar a primeira grande avaliação da sua aplicabilidade, eficácia e integração no contexto laboral. A definição deste ciclo temporal permitirá acompanhar o ritmo da mudança, ajustar estratégias e fundamentar decisões futuras, sustentando o caminho para uma intervenção cada vez mais robusta e em sintonia com os desafios concretos vivenciados pelos trabalhadores com doença crónica no seu quotidiano laboral.

O projeto GD2CL organiza-se em três fases essenciais, que se articulam de forma dinâmica e contínua ao longo do tempo. A fase de preparação tem como base o diagnóstico da situação, a mobilização de recursos e a definição estratégica dos objetivos e atividades, estabelecendo os alicerces para a intervenção. Esta etapa terá uma duração de dois meses, com início previsto a

15 de setembro de 2025 e término a 15 de novembro. Segue-se a fase de implementação, momento em que o programa se concretiza no terreno, através da operacionalização do plano delineado, da sua integração nas rotinas dos serviços de saúde ocupacional e do acompanhamento direto aos trabalhadores com doença crónica. O arranque desta fase está previsto para 17 de novembro de 2025. Por fim, a fase de avaliação permitirá monitorizar o progresso, medir o impacto da intervenção e introduzir melhorias sustentadas, assegurando a continuidade, a eficácia e a evolução do programa.

3.2.5 Beneficiários: trabalhadores com doença crónica

Os beneficiários diretos do programa GD2CL são os trabalhadores diagnosticados com pelo menos uma doença crónica e a quem tenham sido elencados objetivos do plano individual de cuidados orientados para a capacitação, a promoção da autogestão e do autocontrolo.

A seleção dos beneficiários será baseada nos critérios de elegibilidade ao programa, previamente definidos. Este processo será conduzido com respeito absoluto pela confidencialidade, pela autonomia e pela vontade do trabalhador. Pretende-se que cada beneficiário seja acompanhado de forma individualizada, com planos de intervenção personalizados, construídos em articulação com os serviços de saúde ocupacional e outros recursos da comunidade. Com esta abordagem, o GD2CL visa não apenas mitigar o impacto da doença na vida profissional, mas também criar condições para a inclusão ativa, valorizando a experiência, as competências e o contributo dos trabalhadores com doença crónica.

3.2.6 Recursos humanos, técnicos e materiais

A concretização de um projeto como o GD2CL exige uma articulação cuidada entre os diferentes tipos de recursos, que garantam não só a sua implementação

eficaz, como a sua sustentabilidade a médio e longo prazo. Mencionam-se, a seguir, os recursos humanos, materiais, físicos e organizacionais identificados como essenciais à operacionalização do programa, destacando o papel dos intervenientes-chave e as condições estruturais que sustentam o seu funcionamento.

No que respeita aos recursos humanos, está prevista, para o primeiro ano de implementação, a constituição mínima de uma equipa composta por dois enfermeiros especialistas em EMC, com competência acrescida em Enfermagem do Trabalho. Estes profissionais assumirão o papel de gestores de caso e terão uma participação parcial de carga horária no processo de implementação do projeto. Conforme já referido anteriormente, um dos objetivos passa pela contratualização de mais um enfermeiro especialista. A médio prazo, e caso o programa decorra de forma positiva, perspetiva-se o reforço da equipa. A estrutura contará ainda com a colaboração de dois médicos do serviço de saúde ocupacional, sendo um deles o diretor clínico, conforme ilustrado na figura seis. Adicionalmente, existe a possibilidade de recorrer, pontualmente, ao apoio da psicóloga clínica. Apesar de se tratar de uma colaboração externa, esta valência encontra-se assegurada por protocolo previamente estabelecido com a empresa. Destaca-se ainda a colaboração estratégica com o coordenador de Segurança. Esta pareceria permitirá uma articulação eficaz entre os diferentes domínios da prevenção, promovendo ações conjuntas de identificação de riscos, adaptações do posto de trabalho, e reforço da cultura de segurança. O técnico de segurança atuará em complementaridade com a equipa de saúde ocupacional, contribuindo com o seu conhecimento técnico para a criação de condições laborais mais adequadas às necessidades dos trabalhadores com doença crónica, facilitando a sua permanência ativa e saudável no contexto laboral.

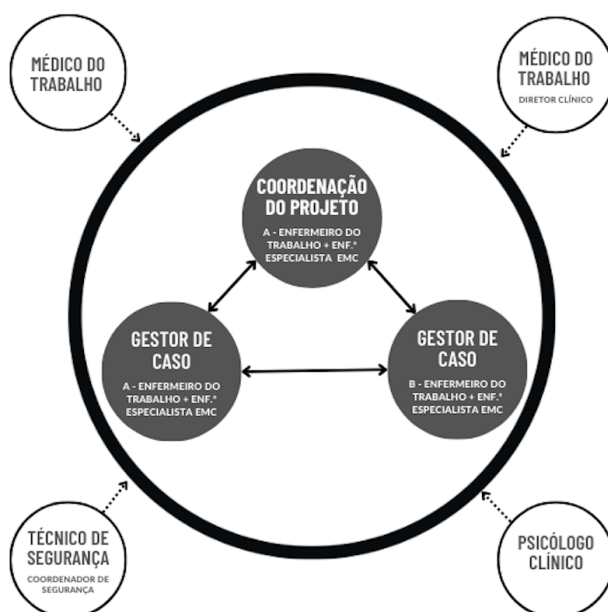


Figura 6 - Recursos humanos afetos ao GD2CL

A coordenação do projeto GD2CL assume um papel central e multifacetado, essencial para o sucesso da sua implementação e sustentabilidade. Para além da autoria do projeto, a função de coordenação integra responsabilidades de dinamização e de liderança técnica e organizacional, fundamentais para orientar a intervenção. Na fase de execução, este elemento acumula as funções de gestor do projeto e gestor de caso, atuando em estreita colaboração com o outro enfermeiro especialista. Compete-lhe assegurar o cumprimento dos objetivos definidos, promover a coesão da equipa, facilitar a resolução de problemas e garantir que as atividades decorrem dentro dos prazos estipulados. Entre as suas atribuições incluem-se a organização de reuniões periódicas de acompanhamento, a monitorização contínua do programa e a elaboração de relatórios de progresso, com frequência trimestral, relatório intermédio aos seis meses e um relatório anual.

Estão previstas 100 horas de dedicação à coordenação do projeto, distribuídas ao longo da sua duração. Destas, 40 horas serão alocadas aos dois primeiros meses, na fase preparatória anterior à implementação, e as restantes 60 horas destinam-se a atividades contínuas, como reuniões, supervisão e acompanhamento técnico. Este tempo adicional reflete a complexidade da função, que requer uma liderança ativa, orientada para a qualidade, a avaliação e a melhoria contínua da intervenção.

No que se refere à alocação de tempo dos gestores de caso, está prevista a dedicação de cinco horas semanais ao programa GD2CL, distribuídas entre dois enfermeiros especialistas. Apesar de ainda não ser possível determinar com a precisão, dentro do universo dos 405 trabalhadores, quantos serão integrados no programa, esta estimativa horária permitirá assegurar um acompanhamento estruturado e contínuo. Para a fase de implementação, que corresponde a um período de 12 meses, esta carga horária representa um total de 260 horas anuais (5 horas/semana × 52 semanas). Estas horas serão dedicadas ao desenvolvimento e monitorização dos planos individuais de cuidados, à realização de teleconsultas e sessões presenciais, ao registo clínico, bem como à articulação com outros profissionais envolvidos no programa. Esta estimativa será posteriormente ajustada, caso se verifique um número superior de admissões ou necessidades específicas de acompanhamento.

A colaboração dos médicos do trabalho, do técnico de segurança e da psicóloga clínica será assegurada de forma pontual, sempre que solicitada pelos enfermeiros gestores de caso. Estes profissionais não terão horas previamente alocadas ao programa GD2CL, com exceção da psicóloga clínica, cuja colaboração externa está formalizada através de protocolo com a empresa. Prevê-se, aliás, a sinalização de trabalhadores para apoio psicológico sempre que se justifique, nomeadamente em casos específicos identificados no âmbito do programa. Esta articulação possibilita uma resposta mais direcionada e individualizada, contribuindo para uma avaliação mais rigorosa e centrada nas características e contextos pessoais dos beneficiários.

Para além dos recursos humanos, cuja articulação e envolvimento são fundamentais para a implementação eficaz do GD2CL, deve-se considerar também os recursos materiais e físicos indispensáveis ao seu funcionamento. A criação de condições logísticas adequadas é essencial para garantir a operacionalização das atividades previstas, assegurando um ambiente propício à prestação de cuidados individualizados, registos clínicos e momentos de acompanhamento. Uma das atividades já descritas acima tem que ver com a sugestão de requalificação do espaço atualmente utilizado como arrecadação de material clínico, propondo a sua conversão num gabinete de enfermagem

adicional, destinado ao acompanhamento presencial e/ou telefónico dos trabalhadores no âmbito do programa (Anexo III).

Não estão previstos grandes encargos adicionais com recursos materiais e físicos, como podemos consultar na tabela nove, uma vez que a maioria das condições necessárias já se encontra disponível nos serviços de saúde ocupacional. Contudo, equaciona-se a disponibilização de um computador portátil, que permitirá a mobilidade dos profissionais, nomeadamente em deslocações ao domicílio dos trabalhadores ou a outras unidades de produção da empresa. Prevê-se ainda a afetação de um telemóvel de serviço, a ser partilhado entre os dois enfermeiros gestores de caso, de forma a facilitar a comunicação e o acompanhamento dos trabalhadores integrados no programa. Esta adequação de meios visa assegurar a eficiência e a continuidade do GD2CL, sem comprometer a racionalização de recursos.

Tabela 9 - Recursos materiais e físicos afetos ao GD2CL

Tipo de recurso	Descrição	Finalidade
Computador portátil	1 unidade funcional	Suporte à mobilidade, nomeadamente para as deslocações ao domicílio e a outras unidades de produção.
Telemóvel de serviço	1 equipamento (partilhado pelos gestores de caso)	Facilitar a comunicação com os trabalhadores e a articulação entre elementos da equipa.
Gabinete de enfermagem	Espaço físico já existente	Realização de atendimentos presenciais no âmbito do GD2CL
Material de uso clínico	Materiais já disponíveis no serviço	Apoio às consultas e à monitorização dos trabalhadores.

