



CATOLICA  
FACULDADE DE DIREITO

ESCOLA DE LISBOA



CATOLICA  
LISBON  
BUSINESS & ECONOMICS

Mestrado em Direito e Gestão

**Sistemas de Saúde e *Franchisings* Internacionais:**  
Impactos nas Práticas de *Corporate Social Responsibility* em  
Saúde Mental

Tiago Jorge Lázaro Gonçalves da Eira

*Sob orientação do Professor Doutor Henrique Martins*

LISBOA, DEZEMBRO DE 2024

“Quando Cesário Verde fez dizer ao médico que era, não o Sr. Verde empregado no comércio, mas o poeta Cesário Verde, usou de um daqueles verbalismos do orgulho inútil que suam o cheiro da vaidade. O que ele foi sempre, coitado, foi o Sr. Verde empregado no comércio. O poeta nasceu depois de ele morrer, porque foi depois de ele morrer que nasceu a apreciação do poeta.

*Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser.* Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito. Condições de palácio tem qualquer terra larga, mas onde estará o palácio se o não fizerem ali?”

**Fernando Pessoa**

## Agradecimentos

*Primus*, à minha **Mãe** e ao meu **Pai**, pelo amor incondicional e por acreditarem sempre em mim, mesmo nos planos mais “fora da caixa”. Obrigado por garantirem sempre o amparo nas minhas quedas, enquanto me deixam voar livremente.

*Secundus*, ao meu **Irmão** e à minha **Irmã**, pilares indispensáveis da minha família, com as suas idiossincrasias que, de forma única, me completam e enriquecem

*Tertius*, aos meus **Avós**, com destaque para a minha **Avó Lena**, que, na prática, foi a minha primeira professora, e desde a primária me incentivou a superar desafios, tendo marcado profundamente as minhas ambições académicas.

*Quartus*, aos meus verdadeiros **Amigos**, aos que já existiam e aos que foram aparecendo, pela constante presença – física ou virtual –, mesmo nos momentos mais desafiantes deste percurso.

*Quintus*, ao meu orientador, **Professor Henrique Martins**, pelos conhecimentos transmitidos, pelo incentivo a explorar uma abordagem prática na dissertação, fora da minha zona de conforto, e, sobretudo, pela sua disponibilidade.

*Sextus*, à **Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento (FLAD)**, por me ter atribuído a bolsa que me permitiu ir para os Estados Unidos da América, onde aprendi muito sobre os sistemas de saúde, sobre o Mundo e, principalmente, sobre mim mesmo.

*Septimus*, à **Universidade de Coimbra**, minha *alma mater*, que me proporcionou o indispensável raciocínio jurídico e despertou em mim o interesse pela área da saúde.

*Octavus*, à **Universidade Católica Portuguesa**, onde o ensino de excelência na área da gestão (e do direito) complementou e ampliou o meu horizonte jurídico, permitindo-me articular áreas diversas.

*Nonus*, à **Fielding School of Public Health – University of California, Los Angeles**, onde estruturei as principais ideias desta dissertação, e ao **Professor Arturo Bustamante**, por ter orientado o meu período de investigação em Los Angeles com rigor intelectual e com uma disponibilidade constante.

*Decimus*, ao **tempo**, que, enquanto entidade invisível e implacável, me pressionou, ensinou, desafiou e, ao mesmo tempo, permitiu que todas estas experiências e aprendizagens se entrelaçassem.

## RESUMO

A saúde mental dos trabalhadores é um desafio crescente, com implicações significativas para os próprios, as empresas e para a sociedade em geral. Esta dissertação tem como objetivo analisar as práticas de gestão de empresas, numa ótica de *Corporate Social Responsibility* (CSR), relacionadas com a promoção e restauração da saúde mental dos colaboradores, explorando a influência de fatores intrínsecos, como os valores corporativos, e extrínsecos como o sistema de saúde e o modelo de *franchising*. Para isso, foi realizada uma revisão narrativa da literatura e uma análise comparativa de três empresas — uma americana, uma franqueada dessa em Portugal e uma outra empresa portuguesa – em formato de mini *case-studies*.

Os resultados identificam diferenças nas práticas de gestão e políticas de CSR implementadas, sugerindo que os valores corporativos e os objetivos estratégicos são os principais determinantes da proatividade empresarial, embora fatores contextuais, como o sistema de saúde, também desempenhem um papel relevante. Conceptualiza-se uma dimensão internacional da CSR, destacando-a como uma forma de intervenção política com impactos socioeconómicos, geopolíticos e, potencialmente, na saúde pública. A análise realizada atesta ainda a importância da definição de critérios de *benchmarking* em saúde mental, tanto para otimizar práticas empresariais, como para permitir estudos comparativos mais consistentes.

**Palavras-Chave:** Corporate Social Responsibility, Saúde Mental, Sistemas de Saúde, Franchising Internacional, Responsabilidade Social Corporativa, Políticas Empresariais, Valores Corporativos, Wellbeing.

## **ABSTRACT**

Workplace mental health is an increasingly pressing challenge, with significant implications for employees, companies, and society at large. This dissertation aims to analyze corporate management practices from a Corporate Social Responsibility (CSR) perspective, focusing on employee mental health and exploring the influence of intrinsic factors, such as corporate values, and extrinsic ones, such as health systems and the franchising model. A narrative literature review and a comparative analysis of three companies were conducted: an American company, its Portuguese franchisee, and an independent Portuguese company in the form of mini-case studies.

The findings reveal differences in management practices and implemented CSR policies, suggesting that corporate values and strategic goals are the main drivers of business proactivity, although contextual factors, such as health systems, also play a relevant role. An international dimension of CSR is conceptualized, positioning it as a form of political intervention with socioeconomic, geopolitical, and potentially public health impacts. The analysis additionally highlights the importance of establishing mental health benchmarking criteria, both to optimize corporate practices and to enable more consistent comparative studies.

**Keywords:** Corporate Social Responsibility, Mental Health, Health Systems, International Franchising, Corporate Policies, Corporate Values, Workplace Wellbeing.