3.2.7 Avaliação e monitorização: a bússola do projeto

A avaliação e a monitorização constituem componentes cruciais para garantir a eficácia, a coerência e a melhoria contínua do programa GD2CL. Para além de permitirem acompanhar o grau de execução das atividades e o cumprimento dos objetivos delineados, estas práticas possibilitam a identificação atempada de

constrangimentos, o ajuste de estratégias e a produção de evidência sobre os resultados alcançados. Este subcapítulo descreve os mecanismos previstos para o acompanhamento sistemático da intervenção, os instrumentos de avaliação a utilizar e a periodicidade dos momentos formais de análise e reporte.

Segundo Nunes, a avaliação é um momento onde se questiona o trabalho desenvolvido, permitindo refletir sobre os processos, os resultados obtidos e as aprendizagens (Nunes et al., 2010). É um espaço crítico de análise que visa aferir se os objetivos foram alcançados, identificar constrangimentos e propor melhorias, contribuindo para a eficácia contínua do projeto.

Está prevista uma análise inicial, ao fim de um mês, com base em indicadores de impacto, tais como: número de trabalhadores sinalizados e número de trabalhadores admitidos no programa; número de consultas presenciais realizadas por trabalhador; número de sessões realizadas através do contacto telefónico e número de PIC's elaborados. Estes indicadores permitirão monitorizar o grau de implementação do programa e identificar, de forma precoce, possíveis barreiras, ajustando estratégias para garantir a coerência entre a execução e os objetivos definidos. No primeiro ano, está prevista a avaliação destes indicadores em quatro momentos: ao fim de um mês, três meses, seis meses e, posteriormente, de forma anual. Sempre que se justifique, poderão ser realizadas avaliações extraordinárias, salvaguardando a capacidade de resposta a eventuais necessidades emergentes.

Desta forma, o programa integra a avaliação do seu impacto na vida dos trabalhadores, permitindo aferir a efetividade das intervenções e refletir as mudanças ocorridas na sua capacidade de autogestão da doença crónica. Pretende-se que esta avaliação não seja centrada na doença. Estes indicadores espelham, por exemplo, a mestria; ou seja, o nível de progressão de desenvolvimento de competências de autogestão nas áreas de atenção previamente estabelecidas: a autogestão do regime medicamentoso; o padrão alimentar; o padrão de exercício; e os comportamentos aditivos. A estes, soma-se o conceito de identidade fluida, que traduz a capacidade da pessoa se reconstruir e redefinir, resultando numa identidade transformada. Os indicadores do impacto do programa na vida dos trabalhadores incluem: a adoção de

comportamentos de autogestão do regime medicamentoso, dietético e de exercício físico; a satisfação com a autogestão de cada um desses regimes; e a disponibilidade demonstrada para melhorar em todas essas áreas. A satisfação do trabalhador será avaliada através de um questionário de satisfação (Anexo I).

É ainda expectável que se verifiquem reduções em indicadores como a taxa de absentismo por motivo de doença crónica, com a possibilidade de uma análise comparativa (antes e após a implementação); redução da incidência de acidentes de trabalho, particularmente relacionados com o agravamento das condições crónicas; melhoria da produtividade; redução do *turnover*, promovendo mais retenção e satisfação e melhoria global do clima organizacional, com maior perceção de inclusão e valorização dos trabalhadores com doenças crónicas.

3.2.8 Programação das atividades

A seguir, apresenta-se o planeamento operacional das atividades a desenvolver ao longo dos 14 meses de duração do projeto e que estão explanadas no diagrama de Gantt (Anexo V). Esta programação visa organizar, de forma lógica e cronológica, as ações previstas, garantindo a coerência com os objetivos traçados e assegurando uma gestão eficaz do tempo, dos recursos e dos processos envolvidos na implementação do GD2CL. Esta programação, constitui um instrumento orientador essencial para a concretização faseada e estratégica do programa. No entanto, reconhece-se que o planeamento é, por natureza, um processo dinâmico. À medida que o projeto avança, poderão surgir necessidades de adaptação, seja por fatores imprevistos, estrangimentos operacionais ou aprendizagens resultantes da própria execução. Assim, este cronograma deve ser entendido como uma matriz flexível, passível de ajustes, sem comprometer os objetivos estabelecidos, mas antes reforçando a capacidade de resposta e a pertinência das ações desenvolvidas.

A fase preparatória do GD2CL tem início na primeira semana de setembro de 2025 e prolonga-se até ao final do mês de outubro. Estas oito semanas são

dedicadas à mobilização de recursos, afinando os objetivos, promovendo reuniões estratégicas, organizando instrumentos operacionais e assegurando que os principais elos (comunicação interdepartamental) estão alinhados para o arranque da intervenção. Para tal, serão realizadas reuniões interdepartamentais iniciais com o departamento de RH, SHEQ, SST e SO. Estas reuniões terão como objetivo a apresentação do pré-projeto e a recolha de contributos para o seu aprimoramento, permitindo uma abordagem participativa desde a sua génese. Ainda neste contexto, será feita a identificação dos interlocutores-chave, com vista a assegurar uma articulação interdepartamental eficiente e fluída ao longo de todo o processo. Paralelamente, será promovida uma sessão de apresentação do programa GD2CL à direção da empresa, onde serão destacados: os fundamentos do projeto; os seus objetivos estratégicos; a análise de viabilidade; os recursos necessários (humanos, materiais e financeiros); o impacto esperado nos indicadores de saúde e produtividade, bem como o seu potencial de replicação em outros contextos organizacionais. Dando seguimento, será iniciada a constituição da equipa técnica de implementação, através do recrutamento de um enfermeiro especialista em EMC, idealmente na área da pessoa em situação crónica, com competência acrescida em Enfermagem do Trabalho. Este processo será articulado com a equipa de RH, com base num perfil de competências previamente definido. Após o recrutamento, será organizada uma sessão de acolhimento e apresentação do GD2CL ao novo elemento, seguindo-se a sua apresentação formal aos restantes departamentos envolvidos no projeto. Concomitantemente, este novo elemento será capacitado no âmbito das suas funções enquanto gestor de caso. Esta capacitação iniciar-se-á com uma sessão de avaliação diagnóstica, destinada a aferir o seu conhecimento prévio sobre gestão de casos em saúde e as competências necessárias à sua função no GD2CL. Posteriormente, será realizada uma sessão formativa interna, centrada na metodologia de *case management* em contexto laboral, com o intuito de consolidar o seu papel na intervenção. Outro momento estruturante desta fase passa pela promoção do compromisso e motivação da restante equipa envolvida na implementação do programa. Neste sentido, será realizada uma sessão técnica com a equipa de saúde ocupacional, incluindo os médicos do trabalho. Ainda que estes não integrem diretamente a execução das atividades, assumem

um papel fundamental na sinalização de casos elegíveis para o programa. A sessão incluirá momentos de partilha de conhecimento, escuta ativa e esclarecimento de dúvidas, promovendo o alinhamento de expectativas e o envolvimento consciente de todos os intervenientes. De seguida, será dinamizada uma segunda sessão técnica com o intuito de reforçar o domínio do roteiro do GD2CL, abordando detalhadamente a função dos enfermeiros gestores de caso, os critérios de inclusão e exclusão, bem como as diferentes fases do processo de admissão: sinalização, avaliação preliminar e integração no fluxo clínico. Para apoio à prática, será entregue à equipa um documento orientador – a Ficha Técnica: GD2CL – com o fluxograma clínico e operacional do programa. Por fim, ainda nesta fase, será instituído um processo contínuo de monitorização da motivação da equipa, fundamental para garantir o compromisso e a coesão durante a fase de implementação. Esta abordagem permitirá, desde o início, criar bases sólidas para a integração do programa na rotina dos serviços de saúde ocupacional.

Prevê-se que, na quinta semana, esteja concluído o processo de disponibilização de um espaço físico adicional, devidamente equipado e adequado à realização das atividades do programa. Este espaço contará com os recursos materiais essenciais, nomeadamente um computador com acesso à internet, telefone institucional e mobiliário funcional. Simultaneamente, será criada uma conta de e-mail institucional dedicada ao GD2CL e uma pasta partilhada, de modo a facilitar a comunicação e a organização documental da equipa. Esta componente será articulada com o coordenador do serviço de tecnologias de informação, assegurando a implementação técnica e o suporte necessário.

Durante a fase de preparação do GD2CL, o coordenador do projeto assume um papel estruturante e multifacetado, sendo o principal dinamizador das ações iniciais. Compete-lhe assegurar que todos os recursos humanos e materiais estão mobilizados, que os processos são definidos com clareza e que a equipa se encontra alinhada e motivada para a fase seguinte. Nesta etapa, o coordenador articula com os diferentes departamentos, promove reuniões interdepartamentais, garante o cumprimento do cronograma e supervisiona o

recrutamento, integração e capacitação dos enfermeiros gestores de caso. Paralelamente, começa a criar os alicerces para os mecanismos de monitorização e avaliação que irão sustentar o acompanhamento do programa ao longo do tempo. Esta liderança ativa, desde o primeiro momento, será determinante para que a fase de implementação se inicie com solidez, coesão e sentido estratégico. Como mencionado antes, estão alocadas 40 horas de coordenação para esta fase, distribuídas pelas oito semanas.

A articulação com os Cuidados de Saúde Primários será também operacionalizada nesta fase, através do mapeamento de unidades próximas da empresa e estabelecimento de contacto com enfermeiros de referência, criando-se assim uma rede de suporte externo.

Concluída a fase preparatória, e reunidas as condições estruturais e humanas necessárias, inicia-se agora a fase de implementação do programa GD2CL, a qual terá início cronologicamente na primeira semana de novembro de 2025. Esta etapa marca o momento em que o plano estratégico é transformado em ação, com a entrada em funcionamento dos mecanismos operacionais, a sinalização dos primeiros casos e a integração progressiva do programa na rotina dos vários departamentos envolvidos.

Antes do início da fase preparatória, foi entregue à direção da empresa um pré-projeto do GD2CL, o qual mereceu parecer favorável por parte da administração, sinalizando que a proposta apresentava potencial para avançar. Esta luz verde inicial validou a pertinência da intervenção, permitindo avançar para a fase de preparação com a confiança de que o projeto teria *pernas para andar*. Assim, ao longo dos dois meses que compõem esta fase preparatória, o foco centrou-se no aprimoramento técnico e organizacional de todos os aspetos operacionais do programa, de forma a garantir um arranque sólido e estruturado. Concluída esta fase, e após discussão técnica com os representantes da administração, o documento final do projeto será submetido a aprovação formal pelo Conselho de Administração, sendo remetido ao Presidente do Conselho de Administração.

A fase de implementação do GD2CL, que se inicia formalmente na primeira semana de novembro de 2025, marca a transição do planeamento para a prática.

Durante esta etapa, concretizam-se os mecanismos operacionais e as dinâmicas de trabalho previstas, com o objetivo de integrar o programa na rotina funcional dos serviços de saúde ocupacional.

Simultaneamente, são ativados os processos operacionais centrais, com destaque para a implementação do protocolo de sinalização. Este envolve a definição de fluxos de comunicação entre os departamentos de RH, SST e SO, permitindo uma sinalização estruturada dos casos elegíveis. Posteriormente, inicia-se o processo de convocatória dos trabalhadores, com base em procedimentos éticos, confidenciais e esclarecedores, garantindo que a adesão ao programa é informada e voluntária.

Após a admissão, os trabalhadores são integrados no GD2CL através de sessões presenciais ou à distância, consoante o contexto clínico e social. São desenvolvidos planos individuais de cuidados, acompanhados de uma monitorização contínua e ajustada às necessidades específicas. Para facilitar esta continuidade, é criado um canal direto de comunicação com os trabalhadores e reforçada a articulação com profissionais de saúde internos e externos. Este conjunto de atividades representará uma parte significativa da carga horária dos gestores de caso, estimando-se uma dedicação de 5 horas semanais, totalizando cerca de 260 horas até novembro de 2026.

No plano interno, o programa é integrado na agenda de trabalho semanal da equipa de saúde ocupacional, e os casos passam a ser discutidos nas reuniões clínicas, promovendo uma abordagem multidisciplinar. É igualmente regulamentado o procedimento de teleconsultas, com a definição de critérios, guias de entrevista e consentimentos informados específicos.

Ao nível da avaliação e monitorização, esta fase é acompanhada de reuniões mensais com a equipa do GD2CL para aferir o progresso, identificar obstáculos e reajustar estratégias. Serão aplicadas grelhas de monitorização, questionários de satisfação aos trabalhadores e instrumentos de autoavaliação à equipa técnica. Estas ferramentas, aliadas à análise de dados do absentismo e acidentes de trabalho, permitirão avaliar o impacto real do programa.

Por fim, está prevista a elaboração de relatórios de acompanhamento aos três, seis e doze meses, com o objetivo de sistematizar os resultados obtidos, identificar áreas de melhoria e propor eventuais ajustamentos. Considerando que a fase de implementação do programa GD2CL tem início em novembro de 2025, estes relatórios deverão ser produzidos nas seguintes datas: o primeiro no início de fevereiro de 2026, o segundo no início de maio de 2026 e o terceiro - correspondente ao relatório anual - no início de novembro de 2026. Este último relatório incluirá, entre os seus capítulos, uma secção dedicada à componente financeira, que será estruturada em formato de relatório de contas e posteriormente remetida à direção da empresa, dirigida especificamente ao administrador.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicia-se com este capítulo a reta final de um percurso que se pretendeu estruturado, reflexivo e orientado para a ação. As considerações finais reúnem os principais contributos deste trabalho, destacando os aspetos mais relevantes do processo desenvolvido, as aprendizagens alcançadas e as implicações práticas da proposta apresentada. É também o momento para reconhecer os limites do projeto, abrir espaço para possíveis ajustamentos e perspetivar oportunidades futuras. Mais do que um ponto de chegada, este capítulo constitui um ponto de partida para a sua concretização no terreno.

O presente trabalho representou uma jornada de construção teórica e prática em torno da gestão da doença crónica em contexto laboral. Ao longo deste processo, foram aprofundadas as especificidades do acompanhamento da pessoa em situação crónica, no cruzamento entre a enfermagem do trabalho e a EMC, com base nos conhecimentos adquiridos ao longo deste percurso académico. A escolha da metodologia de projeto revelou-se acertada, permitindo a articulação entre uma resposta concreta e uma reflexão sistemática sobre a sua aplicabilidade e impacto.

O enfermeiro especialista em EMC, em particular na área da pessoa em situação crónica, assume um papel crucial e distintivo na resposta às necessidades complexas e prolongadas dos indivíduos que vivem com doença crónica. A sua formação avançada e o domínio das competências clínicas, relacionais e organizacionais permitem-lhe intervir de forma diferenciada, promovendo a capacitação, a autogestão e sendo um agente facilitador na experiência da transição saúde-doença.

Neste contexto, o enfermeiro especialista em EMC assume, no âmbito do programa GD2CL, a função de gestor de caso, posicionando-se como figura central na coordenação do processo de acompanhamento. O seu papel é profundamente integrador, mobilizando recursos, promovendo a continuidade de

cuidados e acompanhando, de forma próxima e personalizada, os percursos de cada trabalhador.

Este papel estratégico, que alia conhecimento técnico-científico, sensibilidade ética e visão sistémica, reforça a importância da enfermagem enquanto disciplina do conhecimento. Como refere Parente (2015), os enfermeiros, ao empenharem-se na construção de um corpo próprio de saberes, afirmam a enfermagem como um domínio autónomo, em constante atualização e capaz de redefinir os seus limites de atuação. Este compromisso com a procura de novas respostas e com a consolidação de práticas fundamentadas é o que permite à enfermagem posicionar-se como uma disciplina científica com impacto direto na qualidade de vida dos cidadãos e na sustentabilidade dos sistemas de saúde.

A análise da realidade e o desenho do GD2CL foram sustentados por dados demográficos, epidemiológicos e organizacionais, revelando a pertinência e urgência da intervenção proposta. Os contactos com os pares enriqueceram a proposta, trazendo múltiplas perspetivas que demonstraram a relevância do programa.

O GD2CL não foi pensado como uma proposta utópica, mas como uma solução possível, adaptável e exequível. Integra-se numa lógica de intervenção precoce, centrada na pessoa, valorizando a autogestão e a articulação interprofissional, pilares fundamentais da prática do enfermeiro especialista.

Este trabalho contribui também para a valorização da enfermagem do trabalho enquanto área com potencial de resposta estruturada a desafios de saúde complexos no seio das organizações. Ao mesmo tempo, evidencia a importância da atuação sustentada em dados e da utilização de ferramentas de planeamento estratégico, como a matriz SWOT e a programação de atividades. Pessoalmente, o desenvolvimento deste projeto possibilitou-me consolidar competências na área da metodologia de projeto, aprofundar o meu olhar sobre a enfermagem centrada na pessoa com doença crónica, e reforçar o meu compromisso com uma prática profissional crítica e transformadora.

Naturalmente, este projeto não está isento de limitações. O facto de ainda não se encontrar em fase de implementação condiciona, para já, a análise do seu impacto real. No entanto, o programa de gestão da doença crónica em contexto laboral encontra-se integralmente estruturado e será brevemente submetido à apreciação da administração da empresa, carecendo apenas da respetiva aprovação formal. Importa ainda salientar que, no âmbito de um compromisso ético, está prevista a divulgação futura dos resultados decorrentes da sua implementação.

Torna-se cada vez mais premente repensar a forma como a doença crónica é gerida no sistema de saúde português, ainda fortemente orientado para a resposta à doença aguda. A realidade demográfica e epidemiológica atual, marcada pelo envelhecimento populacional e pela elevada prevalência de doenças crónicas, exige uma reestruturação profunda do modelo assistencial. É fundamental evoluir para um sistema que privilegie a continuidade de cuidados, a proximidade, a prevenção e a capacitação do doente, garantindo respostas mais céleres, personalizadas, equitativas, humanizadas e alinhadas com as especificidades de cada pessoa.

Este repensar pode passar por serem criadas algumas iniciativas de reconhecimento político e social, como por exemplo: incentivos fiscais para empresas que implementem programas de gestão da doença crónica e/ou de promoção da saúde; a criação de selos de qualidade ou distinção pública, atribuído por entidades governamentais a empresas que sejam promotoras destas campanhas; a criação de financiamento público para apoiar projetos-pilotos; integração formal deste tipo de programas no PNSO; apostar em políticas de transformação digital que permitam aos profissionais de saúde, do contexto de saúde ocupacional, aceder e registar dados da saúde dos trabalhadores, permitindo um melhor acompanhamento e integração dos cuidados e, por último, apostar em campanhas de sensibilização e combate ao estigma da doença crónica no trabalho e do idadismo, promovendo culturas organizacionais mais inclusivas.

O GD2CL está pronto para sair do papel. Mais do que um trabalho académico, este projeto é um convite à ação – um instrumento para melhorar a saúde e

dignidade no trabalho. Resta agora dar-lhe continuidade, com a esperança de que possa inspirar outras realidades organizacionais a fazer o mesmo caminho.

Concluir este trabalho é, simbolicamente, como regressar da viagem de *João Sem Medo*, depois de ter atravessado terras incertas, enfrentado desafios e acreditado na construção de realidades mais justas e sustentáveis. A implementação do programa GD2CL reflete esse espírito de inquietação construtiva – a recusa da passividade perante uma realidade complexa, a coragem de propor soluções consistentes e orientadas para a transformação da prática em saúde ocupacional.