# Índice

<b><i>I – Introdução</i></b> .....	<b>1</b>
<b><i>II – Enquadramento</i></b> .....	<b>4</b>
<b>1) <i>Corporate Social Responsibility (CSR)</i></b> .....	<b>4</b>
i. O Propósito das Empresas .....	4
ii. Da <i>Corporate Governance</i> à <i>Corporate Social Responsibility</i> .....	7
<b>2) A CSR nos <i>Franchisings</i></b> .....	<b>9</b>
<b>3) A Saúde Mental e o “Trabalho”</b> .....	<b>11</b>
<b>4) O Contexto</b> .....	<b>15</b>
a. Sistema de Saúde norte-americano.....	17
b. Sistema de Saúde português .....	25
<b><i>III – Abordagem</i></b> .....	<b>31</b>
<b><i>IV – Resultados</i></b> .....	<b>35</b>
<b><i>V – Discussão</i></b> .....	<b>38</b>
RQ1: Existem diferenças substanciais, em razão da variação geográfica, nas medidas de CSR implementadas pelas empresas?.....	38
RQ2: De que modo a estrutura dos Sistemas de Saúde influencia as medidas de CSR adotadas pelas empresas, na área da Saúde Mental? .....	40
RQ3: Existe influência do franqueador nas práticas no campo da Saúde Mental e do <i>wellbeing</i> dos colaboradores das empresas franqueadas sediadas noutra país? .....	42
Contributo teórico da dissertação no conceito de CSR .....	43
Limitações do estudo .....	45
<b><i>VI – Implicações e Conclusões</i></b> .....	<b>47</b>
<b><i>Bibliografia</i></b> .....	<b>49</b>

## Índice de Figuras

Figura 1 – Despesa em saúde por percentagem do PIB .....	18
Figura 2 – Despesa em saúde per capita, em dólares americanos .....	18
Figura 3 – Representação esquemática do tipo de financiamento out-of-pocket .....	20
Figura 4 – Representação esquemática do seguro de saúde individual.....	22
Figura 5 – Representação esquemática do seguro de saúde financiado pela entidade empregadora .....	23
Figura 6 – Distribuição populacional (EUA) por tipo de cobertura de seguro de saúde e variação 2022-2023 .....	24
Figura 7 – Representação esquemática dos planos públicos de saúde .....	25
Figura 8 - Distribuição da despesa corrente em saúde (PT) por fonte de financiamento (%; 2000 – 2020) .....	27

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Critérios de comparação e justificação da sua relevância. ....	32
Tabela 2 – Tabela-resumo da análise comparativa realizada .....	36

## I – Introdução

*Mens sana in corpore sano* é a expressão latina, com pendor filosófico, que reflete bem o entendimento holístico que a OMS<sup>1</sup> dá à noção de saúde, afastando-se das tradicionais concepções de separação “corpo-mente”, características do modelo biomédico da saúde, e que tendiam a considerar a maioria das doenças mentais como estando fora do conceito de saúde. Este enquadramento é importante porque situa, no plano jurídico, o objetivo para o qual esta dissertação visa contribuir: a prossecução da Saúde Mental, enquanto componente dos Direitos Humanos e dos Direitos Fundamentais de diversos ordenamentos jurídicos.

As projeções realizadas sobre incidência e prevalência de doença mental na população apontam para um cenário alarmante, com as inevitáveis consequências socioeconómicas relacionadas com uma fraca Saúde Mental (U.S. Department of Health and Human Services - Office of the Surgeon General , 2022) (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2023). Por conseguinte, os termos "pandemia de saúde mental" e "pandemia silenciosa" têm sido cada vez mais utilizados no discurso científico (Clifton, 2021) e não-científico (Lloyd K, 2023 Aug 9) sobre o tema<sup>2</sup>.

A Saúde Mental, e a sua manutenção tem, por isso, assumido uma relevância crescente no âmbito da responsabilidade social das empresas<sup>3</sup> (*Corporate Social Responsibility* – CSR), como consequência das transformações recentes nos modelos de trabalho e da maior consciencialização sobre a importância intrínseca do bem-estar

---

<sup>1</sup> A OMS define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1948): Apesar de superar o modelo biomédico, esta definição é passível de críticas graças ao seu carácter aparentemente utópico e à aparente confusão dos conceitos de saúde e bem-estar (Sartorius, 2006).

<sup>2</sup> Isto apesar da incorreção científica que é enquadrar doenças desta categoria no conceito de pandemia. Ainda que a concreta definição seja alvo de discussão, por não se verificar neste caso um critério relativamente consensual, como é a “transmissão humano-humano” (Taylor & Moji, 2021), dificilmente seria defensável esta classificação.

<sup>3</sup> Ao longo da dissertação, é utilizada “empresa” com o mesmo significado e extensão de “Sociedades Comerciais”, por referência ao art. 1º, n.º 2, do Código das Sociedades Comerciais.

psicológico dos colaboradores, bem como da importância associada a potenciais perdas de produtividades aquando da sua ausência. A forma como as empresas abordam esta temática pode ter impactos significativos em termos de saúde pública, e/ou na sua produtividade e sustentabilidade económica. Nesse contexto, torna-se pertinente investigar as práticas de CSR relacionadas com a saúde mental e compreender de que modo variáveis como o sistema de saúde (ou o ordenamento jurídico, em geral) e o modelo de gestão empresarial (por exemplo, franqueadora vs. franqueada) influenciam a adoção destas práticas.

Assim, a presente dissertação propõe-se a investigar como diferentes empresas abordam a saúde mental dos seus colaboradores no âmbito das suas políticas de CSR. Para isso, será realizada uma **revisão de literatura narrativa**, bem como uma **análise comparativa empírica** entre três empresas: (i) uma empresa americana a operar nos Estados Unidos, (ii) uma empresa portuguesa a operar em Portugal e (iii) uma franqueada portuguesa de uma empresa americana. Este modelo de análise permitirá identificar eventuais diferenças nas práticas de CSR em função da concreta geografia e do modelo de gestão empresarial.

A metodologia adotada não parte de premissas ou hipóteses pré-estabelecidas, mas procura, através da revisão de literatura e da análise comparativa, **discutir resultados, explorar explicações e chegar a algumas conclusões**. A revisão de literatura narrativa terá como objetivo identificar as abordagens teórico-práticas relevantes sobre CSR e saúde mental, oferecendo uma base conceptual para a análise empírica. Por sua vez, essa análise comparativa permitirá avaliar as diferenças nas práticas de CSR nas três empresas selecionadas, considerando variáveis como o sistema de saúde, o modelo de gestão (franqueadora vs. franqueada) e os respetivos enquadramentos jurídicos, institucionais e culturais. Considerando que a atuação das empresas relativamente à saúde mental dos seus colaboradores é o objeto imediato desta dissertação e a exploração dos fatores que impactam esta atuação é o seu objeto mediato, reveste particular interesse a análise da atuação de empresas cuja operação está dependente de um contrato que lhes limita parcialmente a autonomia, impondo determinadas regras ou condutas, como contrapartida para a distribuição de produtos ou serviços cujos direitos de comercialização não detinham *a priori*.

Esta dissertação contribui para a área de estudo da responsabilidade social empresarial, ao analisar o papel das empresas no apoio à saúde mental dos trabalhadores, um tema cada vez mais relevante no contexto das políticas públicas de saúde e das estratégias de bem-estar corporativo. As suas conclusões podem servir de base a estudos mais aprofundados sobre a matéria e contribuir para a elaboração de políticas de CSR mais eficazes e adaptadas ao contexto de cada empresa e por essa via contribuir para este problema de saúde pública.

Por isso, através de uma análise interdisciplinar alicerçada na Saúde Pública, no Direito e na Economia, a presente dissertação visa abordar as seguintes perguntas de investigação ou *Research Questions* (RQ's):

- RQ 1)** Existem diferenças substanciais, em razão da variação geográfica, nas medidas de CSR implementadas pelas empresas?
- RQ 2)** De que modo a estrutura dos Sistemas de Saúde influencia as medidas de CSR adotadas pelas empresas, na área da Saúde Mental?
- RQ 3)** Existe influência do franqueador nas práticas no campo da Saúde Mental e do *wellbeing* dos colaboradores das empresas franqueadas sediadas noutra país?