5. BIBLIOGRAFIA

- AbbVie e NOVA IMS. (2023). *11ª Conferência Sustentabilidade em Saúde: Índice de Saúde Sustentável 2022/23*.
<https://www.abbvie.pt/content/dam/abbvie-dotcom/pt/Documents/%C3%8Dndice%20Sa%C3%BAde%20Sustent%C3%A1vel%202023.pdf>
- Andra, J. V., Silveira, C. A., & Terra, F. d. (2023). cronicidade e o seu impacto na saúde do trabalhador: uma chamada para ações concretas. *Revista Brasileira de Enfermagem: REBEn*, 3.
- APD - Associação para o Progresso da Direção de Empresas. (2024). *Absentismo laboral: o que é, principais tipos e causas*. <https://www.apd.pt/>
- Bastos, F. (2015). *Teoria explicativa sobre a gestão da doença eo regime terapêutico para a doença crónica* (Vols. ISBN: 978-3-639-83). (G. & KG, Ed.) Portugal: Nocas Edições Académicas OmniScriptum.
- Bastos, F., Morais, E., Campos, J., & Oliveira, F. (2021). Representação do conhecimento em enfermagem do trabalho na ontologia de enfermagem. Suplemento digital Rev ROL Enferm. *Suplemento digital Rev ROL Enferm*, 44, 11-12.
- Brito, M. A. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: Uma teoria explicativa*. [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa.
- Camarneiro, A. P. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, 1-8.
- CMSUK. (2023). *What is Case Management?* <https://www.cmsuk.org/case-management/what-is-case-management>
- Correia, J. A. (2019). Celebrar a Velhice: Cheio de Saúde ou com a Doença Crónica Controlada! . *Medicina Interna*, 26.

- Crucinho, P. J. (2021). Efectividade da gestão de casos em enfermagem nos resultados em saúde das populações: uma revisão da literatura. *Políticas e práticas em saúde e enfermagem*, 8, 89-99.
- Decreto de Lei n.º 4/2019, de 10 de janeiro. (2019). *Diário da República n.º 7/2019, Série I*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/4-2019-117663335>
- DGS. (2018). Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) - Extensão 2018/2020. Lisboa.
- DGS. (2021). *Guia Técnico no 3: Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no local de Trabalho*.
- DGS. (2022). Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde. (2015). Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre. Lisboa.
- Doménech-Briz, V., Gómez Romero, R., de Miguel-Montoy, I., Guárez-Vela, R., Verdeguer-Gómez, M., Sánchez-Rodríguez, Á., , Gea-Caballero, V., Juárez-Vela, R., Martínez-Riera, J., & Mármol-López, M. (2020). Results of Nurse Case Management in Primary Health Care: Bibliographic Review. 17 (24)(<https://doi.org/10.3390/ijerph17249541>).
- EU-OSHA, Cedefop, Eurofound e EIGE. (2017). *Towards age-friendly work in Europe: a life-course perspective on work and ageing from EU Agencies*. Publications Office of the European Union. .
- European Commission. (2024). *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html
- Eurostat, Instituto Nacional de Estatística e PORDATA. (2018). *População activa: por grupo etário (%)*. [https://www.pordata.pt/Europa/Popula%c3%a7%c3%a3o+activa+por+grupo+et%c3%a1rio+\(percentagem\)-1757-214693](https://www.pordata.pt/Europa/Popula%c3%a7%c3%a3o+activa+por+grupo+et%c3%a1rio+(percentagem)-1757-214693)

- Ferreira, J. G. (1963). *Aventuras de João Sem Medo: Panfleto mágico em forma de romance*. Lisboa: Portugália Editora.
- Fundação “la Caixa”, BPI, & Nova School of Business and Economics. (2024). *Sobre a gestão do doente crónico*. <https://www.novasbe.unl.pt>
- Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2024). Livro Verde do futuro da Segurança e Saúde no Trabalho.
- Guerra, I. C. (2006). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção: O planeamento em Ciências Sociais*. (2. ed, Ed.) Principia.
- Gurel, E., & Tat, M. (2017). SWOT Analysis: A Theoretical Review. *The Journal of International Social Research*, 10, 994-1006. *he Journal of International Social Research*, 10, 994-1006.
- Huber, D., & Joo, J. (2018). Scoping Review of Nursing Case Management in the United States. *Clinical nursing research*, 27(8), 1002–1016.
- INE. (2020). *Projeções de População Residente – 2018-2080*. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=426127543&att_display=n&att_download=y
- INE. (2024). *Instituto Nacional de Estatística*. Estimativa provisória da esperança de vida aos 65 anos para 2022-2024. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646171442&DESTAQUESmodo=2
- INSA. (2015). *Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico 2013-1016*. <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/5748/4/INSA-info-doenca-cronica-PT.pdf>
- ISO. (2017). *ISO 10006:2017 - Quality management - Guidelines for quality management in projects*. <https://www.iso.org/standard/70376.html>
- Joo, J., & Huber, D. (s.d.). Scoping Review of Nursing Case Management in the United States. *Clinical Nursing Research*, 27 (8), 1002-1016.

- Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro. (2009). *Diário da República n.º 176/2009, Série I de 2009-09-10*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/102-2009-490009>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D., & Schumacker, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science. Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Nunes, L., Ferrito, C., & Ruivo, A. (2010). Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, pp. 1-37.
- OECD. (2021). *Perfil de saúde do país 2021, estado de saúde na UE*. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf
- Oeppen, J., & Vaupel, J. W. (2002). Demography. Broken limits to life expectancy. *Science's Compass*, 256.
- OMS. (2010). *Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação*. Brasília. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44307/9789241599313_por.pdf?sequence=2
- OMS. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Genebra.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. Georgia, Mosby: Mosby.
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Ambientes de trabalho saudáveis: Um modelo para ação: Para empregadores, trabalhadores, formuladores de políticas e profissionais*.
- Parente, P. (2015). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto*. Repositório Científico de Acesso Aberto.

<https://repositorio.ucp.pt/entities/publication/95046a6b-b859-43d0-a566-1b037cf110ce>

PORDATA. (2022). *ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO E OUTROS INDICADORES DE ENVELHECIMENTO*.

<https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>

Porto Editora. (s.d.). *Dicionário infopédia da Língua Portuguesa*.
<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/projeto>

Project Management Institute. (2017). *A guide to the project management body of knowledge (PMBOK)* (Vol. 6ª ed.). Pennsylvania: PMI Publishing Division.

Putra, A., & Sandhi, A. (2021). Implementation of nursing case management to improve community access to care: A scoping review. *Belitung Nursing Journal*, 7(3)(<https://doi.org/10.33546/bnj.1449>), 141-150.

Raimundo-Leone, D. R., Paula-Silva, A. C., & Aguiar, A. S.-d. (2021). Ativação do paciente com diagnóstico de doença renal crónica: uma revisão integrativa. *Enferm Nefrol*, 24 (1), 11-23.

Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019.

Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. (2018). *Diário da República* n.º 135/2018, Série II de 2018.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento nº 372/2018. (2018). *Diário da República* nº 114/2018, série II de 15 de Junho. pp. 16804 – 16810.

Rosa, M. J. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Santos, M., & Almeida, A. (2017). Saúde ocupacional aplicada a trabalhadores menos jovens. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 39-52.

- SHARE-ERIC. (2024). *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 8 [Conjunto de dados]*. SHARE-ERIC. https://share-eric.eu/fileadmin/user_upload/Release_Guides/SHARE_release_guide_9-0-0.pdf
- Soares, B. A., Spezani, M. M., Bosco, L. C., Souza, A. S., Souza, B. Q., Viviani, G. H., & Cunha, L. S. (2024). Chronic noncommunicable diseases and absenteeism from work: National Survey of Health, 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 27.
- Sousa, M. R., Vilar, A. I., Sousa, C. N., & Bastos, F. (2021). *Autogestão da doença crónica: dos modelos aos programas de intervenção*. Autocuidado: um foco central da enfermagem. <http://hdl.handle.net/10400.26/39477>
- Souza , A. C., Barbosa, I. R., & Souza, D. L. (2020). Prevalence of occupational accidents and associated variables in the Brazilian workforce. *Rev Bras Med Trab*, 8(4), 434-443.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (Vol. 5a ed). Loures: Lusodidacta.
- Tsang , Y. T., Sperrin , M., Blakeman , T., Rupert , A. P., & Darren , A. (2024). Defining, identifying and addressing problematic polypharmacy within multimorbidity in primary care: a scoping review. *BMJ Open*, 14(doi:10.1136/ bmjopen-2023-081698), 1-13.
- UE-OSHA. (2016). *The ageing workforce: implications for occupational safety and health A research review*. https://osha.europa.eu/sites/default/files/The_ageing_workforce_implications_for_OSH.pdf
- Vargiu, E. e. (2017). Integrated Care for Complex Chronic Patients. *International Journal of Integrated Care*.
- Vilar, A. (2009). Adesão ao regime terapêutico e qualidade de vida da pessoa portadora de diabetes tipo 2: das evidências à decisão em gestão clínica . *Dissertação de Mestrado*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

- Vlachou, A., Stavroussi, P., Roka, P., Vasilou, E., Papadimitriou, D., Scaratti, C., Kadyrbaeva, A., Fheodoroff, K., Breceli, V., Svestkova, O., Tobiasz-Adamczyk, B., Finnvold, J. E., Gruber, S., & Leonardi, M. (2018). Policy guidelines for effective inclusion and reintegration of people with chronic diseases in the workplace: National and European perspectives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15 (3), 493.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von, M. K. (1996). Organizing Care for Patients with Chronic Illness. 74 (4), pp. 511-544.
- WHO. (2018). *Concommunicable diseases country profiles*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514620>
- Woten, M. R., & March, P. P. (2022). Case Management: Patients with Diabetes. *CINAHL Nursing Guide*.
- Yu, Z., Gallant, A. J., Cassidy, C., Boulos, L., Macdonald, M., & Stevens, S. (2020). Case Management Models and Continuing Care: A Literature Review across nations, settings, approaches, and assessments. *H. Home Health Care Management & Practice*, 33 (2)(doi:10.1177/1084822320954394), 96-107.