## II – Enquadramento

### 1) *Corporate Social Responsibility (CSR)*

#### i. O Propósito das Empresas

O conceito de *Corporate Governance* está longe de ser consensual na doutrina. A prática empresarial é reflete essa falta de consensualidade, ainda que, nas últimas duas décadas, o conceito tenha sofrido alguma uniformização. Por um lado, num prisma jurídico-normativo, que aborda a *Corporate Governance* através do estudo das normas legais e regulamentares que estruturam o funcionamento das sociedades comerciais. Por outro, num prisma funcional, que tem como objeto a análise dos mecanismos práticos e estratégicos através dos quais as empresas procuram otimizar o seu desempenho, preservar a sua reputação, e atingir os objetivos a que se propuseram (Câmara, 2011).

Para compreender o papel das empresas na sociedade, é impreterível perspetivar os fundamentos em que assenta a *Corporate Governance*. O núcleo essencial do conceito pode ser definido, de forma relativamente consensual, como *as regras, práticas e sistemas de controlo pelos quais os gestores são responsabilizados à vista daqueles que têm um interesse legítimo numa empresa* (Dixon, 2005). No entanto, a aferição *daqueles que têm um interesse legítimo na empresa* [‘stakeholders’], por não se revelar linear, deu origem a diversos tipos de teorias socioeconómicas que pretendem explicar como os interesses dos diferentes grupos de *stakeholders* influenciam e, em última instância, orientam, a definição dos objetivos empresariais.

Independentemente da perspetiva teórica que, em concreto, se adote, a consideração dos acionistas como grupo de *stakeholders* com influência na definição dos objetivos empresariais constitui um elemento comum, tendo em conta que a sua legitimidade resulta diretamente da materialização do Direito de Propriedade e da própria lógica de funcionamento de uma economia de mercado (O’Connell & Ward, 2023).

Contudo, para parte da doutrina económica, os acionistas desempenham uma posição central e, porventura, única, enquanto sujeitos com interesse legítimo na empresa, sendo em torno deles que a definição dos objetivos deve gravitar. Esta perspetiva encontra o seu expoente máximo nas chamadas *shareholders theories* e tem como exemplo paradigmático a conceção de Milton Friedman e a sua doutrina económica em sentido

lato, que defende a maximização dos lucros como objetivo social único, criticando de forma categórica a carga socialista e coletivista em que qualquer outra concepção culminaria (Friedman, 1970).

Por outro lado, tendo como um dos precursores R. Edward Freeman, existem as *stakeholders theories*, que advogam que os interesses a prosseguir se devem estender a todos os afetados com a atividade de determinada empresa, análise que obviamente se revelará casuística e algo subjetiva, mas que poderá incluir trabalhadores, consumidores, fornecedores, ou mesmo a sociedade em geral (Jacoby, 2005) – pelo que estes grupos serão, ao lado dos acionistas, considerados como elementos cujos interesses devem ser legitimamente ponderados, pela administração, na definição dos objetivos da empresa (Freeman, 2001).

É esta a linha de pensamento teórico-económico que nesta dissertação se adota, à semelhança, aliás, do entendimento que o legislador português parece ter, ao utilizar a expressão “sujeitos relevantes para a sustentabilidade da sociedade”, no artigo 64º, número 1, alínea b), do Código das Sociedades Comerciais (Menezes Cordeiro & Barreto Menezes Cordeiro, 2022). Nesta norma, destinada a enunciar os deveres fundamentais dos administradores das sociedades comerciais, o legislador quebra a neutralidade nesta matéria, afastando-se do campo das *shareholders theories*, e consagrando a importância dos diversos *stakeholders* na gestão empresarial. Esta abordagem integra, nas práticas empresariais, responsabilidades éticas, sociais e ambientais, refletindo uma visão inclusiva e multidimensional dos objetivos das sociedades comerciais, que responde às exigências de sustentabilidade e justiça social no contexto global contemporâneo (Serra, 2010).

De facto, o paradigma atual caracteriza-se por um mundo marcado por sinergias comerciais entre países com diferentes culturas e ordenamentos jurídicos. Nesse contexto, o argumento hermético da “expansão do valor acionista” – com um processo de tomada de decisões orientado exclusivamente pelos interesses dos acionistas – mostra-se incompatível com a importância atribuída, neste novo paradigma, ao papel dos agentes externos à empresa. Razão pela qual a sua desconsideração pode, a longo prazo, revelar-se contraproducente, comprometendo o lucro sustentável e, conseqüentemente, a sobrevivência ou, pelo menos, a expansão da empresa (Bidhan & Freeman, 2010).

É claro que uma interpretação pragmática e atualizada da teoria de Friedman poderia, ao privilegiar a sobrevivência e a expansão do lucro numa ótica de longo prazo, justificar a necessidade de considerar e integrar estes aspetos nas decisões e estratégias empresariais – nesta linha de raciocínio, alguns autores desenvolveram o conceito de *Enlightened Shareholder Value* (Bebchuk & Tallarita , 2020) como o principal objetivo a prosseguir pela empresa, ou uma interpretação abrangente da teoria da agência, de modo a incluir outros *stakeholders* enquanto ‘principais’ (Shankman, 1999) –. Nesse sentido, estar-se-ia, talvez, perante duas faces da mesma moeda.

Bebchuk e Tallarita sustentam que as *stakeholder theories* são, na prática, uma promessa ilusória e impossível de concretizar. Para os autores, as empresas só podem adotar uma de duas abordagens: ou seguem o modelo de "*Enlightened Shareholder Value*", onde a consideração pelos interesses dos *stakeholders* é meramente instrumental à maximização do valor acionista, ou incorrem numa tarefa impraticável de ponderação de interesses díspares, exigindo dos administradores uma capacidade de decisão "hercúlea" que ultrapassa os limites da racionalidade humana e que colocaria em causa a previsibilidade e a objetividade da sua atuação (Bebchuk & Tallarita , 2020).

Esta visão, porém, não se afigura satisfatória nem adequada ao contexto atual, revelando-se redutora, ignorando o papel crucial da *Corporate Governance* no acompanhamento, avaliação e transparência das práticas empresariais. A ponderação dos interesses dos *stakeholders* é não só exequível, como também necessária, promovendo maior responsabilidade e transparência na gestão empresarial e permitindo que as empresas desempenhem um papel decisivo na procura de soluções sustentáveis e socialmente justas. Por conseguinte, a responsabilidade das empresas não deve depender exclusivamente da regulamentação legal, mas deve refletir um compromisso do setor privado com o bem comum (Mayer, 2020).

O mesmo entendimento acerca do papel da empresa na sociedade é partilhado pela histórica declaração<sup>4</sup>, de agosto de 2019, da *Business Roundtable*, assinada por 181

---

<sup>4</sup> (Business Roundtable, 2019) – Esta declaração reveste particular importância uma vez que valida um novo paradigma na definição do propósito societário, tradicionalmente focado na expansão do valor acionista, aceitando algumas das considerações que já há muito constavam da literatura jurídico-económica nessa matéria:

CEO's das maiores empresas norte americanas, que e é a assunção, por parte daqueles que efetivamente detêm o poder de decisão e execução prática nas organizações, de que os objetivos empresariais não devem ser justificados por razões financeiras de curto prazo, mas por razões económicas e sociais, cuja concretização depende de uma visão estratégica e sustentável que integre os interesses dos diversos *stakeholders*, assegurando, assim, a sobrevivência e o crescimento a longo prazo. São também semelhantes as conclusões do *Institute of Directors*, no Reino Unido, no *Corporate Governance Manifesto* (Institute of Directors, 2019), bem como as que presidem a algumas das normas de Diretivas Europeias nesta área, como a Diretiva (UE) 2017/828 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 17 de maio de 2017.

## ii. Da *Corporate Governance* à *Corporate Social Responsibility*

Iniciando com uma nota histórica acerca da origem e evolução daquilo que denominamos hoje de “empresa/sociedade”, é relevante mencionar que esta forma de organização tem a sua base no Direito Romano, na cisão entre personalidade jurídica individual e coletiva, sendo que a coletiva era atribuída para fins predominantemente sociais. Esta conceção foi prosseguida, com os mesmos fundamentos, séculos mais tarde, também no Direito anglo-americano – através da autorização da Coroa Britânica para a criação destas entidades e, mais tarde, esta criação jurídica foi exportada para os EUA (Chaffee, 2017).

Percebe-se que, desde a sua génese, sempre existiu a perceção social da existência de pessoas coletivas com responsabilidade social. No entanto, como nota, bem, Eric Chaffee, seria um argumento manifestamente fraco pensar que não poderia ter existido uma evolução histórica divergente no período subsequente (Chaffee, 2017), e que, por

---

*Embora cada uma das nossas empresas, individualmente consideradas, tenha especificidades próprias no seu propósito, partilhamos um compromisso fundamental com todos os nossos stakeholders. Comprometemo-nos a:*

*(...)*

*- Investir nos nossos colaboradores. Isto passa por compensá-los de forma justa e proporcionar-lhes benefícios relevantes.*

*(...)*

*Cada um dos nossos stakeholders é essencial. Comprometemo-nos a proporcionar valor para todos, para o sucesso futuro das nossas empresas, das nossas comunidades e do nosso país.*

exemplo, o acórdão do Supremo Tribunal do Michigan, *Dodge v. Ford Motor Co.*<sup>5</sup>, não seria até evidência dessa mudança, na medida em que terá consolidado a ideia de que a principal obrigação dos administradores de empresas é a maximização dos lucros para os acionistas, relegando para um plano secundário outras responsabilidades sociais ou comunitárias, ainda que estas possam ser legítimas e relevantes. Tem, portanto, de se basear a análise na natureza/essência da noção, tal como é entendida atualmente.

Assim, à semelhança do defendido por Rui Moreira de Carvalho, baseado na definição de sustentabilidade corporativa de Dyllick e Hockerts<sup>6</sup>, pode entender-se *Corporate Social Responsibility* como o *fomento da gestão ambiental e social*, para além dos lucros, e ao mesmo nível destes, dentro do objetivo societário (Moreira de Carvalho, 2022). Ou seja, é um conceito que acaba por ser uma decorrência necessária da perspetiva nuclear da *Governance*, nos termos expostos *supra*.

Adicionalmente, outro elemento caracterizador deste conceito é facto de a *CSR* se concretizar através de ações voluntárias das empresas, orientadas para a salvaguarda de fatores ambientais e sociais, e que vão para além das obrigações impostas pelo quadro jurídico-normativo aplicável. Em termos práticos, e dando nota de que a concreta definição de *CSR* é, ainda hoje, alvo de intenso debate, acompanha-se nesta dissertação a definição proposta por Keith Davis, que se resume em: *A CSR começa onde a lei acaba* (Davis, 1973). As ações que se enquadram no mero *compliance* distinguem-se, por isso, das ações de *CSR*.

Existe, na verdade, uma relação simbiótica entre *Corporate Governance* e *Corporate Social Responsibility*, em que cada um destes conceitos reforça e sustenta o outro.

---

<sup>5</sup> (*Dodge v. Ford Motor Company*, 204 Mich. 459, 170 N.W. 668, 1919) – Este acórdão determinou, no ano de 1919, que a finalidade principal de uma empresa deve ser a maximização de lucros para os acionistas, ao invés da promoção de objetivos sociais ou benefícios para a comunidade. No caso, Henry Ford desejava reinvestir lucros para expandir a produção e melhorar as condições dos trabalhadores, mas os acionistas Dodge contestaram, exigindo maiores dividendos. O tribunal decidiu a favor dos acionistas, estabelecendo um precedente que influenciou a visão tradicional de responsabilidade empresarial focada no lucro.

<sup>6</sup> “a satisfação das necessidades das partes interessadas diretas e indiretas na empresa (como acionistas, colaboradores, clientes, grupos de pressão e comunidades), sem comprometer a sua capacidade de se satisfazer, também, as necessidades das futuras partes interessadas” (Dyllick & Hockerts, 2002)

A *Corporate Governance* assegura o alinhamento dos interesses dos vários stakeholders com os objetivos de longo prazo da empresa, criando uma estrutura que permite a integração dos princípios que presidem à *Corporate Social Responsibility* nos processos de decisão estratégica corporativa (Wang, Zhu, Zhang, Li, & Wu, 2020).

A transição para um paradigma de investimento orientado para a criação de valor a longo prazo enfatiza a conceção de que as empresas, na sua projeção futura, se constituem enquanto *stakeholders* de si próprias – Ao adotarem práticas de *Corporate Social Responsibility*, as empresas transcendem a mera maximização dos interesses financeiros de curto prazo dos acionistas, reconhecendo a necessidade de assegurar a sua própria sustentabilidade e continuidade no horizonte temporal mais alargado. Este compromisso de responsabilidade corporativa exige que as organizações integrem nos seus objetivos estratégicos os impactos sociais e ambientais, de modo a promover o bem-estar das comunidades e a preservação do ambiente, enquanto condições intrínsecas ao seu sucesso e legitimidade no mercado (Bidhan & Freeman, 2010).

Esta transformação exige, conseqüentemente, uma reestruturação dos modelos de governança e uma reforma na educação financeira, promovendo uma cultura de investimento e gestão que privilegie a criação de valor duradouro e um impacto positivo alargado, como elementos essenciais da própria sobrevivência e relevância das organizações no longo prazo (Schoenmaker & Schramade, 2019).