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DO TRABALHADOR

Questionário de satisfação do trabalhador admitido no GD2CL

Este questionário é anónimo e confidencial. As suas respostas serão utilizadas exclusivamente para fins de avaliação e melhoria contínua do programa GD2CL – Gestão da Doença Crónica em Contexto Laboral.

A sua opinião é essencial para que possamos melhorar a qualidade e eficácia do programa.

Agradecemos, desde já, a sua colaboração e disponibilidade.

Informação geral (opcional)

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Prefiro não dizer

Idade: _____

Tempo de acompanhamento no GD2CL:

☐ < 1 mês ☐ 1–3 meses ☐ 4–6 meses ☐ > 6 meses

Por favor, responda às seguintes questões, avaliando de 0 a 10

0=nada satisfeito (a) 10=muito satisfeito (a)

1. Como avalia a forma como foi acolhido(a) no início do programa? ____
2. Em que medida compreendeu os objetivos e funcionamento do GD2CL? ____
3. Como avalia a disponibilidade da equipa que o(a) acompanhou? ____
4. Sente que foi ouvido(a) e respeitado(a) ao longo do programa? ____
5. O programa ajudou-o(a) a lidar melhor com a sua a sua condição de saúde? ____
6. Considera que o programa teve impacto positivo na sua vida profissional? ____
7. Recomendaria o programa GD2CL a outros trabalhadores na mesma situação? ____
8. De forma geral, qual é o seu grau de satisfação com o programa? ____

Gostaria de deixar algum comentário ou sugestão?

(Espaço livre para
resposta)

ANEXO II – SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DO GD2CL A PARES



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA EM CONTEXTO LABORAL: PROJETO

Raquel Vieira

Professor Orientador: Professor Doutor Paulo Parente

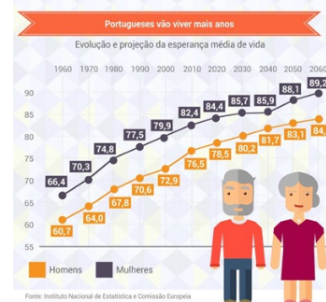
Porto, 2025

1

A percentagem de trabalhadores mais velhos na União Europeia aumentará nas próximas décadas:

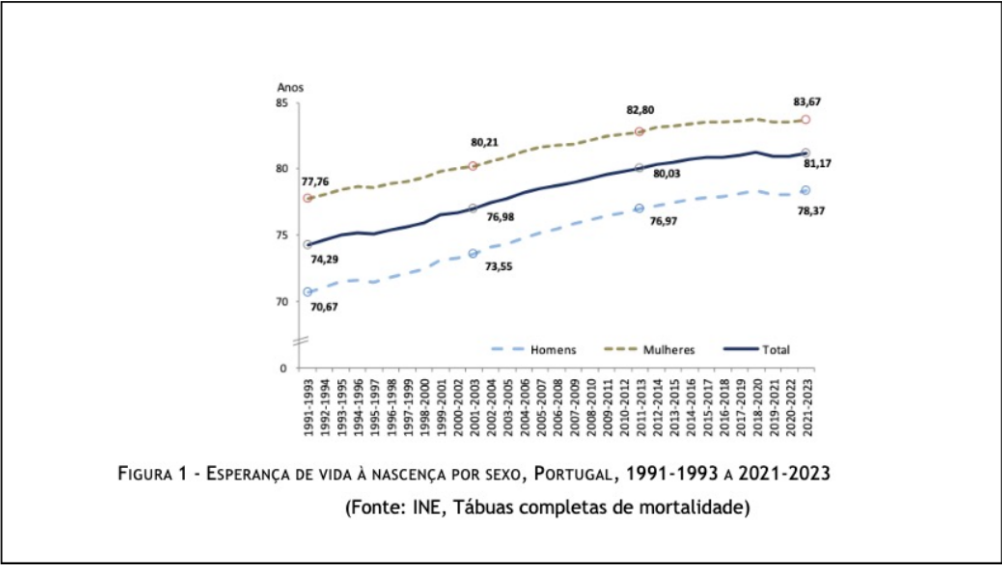
Grupo etário dos 55-64 anos de idade - 16,2%

Representa 30% ou mais da população ativa



2

1



5

ANO	FAIXA ETÁRIA				
	15-24	35-44	45-54	55-64	65 ou +
1986	21,5	23,7	18,5	8,8	3,4
2017	7,1	19,8	25,2	16,2	4,7

TABELA 1- POPULAÇÃO ATIVA DE PORTUGAL POR GRUPO ETÁRIO (%) DIFERENÇAS ENTRE 1986 E 2017
(Fonte: Eurostat | Institutos Nacionais de Estatística, PORDATA, 2018)

6

SAÚDE

Portugal é o terceiro país da União Europeia onde as pessoas mais se queixam de doenças crónicas

No ano passado, 42,3% das pessoas com 16 ou mais anos disseram ter doença crónica ou problema de saúde prolongado, refere boletim do INE.

Ana Maia
11 de Fevereiro de 2025, 12:03

EXCLUSIVO OCDE

Doenças crónicas: portugueses sentem-se mais doentes e com menos cuidados coordenados

Inquérito da OCDE recaiu sobre pessoas com 45 e mais anos utilizadoras de cuidados de saúde primários. Em termos globais, oito em cada dez destas pessoas têm uma doença crónica.

Ana Maia
20 de fevereiro de 2025, 9:30

PAÍS

Até 2070 quase 40% da população terá pelo menos 60 anos, revela estudo

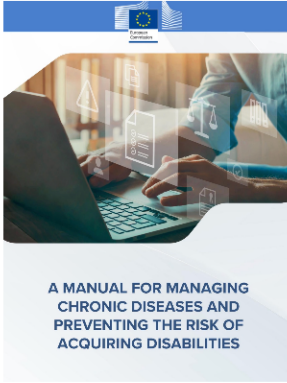
A população portuguesa está cada vez mais envelhecida e isto é um desafio, por exemplo, para os sistemas de saúde e de pensões. Um estudo alerta de novo para a necessidade urgente de combater a pobreza e promover do envelhecimento ativo.

SIC Notícias
15:39, 22 Jan.2025

Guardar

Partilhar

7



POLICY BRIEF


Eurofound

Working conditions

How to respond to chronic health problems in the workplace?





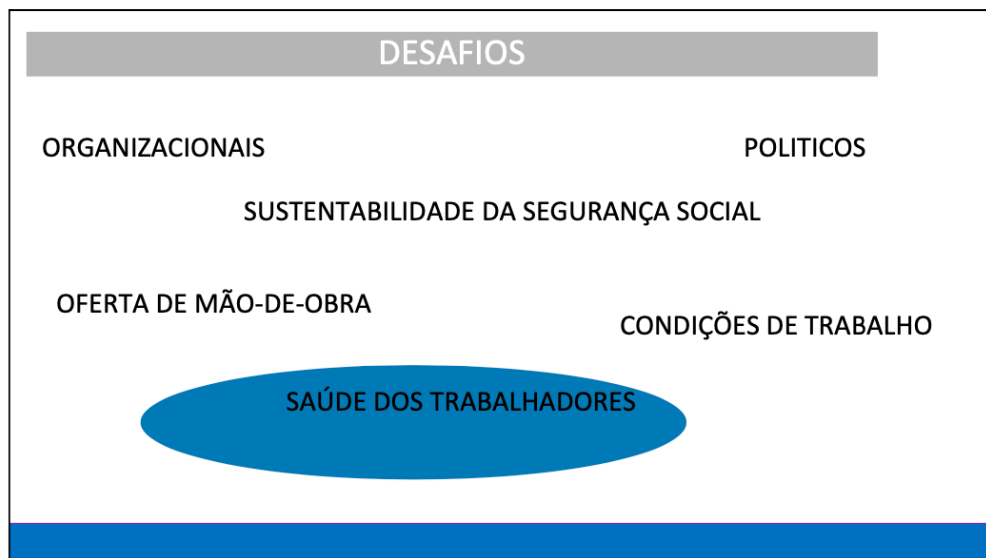
8

4

Cristina Raquel Pinto Vieira



9



10

5

DOENÇA CRÓNICA: CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

2019

Aproximadamente um terço de todas as mortes na população portuguesa estavam relacionadas com fatores de risco comportamentais;

Doenças crónicas

Cerca de 41% dos portugueses com idade igual ou superior a 16 anos declararam ter pelo menos uma doença crónica sendo superior aos 36% da União Europeia.

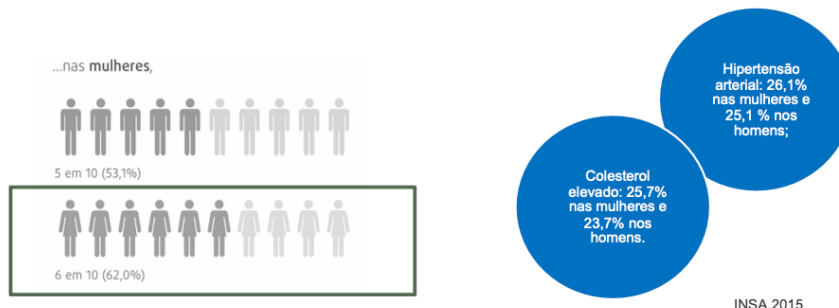
OECD, 2021

11

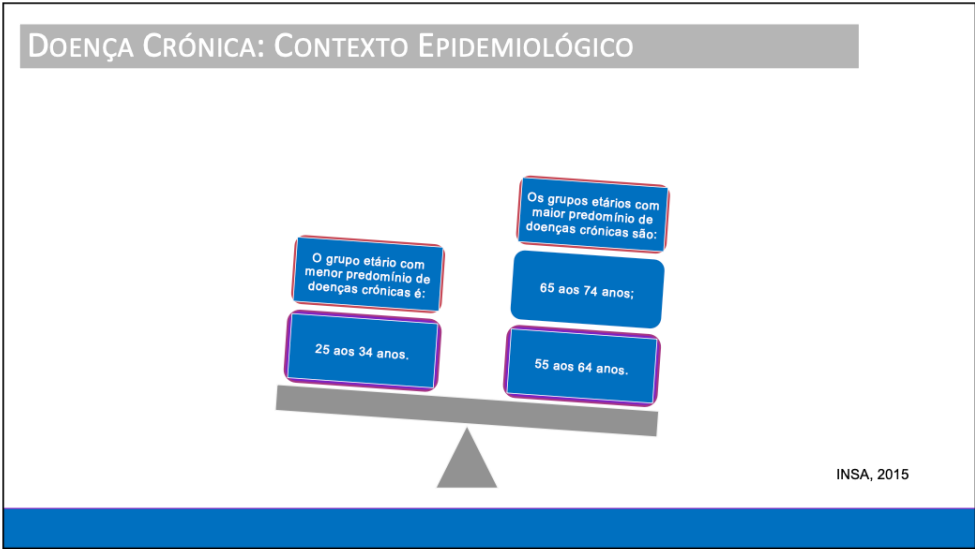
DOENÇA CRÓNICA: CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