## 2) A CSR nos *Franchisings*

A categoria jurídica dos contratos de distribuição – na qual o *franchising* se inclui – estabelece a alocação de direitos e deveres entre as partes contratantes para alcançar os seus objetivos económicos e assegurar a ponderação de diversos interesses das partes. A atuação das empresas distribuidoras constitui, por isso, o produto de um *instrumento de harmonização de objectivos que se situa a meio caminho entre o mercado e a hierarquia* (Ferreira Pinto, 2013). Ou seja, o contrato estipulará – ainda que de forma irremediavelmente incompleta<sup>7</sup> – determinadas obrigações (de conteúdo positivo ou

---

<sup>7</sup> (...) a prévia especificação do comportamento contratual exigido ao distribuidor será sempre incompleta, fruto da impossibilidade de se antecipar, com um mínimo de rigor ou sem incorrer em

negativo) com o objetivo de que o alinhamento dos interesses das partes tenda para um *ponto ótimo*, no sentido económico do termo. Este alinhamento passará, necessariamente, ainda que em maior ou menor medida, pela preservação da identidade e prestígio da marca.

Embora a “preservação da identidade e prestígio da marca” envolva conceitos multifatoriais e casuisticamente definidos, pode servir como ponto de partida para analisar até que ponto as empresas integram políticas de CSR nesse conceito, avaliando o seu compromisso com temas como a saúde mental dos colaboradores.

Nesta dissertação, na esteira de Fernando Ferreira Pinto, uma vez que serão abordados aspetos essencialmente económicos, o termo *franchising* (e, por igualdade de razão, os termos *franquiador* e *franquiado*) será utilizado indistintamente para qualquer modalidade de contrato de distribuição que tenha por base esta alocação de direitos e deveres e permita a gestão completa de uma empresa, podendo incluir a transferência de bens intangíveis como o *know-how* e licenças de propriedade intelectual e industrial. Ficam abrangidas, portanto, *diversas modalidades jurídicas de contratos de distribuição, nomeadamente, a franquia propriamente dita, o contrato de concessão comercial e até formas negociais mais rudimentares, como a simples distribuição autorizada, sendo por isso legítima uma extrapolação das conclusões da literatura económica respeitante ao franchising (no sentido lato acima referido)* (Ferreira Pinto, 2013).

Num mundo com economias cada vez mais integradas, mas com enormes diferenças culturais e socioeconómicas, o *franchising* tem um papel que pode mesmo estender-se ao campo geopolítico, contribuindo não apenas para o desenvolvimento económico dos países do ‘Sul Global’, mas para um desenvolvimento humano holisticamente considerado, que abrange as componentes social, institucional e de infraestruturas. Existe, aliás, evidência de influência exercida por empresas franquizadas, em determinados países do ‘Sul Global’, com impacto efetivo em indicadores como o emprego feminino, a redução da mortalidade infantil, a redução da corrupção, a qualidade da legislação e a

---

*incomportáveis custos de transacção, todos os aspectos relevantes da conduta prestacional ou todos os eventos que, futuramente, podem influir no relacionamento entre as partes.* (Ferreira Pinto, 2013)

melhoria geral das infraestruturas essenciais (Lanchimba, Porras, Salazar, & Windsperger, 2024).

Tais conclusões indiciam que a influência do *franchising* em domínios tradicionalmente associados à CSR pode não se limitar às relações contruais entre empresas de países desenvolvidos e empresas do Sul Global, podendo existir também entre empresas apenas de países desenvolvidos, ainda que com alterações nos domínios de atuação, na medida da diferença das realidades socioeconómicas.

### 3) A Saúde Mental e o “Trabalho”

O trabalho, apesar de ter acompanhado a Humanidade desde os seus primórdios, foi sofrendo alterações significativas na sua leitura social e, bem assim, também o conceito de “trabalho”. Evoluiu de “castigo” ou necessidade para condição necessária ao desenvolvimento integral dos indivíduos, transformando-se num conceito multifacetado, sempre em desenvolvimento, sensível a elementos como o direito laboral aplicável, as características da “atividade”, o local da sua execução, as desigualdades de género, o rendimento por ela gerado (Rodrigues de Almeida, 2012), bem como os riscos para a saúde que o seu exercício pode envolver (saúde ocupacional). Adicionalmente com o eclodir da tecnologia e das novas formas de comunicação há ainda que considerar as implicações do trabalho digital, virtual e remoto, com nuances diferenciadas em relação aos elementos citados.

Não obstante, o núcleo essencial que o caracteriza é, simultaneamente, influenciado e influência da condição biopsicossocial dos trabalhadores, conclusão que é suportada pelo *WHOQOL-100*, instrumento desenvolvido pela OMS, ao longo dos anos 90 do século passado, para medir, de forma subjetiva – através de questionário com escala tipo Likert –, a Qualidade de Vida<sup>8</sup> dos indivíduos em diferentes contextos culturais e clínicos.

---

<sup>8</sup> A OMS define qualidade de vida como (...) *perceção dos indivíduos sobre a sua posição na vida no contexto dos sistemas da cultura e valor, nos quais vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações* (World Health Organization, s.d.).

Sem prejuízo de existirem outros questionários, também validados cientificamente, mais recentes, como o *SF-36* – igualmente destinado à população em geral –, ou outros destinados a populações específicas, com uma determinada doença, por exemplo, (Laviña, 2024), os domínios/variáveis que servem de base ao *WHOQOL-100* são, de um modo geral, comuns a todos, e funcionam como os “pilares” do conceito de Qualidade de Vida. São eles: a Saúde Física, a Saúde Mental/Psicológica, o Nível de Independência, as Relações Sociais, o Ambiente, e as Crenças e Valores Pessoais.

Mesmo realizando uma análise perfunctória dos sub-domínios que densificam cada um dos domínios referidos, é possível concluir que o “trabalho” – aqui entendido, simplificadamente, como a execução de uma atividade remunerada, de forma regular e estruturada – e tudo o que lhe está associado (tempo despendido, relações interpessoais, estatuto social, etc.), é passível de influenciar grande parte dos sub-domínios da Qualidade de Vida (Tsang & Chiu, 2000).

A capacidade para o trabalho (*work ability/capacity*) é um conceito que se determina através da interação dinâmica entre as condições de trabalho, as características próprias do trabalhador e o contexto social (Marqueze, Voltz, Borges, & Moreno, 2008), e que permite uma análise qualitativa da idoneidade do trabalhador às exigências específicas do trabalho e da organização à qual pertence (Costa, et al., 2005).

Partindo deste referencial teórico, foram vários os estudos no âmbito da psicologia organizacional que permitiram isolar, com maior rigor, determinadas características e situações que funcionam como determinantes no apuramento da capacidade de trabalho. Como conclui Hugo Rodrigues de Almeida, existem *dois modelos principais presentes na literatura [que] têm como objetivo conceptualizar a capacidade para o trabalho tendo em conta os fatores que a influenciam (positivo ou negativo), bem como as suas consequências a diferentes níveis*: o “Modelo Multidimensional da Capacidade para o Trabalho”<sup>9</sup> e o “Modelo Multidimensional da Capacidade para o Trabalho comportando

---

<sup>9</sup> Os fatores determinantes para aferir a capacidade para o Trabalho são três: o *coping* no trabalho, controlo do trabalho, e a participação na comunidade laboral.

recursos individuais, trabalho, família, comunidade e sociedade”<sup>10</sup>. Independentemente do modelo, no entanto, considera o Autor que a *saúde é considerada o fator que exerce maior impacto sobre a capacidade para o trabalho*, aqui aludindo quer à saúde física, quer à saúde mental (Rodrigues de Almeida, 2012).