INSEF 2013-2016: 3.9 milhões de portugueses (57,8%) revelaram ter diagnosticado pelo menos uma doença crónica - população residente em Portugal em 2015 com idades compreendidas 25-74 anos

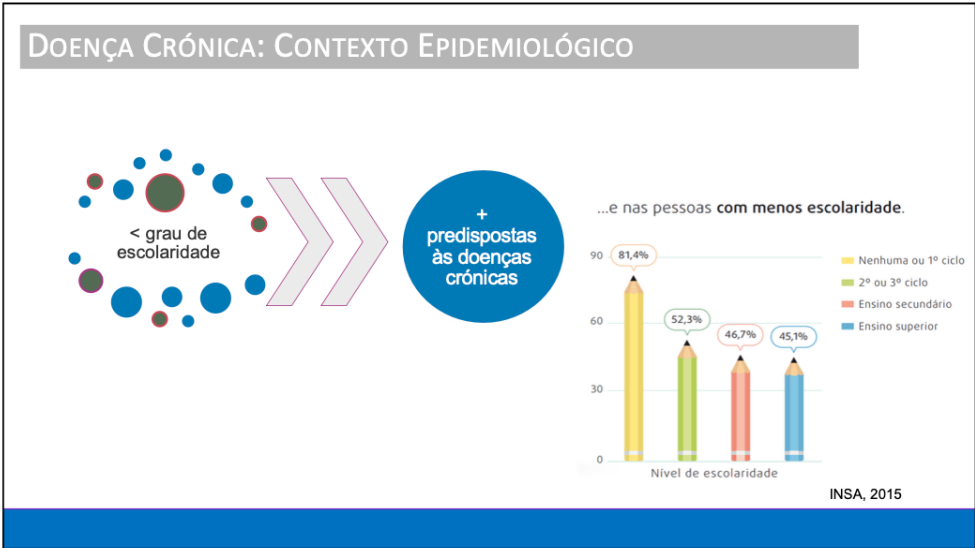
A doença crónica ocorre com mais frequência:



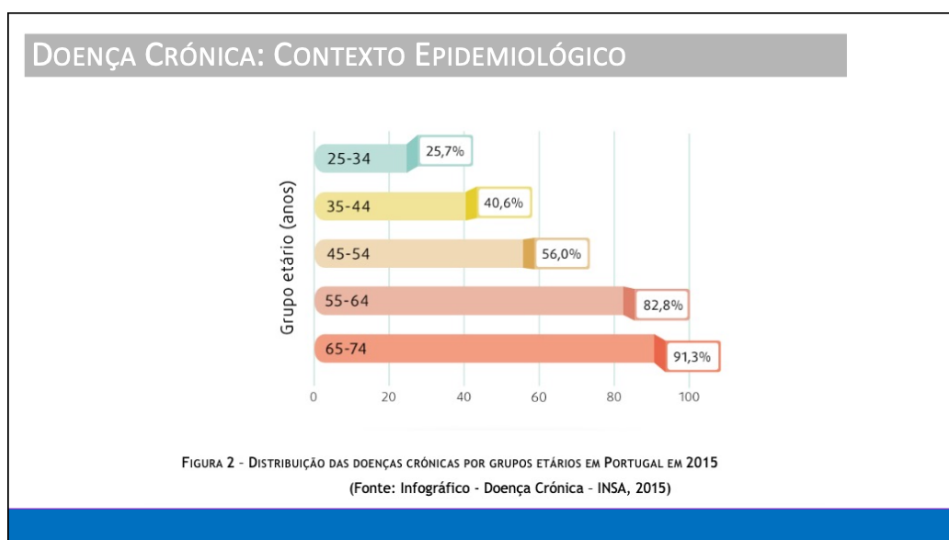
12



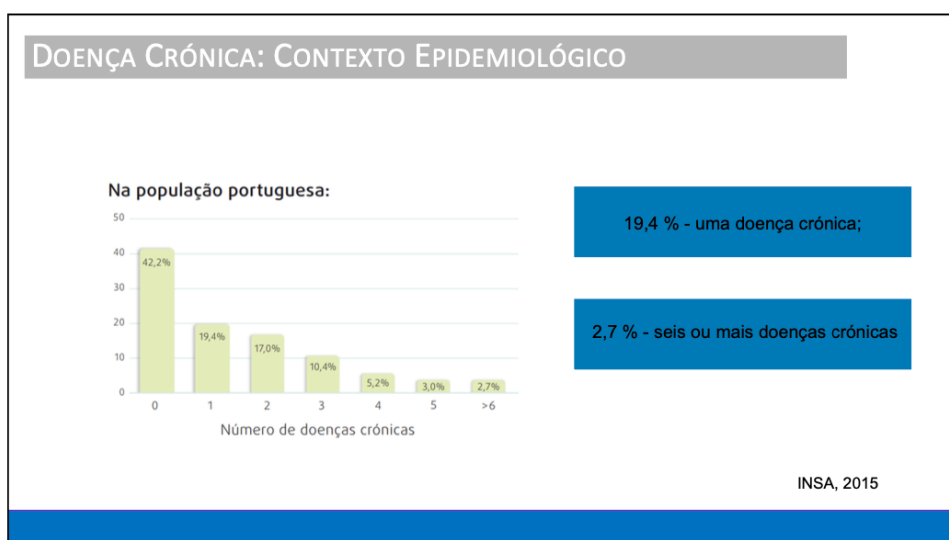
13



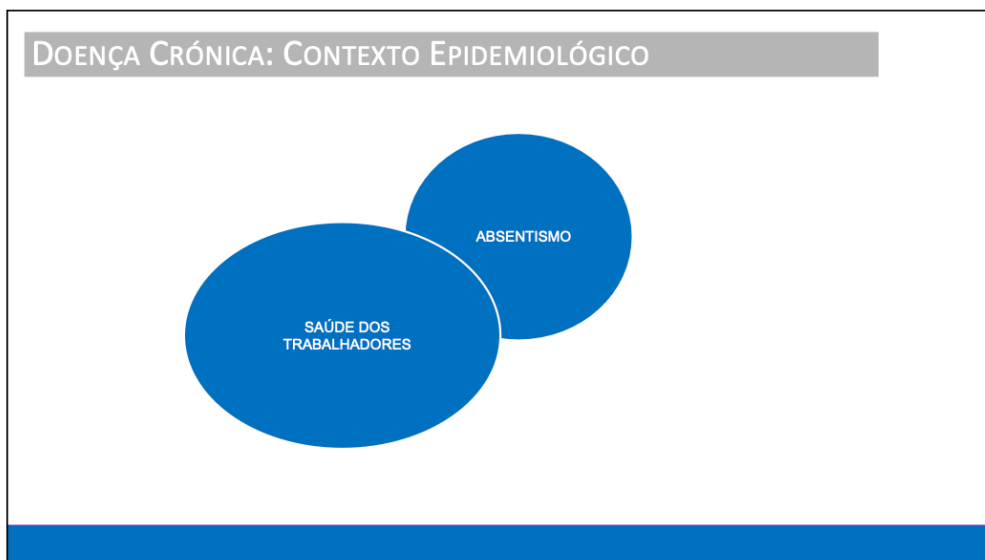
14



15



16



17



18



DIANÓSTICO DA SITUAÇÃO/ PROBLEMA

JUNHO 2024 – 125 CONSULTAS DE ENFERMAGEM

DIFICULDADE NO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO DO TRABALHADOR COM DOENÇA CRÓNICA

19

19

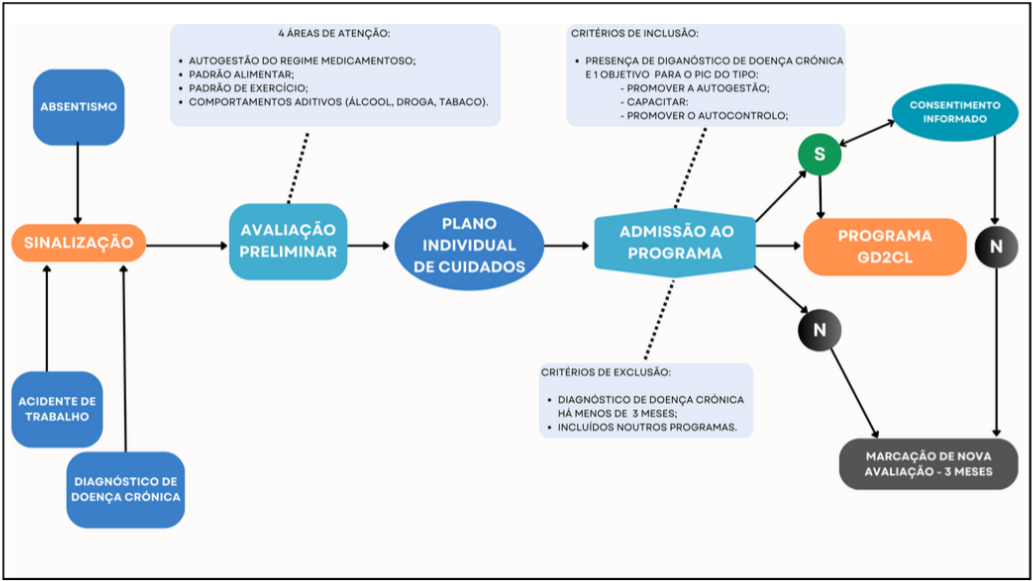


POSSIBILIDADE DE SOLUÇÃO

IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA

20

20

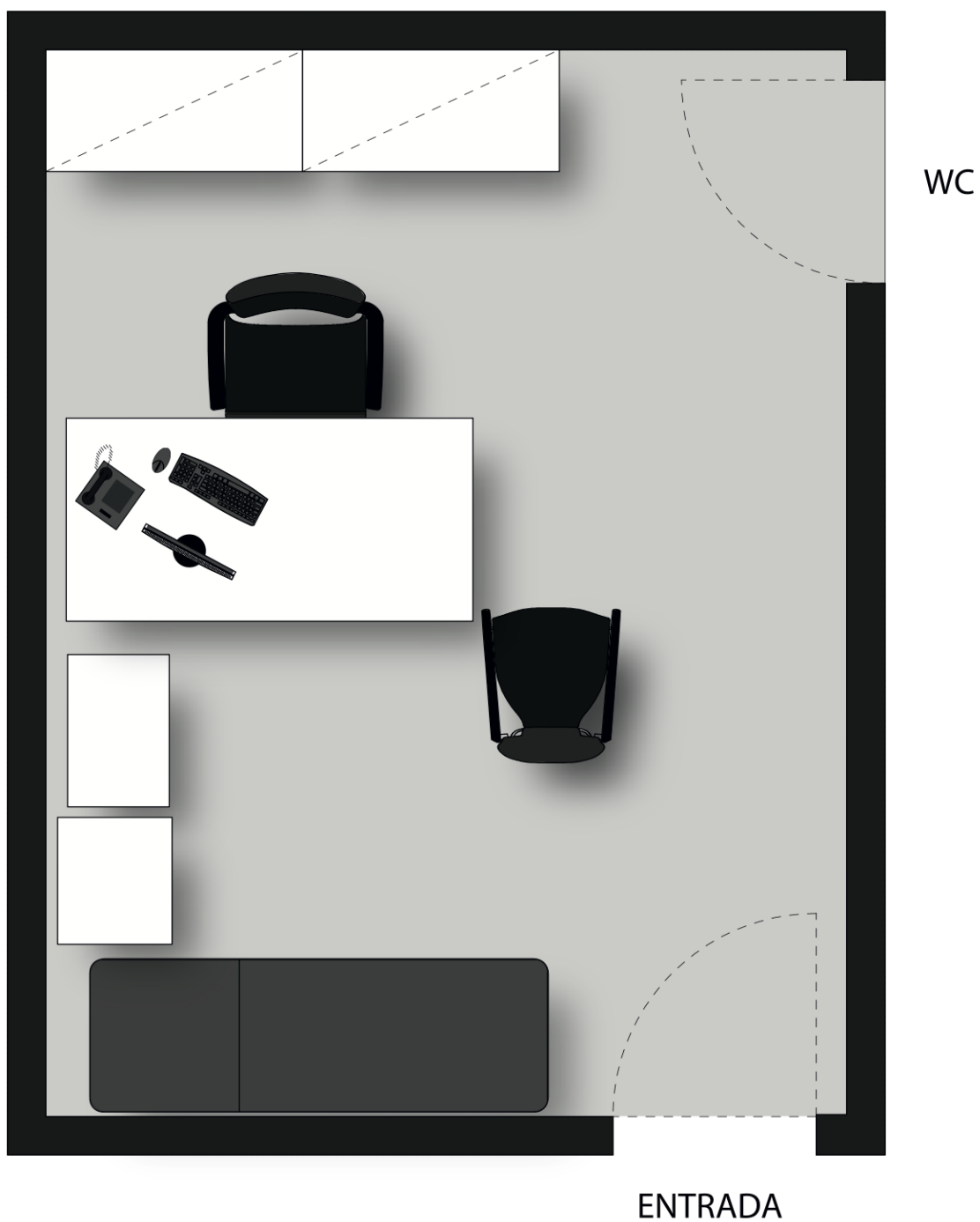


21



22

ANEXO III – LAYOUT DO GABINETE DE ENFERMAGEM



ANEXO IV – CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento Informado

Na empresa XXXXXXXX, está a decorrer um Programa de Gestão da Doença Crónica, desenvolvido por enfermeiros do trabalho e especialistas em médico-cirúrgica. Com este programa, os enfermeiros especialistas assumem o papel de gestores de caso, pretendendo promover a capacitação do trabalhador na gestão da sua doença e no regime terapêutico, orientado para o aperfeiçoamento de um conjunto de competências facilitadoras da tomada de decisão e da implementação de comportamentos de autocuidado.

Este acompanhamento tem como objetivo responder de forma personalizada às necessidades dos trabalhadores que vivem com doença crónica, através da implementação de um plano de cuidados individualizado.

Nesse sentido, convidamo-lo(a) a participar neste programa, o qual não acarreta qualquer risco para os participantes. A informação recolhida será utilizada exclusivamente no âmbito deste programa, com o único propósito de alcançar os objetivos definidos pelo projeto.

Agradecemos, desde já, a sua colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

(Responsável pelo programa)

Programa de Gestão da Doença Crónica em Contexto Laboral (GD2CL)

Consentimento Informado

Eu, _____, com o nº mecanográfico _____, portador(a) do documento de identificação nº _____, declaro que fui devidamente informado(a) sobre a minha participação no programa que irei integrar, cujo principal objetivo é proporcionar um acompanhamento de proximidade, de forma a promover uma melhor autogestão da minha condição de saúde enquanto portador(a) de uma ou mais doenças crónicas.

Declaro, ainda, que fui informado(a) sobre a modalidade de participação que poderá incluir consultas presenciais, contactos telefónicos, visitas domiciliárias e outras formas de acompanhamento.

Foi-me garantido que todas as informações pessoais e clínicas recolhidas no âmbito deste programa serão tratadas com confidencialidade e protegidas de acordo com a legislação em vigor sobre proteção dos dados pessoais.

Todas as minhas dúvidas sobre o programa foram esclarecidas de forma adequada, e tive a oportunidade de colocar questões antes de assinar este documento.

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, abandonar este programa sem qualquer tipo de consequências. Deste modo, **aceito** participar neste programa e permito a utilização dos dados que forneço de forma voluntária, que serão utilizados só para esta investigação e na garantia de confidencialidade dada pela investigadora.

Assinatura

Data

____/____/____

ANEXO V – DIAGRAMA DE GANTT

DIAGRAMA DE GANTT (1/5)

PREPARAÇÃO

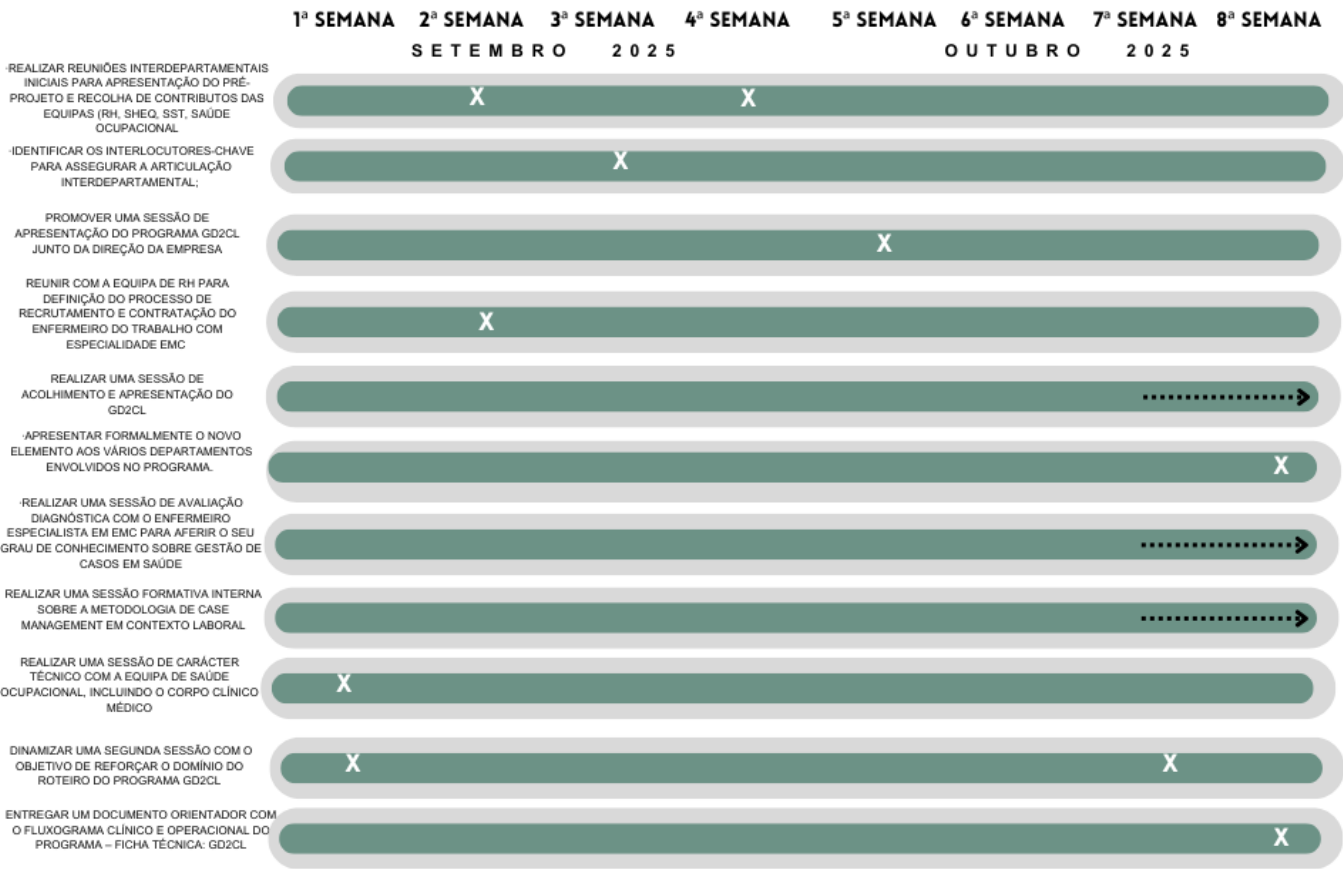


DIAGRAMA DE GANTT (2/5)