Assim, abordar-se-á o pilar da Saúde Mental pela atualidade e importância do tema<sup>11</sup>, e pela forma como tem influenciado negativamente, cada vez mais, a economia global. Circunscrevendo ao domínio do ‘trabalho’, não só pela forma como os distúrbios na saúde mental dos trabalhadores influenciam a função executiva da sua atividade profissional (Rodrigues de Almeida, 2012) mas também porque se reconhece, desde logo, uma substancial vantagem, para os colaboradores, e para a própria empresa, a partir da implementação de medidas de CSR destinadas à Saúde Mental (Rugulies, 2023).

Identifica-se, desde logo, uma característica que pode obstaculizar à implementação destas medidas por parte dos órgãos executivos da empresa: o facto de as externalidades das concretas medidas implementadas pelas empresas no campo da Saúde Mental, serem, graças à sua própria natureza, apenas verificáveis no médio/longo prazo e, por isso, pouco atrativas para os órgãos de administração das sociedades, aquando do processo de tomada de decisão acerca de matérias que envolvam mudanças estruturais do funcionamento da empresa e/ou envolvam investimentos significativos. Estes órgãos tendem a ser resistentes a mudança de políticas de investimento cujo horizonte de retorno, ou de verificação das externalidades correspondentes, seja muito longo ou de muito difícil apuramento, pelo que o campo da Saúde Mental, pela sua maior complexidade e subjetividade de aferição – ainda que existam determinados indicadores que refletem a sua progressão ou agravamento –, bem como pelo facto de tal aferição se poder prolongar no tempo até existir uma avaliação concreta dos seus resultados, constitui uma desvantagem em relação a outras medidas de responsabilidade social – que poderão ter

---

<sup>10</sup> Este modelo baseia-se em mais fatores, correspondendo, resumidamente, ao equilíbrio entre categorias principais: Trabalho e Recursos Humanos. Estas categorias dividem-se, porém, em subcategorias hierarquicamente definidas, encontrando-se a saúde na base desta pirâmide.

<sup>11</sup> Em Portugal, por exemplo, o relatório “State of Health in the EU Portugal 2023” (European Commission, 2023), revela que *os níveis de ansiedade e depressão em Portugal estão entre os mais elevados da EU*.

externalidades menos difusas e de célere verificação e, por isso, serem preferíveis do ponto de vista dos gestores (Gryglewicz, Mayer, & Morellec, 2020).

Em contraponto a este desincentivo, medidas eficientes que visem a Saúde Mental dos colaboradores poderão contribuir para relevantes benefícios sociais. Esta vantagem decorre do elevado grau de correlação entre o “trabalho” – nos termos já explicitados – e alguns fatores que contribuem para determinadas doenças mentais dos colaboradores, destacando-se, neste âmbito, a depressão, as perturbações de ansiedade, e a adição a substâncias, além de problemas de saúde mental como o *burnout* (Rugulies, 2023). Ainda que, obviamente, a Saúde Mental de um indivíduo não dependa apenas do domínio profissional, verificam-se *outcomes* muito positivos na sequência de iniciativas empresariais de mitigação do risco e promotoras do *wellbeing* (Lu, Biaoan, & Yu, 2022) (Mcdaid & Park, 2011). Para além disso, existe evidência de uma relação causa-efeito entre a saúde precária dos trabalhadores e a baixa produtividade, o absenteísmo e a alta rotatividade de colaboradores, além de custos consideráveis para os sistemas de saúde. Por isso, o investimento em medidas de prevenção de doenças mentais e promoção do bem-estar pode gerar um retorno económico significativo (Mills, Kessler, Cooper, & Sullivan, 2007).

Releva, neste ensejo, fazermos a distinção entre três conceitos: doença mental, problema de saúde mental e *wellbeing*. Esta diferenciação é essencial para que as empresas possam definir estratégias adequadas e implementar medidas eficazes, considerando as diferenças entre as três componentes.

Com efeito, por doenças mentais entende-se condições clínicas diagnosticáveis – como depressão, ansiedade e esquizofrenia –, classificadas em manuais de referência como o DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Estas condições apresentam sintomas que comprometem a funcionalidade do indivíduo e requerem intervenções terapêuticas específicas. Por outro lado, os problemas de saúde mental abrangem um espectro mais amplo de condições, englobando distúrbios subclínicos e situações que não atendem aos critérios formais de diagnóstico, como é o caso do *burnout*. Embora possam não ser reconhecidos como doenças nos manuais clínicos, estes problemas podem necessitar de intervenção médica de modo a evitar uma progressão desfavorável (Rugulies, 2023).

O *wellbeing* mental, por sua vez, vai além da ausência de doença ou problema de saúde mental. Pode definir-se como o estado de saúde emocional, psicológico e social, em que os indivíduos conseguem lidar com os desafios quotidianos, criar relações significativas e encontrar propósito na vida. Ou seja, embora a saúde mental seja tradicionalmente perspetivada na ótica da doença, contribuir para o *wellbeing* mental exige uma abordagem holística na promoção da saúde e da qualidade de vida do trabalhador. Reconhecer esta diferença é, aliás, essencial para que as empresas possam desenhar estratégias mais eficazes que previnam a doença mental, reduzam recaídas e promovam a saúde mental (Thieme, Wallace, & Meyer, 2015).

A evidência demonstra, porém, que as medidas que vão sendo tomadas pelas empresas mais consciencializadas para o problema da saúde mental ainda se focam na vertente do tratamento das doenças psiquiátricas ou problemas mentais, dirigidas a determinados colaboradores, e não na vertente da prevenção da doença e promoção do *wellbeing* mental (Rugulies, 2023) – aquela que promove a resiliência, previne os custos do absentismo e presentéismo laboral para a empresa, e se reflete positivamente na performance/capacidade para o trabalho de cada colaborador, aumentado, por isso, a produtividade da empresa e de cada um daqueles, se individualmente considerado.

Por isso, ainda que as ações/medidas intra-empresariais correlacionadas com a vertente terapêutica da saúde mental (quando a doença ou problema já estão consumados) não sejam despiciendas, diversos *case-studies*<sup>12</sup>, tanto em países com economias maduras como em países com economias em crescimento, evidenciam maiores vantagens económico-sociais em atuar na vertente preventiva (não apenas do problema/doença mental, mas no sentido de estímulo ao *wellbeing* mental dos colaboradores).

#### 4) O Contexto

Por “contexto” entende-se o conjunto de fatores, extrínsecos à empresa, variáveis geográfica e culturalmente, e passíveis de influenciar processos decisórios corporativos

---

<sup>12</sup> (Lu, Biaoan, & Yu, 2022) – Estudo no mercado de um país em desenvolvimento, a China, onde fica patente a conclusão de que a saúde mental dos colaboradores melhora o desempenho no trabalho, sendo essa relação mediada pelo comportamento inovador e pelo envolvimento no trabalho.; (Mcdaid & Park, 2011) – Revisão Sistemática de estudos realizados em mercados de países desenvolvidos.

complexos e multifatoriais. Neste conceito, cabem fatores de ordem jurídica, económica, cultural ou mesmo religiosa.

O ordenamento jurídico-laboral é um dos elementos caracterizadores do contexto: a existência, ou não, de normas impositivas de determinada conduta, impacta de forma evidente o processo de decisão empresarial. Um exemplo prático do que aqui se menciona são as normas que densificam a maior ou menor estabilidade dos contratos de trabalho e de combate à precariedade: Existe hoje evidência de que a incerteza associada a vínculos laborais precários tem impactos muito negativos na Saúde Mental dos colaboradores (Kim & von dem Knesebeck, 2015). Assim, o ordenamento jurídico de alguns países antecipa e mitiga estes efeitos, ao estabelecer, por via legislativa, um conjunto de medidas destinadas a combater a precariedade laboral. Este tipo de legislação, contudo, diverge da de países que delimitam em termos menos rígidos a configuração do contrato de trabalho, permitindo uma maior margem de decisão por parte das empresas relativamente a esta matéria e, por conseguinte, uma maior relevância no papel atribuído à CSR nesse contexto.

Porém, e sem prejuízo da existência de diversos elementos contextuais de grande relevância, esta dissertação centra-se no sistema de saúde, procurando investigar se, e de que forma, este influencia as iniciativas de CSR adotadas pelas empresas no âmbito da saúde mental dos seus colaboradores. Dada a complexidade e a potencial subtileza desta relação, proceder-se-á a uma descrição geral do sistema de saúde, por forma a indagar em que medida determinadas características podem moldar ou incentivar tais iniciativas empresariais.

### **Estrutura dos Sistemas de Saúde**

Para melhor ilustrar o modo como este fator impacta a proatividade empresarial, seguiremos, *infra*, uma abordagem teórico-prática, cuja execução depende da compreensão dos sistemas de saúde de Portugal e dos Estados Unidos da América (EUA)<sup>13</sup>. Através do confronto entre um modelo de sistema misto (com características do

---

<sup>13</sup> A exposição sumária do funcionamento e financiamento dos sistemas de saúde português e norte-americano centrar-se-á nos aspetos que poderão, direta ou indiretamente, correlacionar-se com o objeto da

modelo Beveridge<sup>14</sup> e do modelo Bismarck<sup>15</sup>), como é o português, e um sistema substancialmente diferente, como é o norte-americano, elucidaremos quais são as principais diferenças entre ambos, do ponto de vista da interação entre os respetivos elementos e dos fluxos financeiros que entre estes se estabelecem.

Este confronto possibilitará uma análise comparativa entre **a)** um sistema de saúde cuja componente mista permitirá avaliar de que forma as empresas tiram partido desta dualidade – sem sair do mesmo contexto socioeconómico e cultural –, e **b)** um sistema que se distingue de ambos os modelos clássicos, sendo predominantemente privado e sem cobertura universal. Este último, contudo, de um país reconhecido pela maturidade das suas abordagens à CSR na literatura jurídico-económica.

#### a. Sistema de Saúde norte-americano

Muito diferente tanto do sistema português como dos sistemas dos países europeus (que, em geral, seguem modelos do tipo Beveridge, Bismarck ou misto, ainda que com especificidades próprias), o sistema de saúde norte-americano apresenta como principais características a ausência de cobertura universal ou tendencialmente universal e o elevado número de intervenientes privados na arquitetura global do sistema, o que origina um sistema de saúde complexo, com uma acentuada fragmentação jurídico-normativa, que deixa à autonomia privada uma ampla margem na configuração de alguns aspetos essenciais.

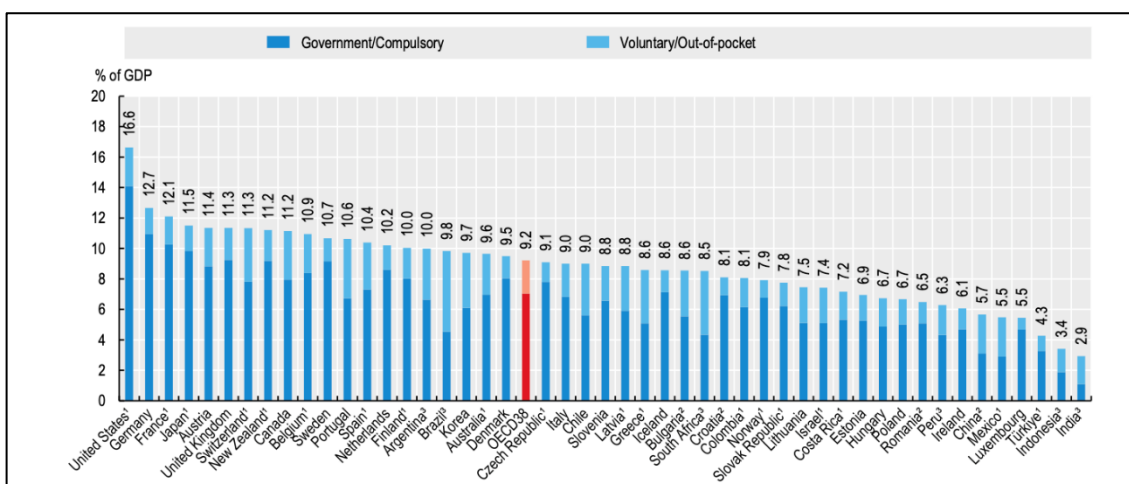
---

dissertação, não se pretendendo estabelecer qualquer juízo genérico de maior ou menor eficiência, ou qualquer outro, entre ambos os sistemas de saúde.

<sup>14</sup> Os sistemas de saúde do modelo Beveridge caracterizam-se pela cobertura universal, pelo financiamento e controlo totalmente públicos e por um modelo de gestão pública centralizada. Para um maior desenvolvimento do enquadramento tipológico e evolução histórica do sistema de saúde português: Branco, R. (2017). *Entre Bismarck e Beveridge. Análise Social, Volume 52, Issue 224, 2017, Pages 534-558.*

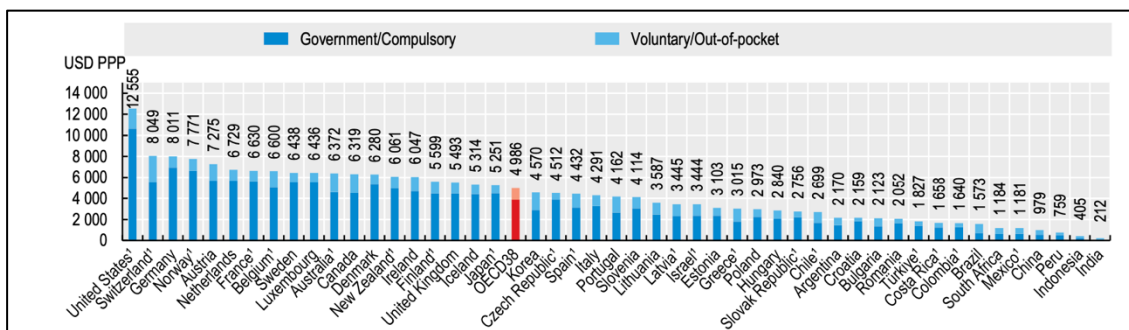
<sup>15</sup> Os sistemas de saúde do modelo Bismarck caracterizam-se por serem financiados predominantemente através de contribuições obrigatórias para seguros sociais de saúde, geralmente geridos por entidades independentes, e por assegurarem a cobertura universal através da participação tanto de empregadores quanto de colaboradores, mantendo uma forte ligação entre o emprego e o acesso aos cuidados de saúde.