PREPARAÇÃO

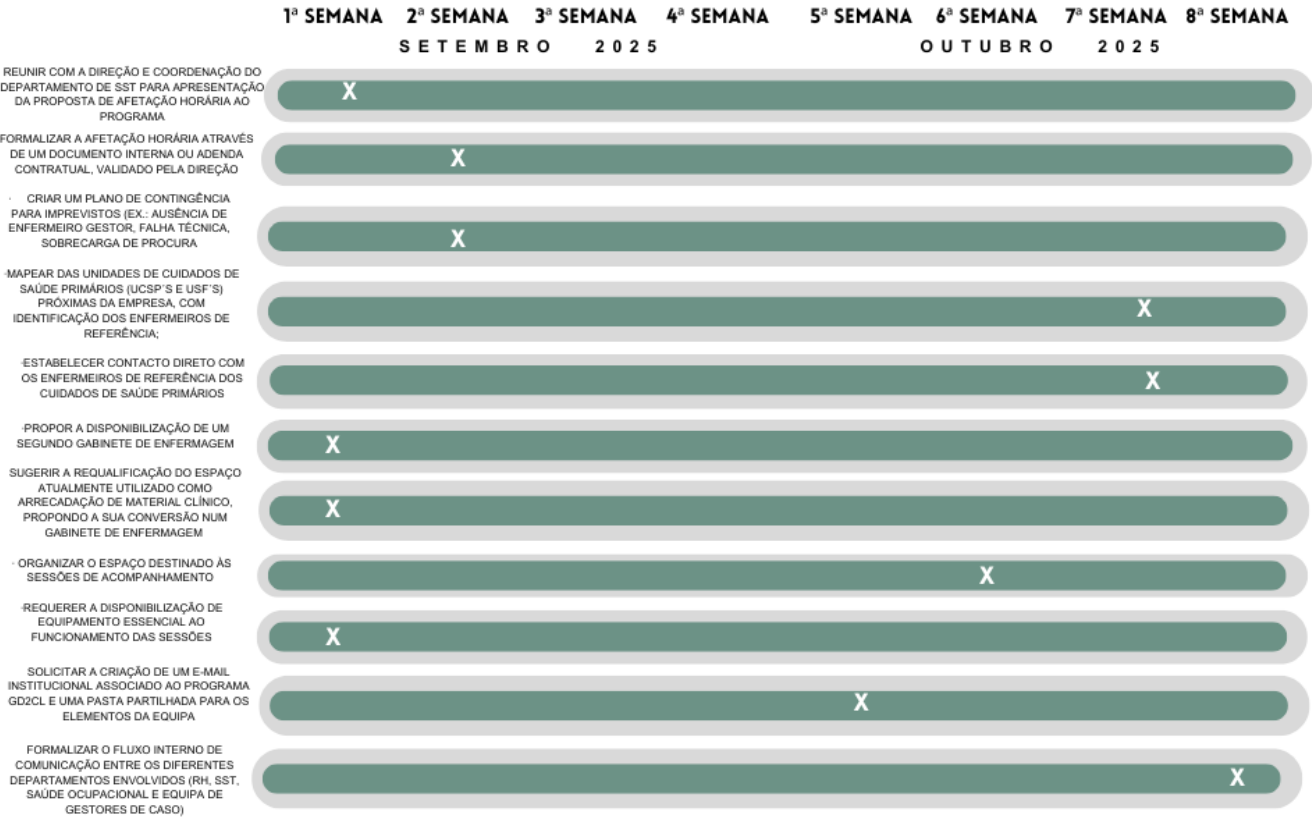


DIAGRAMA DE GANTT (3/5)

PREPARAÇÃO

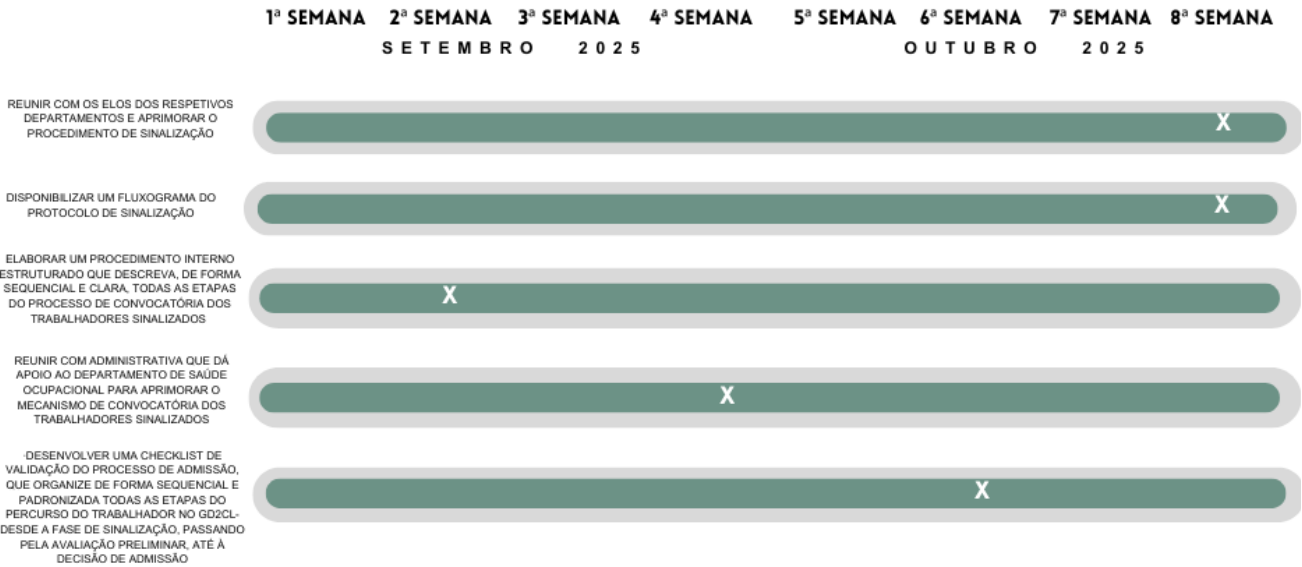


DIAGRAMA DE GANTT (4/5)

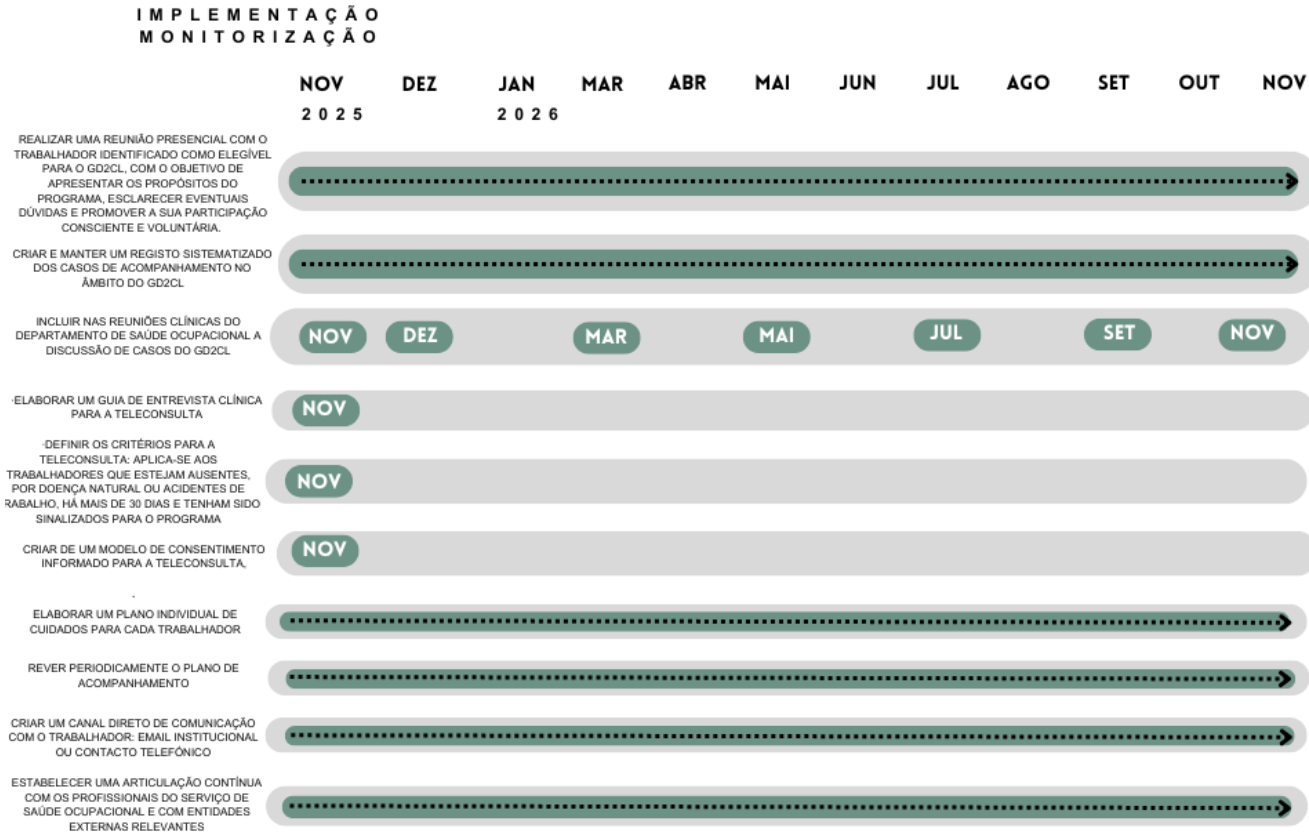


DIAGRAMA DE GANTT (5/5)

IMPLEMENTAÇÃO MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