De acordo com dados<sup>16</sup> da OCDE, referentes ao ano de 2022, os EUA foram, com acentuada discrepância, o país-membro dessa organização em que se verificaram maiores gastos em saúde, seja porque, comparando com os restantes, os seus gastos equivalem a uma maior percentagem do próprio PIB [Fig. 1], seja porque a contabilização dos gastos *per capita* é a mais elevada de entre os países em análise [Fig. 2].



**Figura 1 – Despesa em saúde por percentagem do PIB**

Fonte: OECD (2023), *Health expenditure in relation to GDP, in Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing.



**Figura 2 – Despesa em saúde per capita, em dólares americanos**

Fonte: OECD (2023), *Health expenditure per capita, in Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing.

Ainda assim, esse excesso de despesa não se reflete em melhores indicadores da saúde da sua população<sup>17</sup>, nem mesmo na redução das alarmantes desigualdades de saúde

<sup>16</sup> (OECD, 2023)

<sup>17</sup> Conforme deduzimos a partir da análise de alguns indicadores-chave, como a elevada prevalência da Diabetes tipos I e II, e das taxas de mortalidade relativas a causas evitáveis (preveníveis ou tratáveis) –

dentro de diferentes grupos e subgrupos populacionais<sup>18</sup>. Foi a constatação dos mesmos factos, associada à [contraintuitiva] desproporcionalidade nos gastos com cuidados de saúde, que conduziu a que Enthoven e Kronick, já no ano de 1989, definissem o sistema de saúde americano como um *paradoxo de excesso e privação* (Enthoven & Kronick, 1989) – asserção que permanece adequada nos dias de hoje.

Importa também referir que um dos corolários da fragmentação jurídica neste setor, bem como da importância dada à autonomia privada, é a inexistência de um sistema de saúde que garanta a cobertura mínima de todos os cidadãos norte-americanos. Historicamente, as [cirúrgicas] intervenções legislativas e executivas do Estado neste âmbito destinam-se a colmatar situações muito concretas, consideradas inadmissíveis do ponto de vista social, e que o mercado não consegue resolver *per se* (Fox & Kongstvedt, 2013).

Uma abordagem para a compreensão do sistema de saúde norte-americano pode passar pela descrição dos quatro tipos básicos de financiamento deste sistema (Bodenheimer & Grumbach, Chapter 2: Paying for Health Care, 2023), permitindo uma análise mais estruturada das suas dinâmicas e peculiaridades:

- a) *out-of-pocket*;
- b) seguro de saúde individual;
- c) seguro de saúde (de grupo) financiado pela entidade empregadora, e
- d) planos públicos de saúde (*Medicare* e *Medicaid*).

---

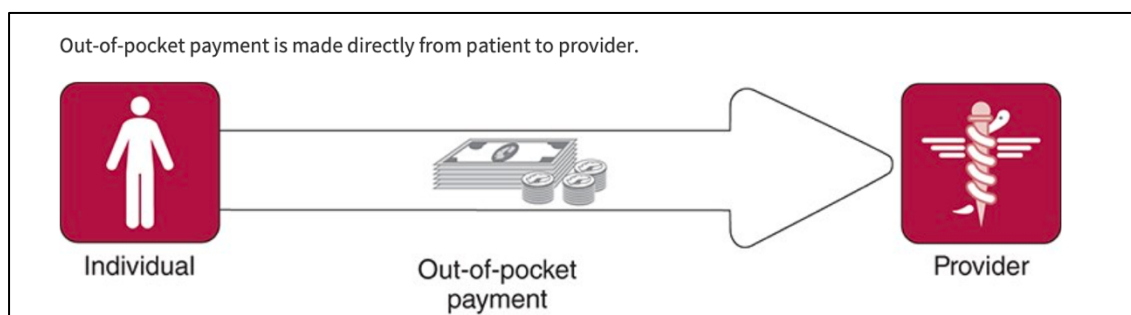
situando-se os EUA acima da taxa média da OCDE.

(OECD (2023), “*Avoidable mortality (preventable and treatable)*” and “*Chronic conditions*”, in *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing)

<sup>18</sup> Estas desigualdades muitas vezes derivam dos mesmos fatores que na generalidade dos ‘países comparáveis’ são considerados meras disparidades, tendo em conta que, nestes, a diferença estatística entre os grupos em estudo não é acentuada, indiciando a tomada de medidas de mitigação dessa diferença no direito a cuidados de saúde. Um exemplo do que aqui está em causa é a geo-localização dos grupos populacionais, nomeadamente o impacto na prestação de cuidados de saúde do fator “residência em área urbana” ou “rural”, tendo-se verificado uma dissemelhança muito acentuada do impacto deste fator de disparidade entre os EUA e os demais países, sinalizando problemas estruturais mais profundos. (MacKinnon, et al., 2023)

### Out-of-pocket

O pagamento *out-of-pocket*, no qual os utentes assumem individualmente os custos dos cuidados de saúde prestados, traduz a essência de um sistema onde as leis de mercado predominam. Este modelo reflete uma lógica económica que valoriza a oferta e a procura como forças motrizes, tratando a saúde como um bem transacionável, sujeito às mesmas dinâmicas que regulam outros setores de consumo.



**Figura 3 – Representação esquemática do tipo de financiamento *out-of-pocket***

Fonte: Thomas Bodenheimer, Kevin Grumbach: *Understanding Health Policy: A Clinical Approach*, 8e

Tal abordagem, a única até início do século XX, baseada na capacidade individual de pagamento, foi progressivamente desafiada por pressões sociais, políticas e económicas, que exigiram a intervenção de novos atores – por meio da iniciativa privada ou promovidas pelo Estado – e soluções para mitigar as externalidades de um modelo puramente mercantilista.

### Seguro de saúde individual

O sistema de saúde norte-americano sofreu, no início do século passado, uma transformação gradual e descentralizada que teve, como principais vetores, a intervenção na economia por parte do Estado Federal no final da II Guerra Mundial e o desenvolvimento de ‘planos pré-pagos’ de saúde para determinadas classes profissionais (os precursores dos atuais seguros de saúde) (Fox & Kongstvedt, 2013).

O sistema pode, atualmente, definir-se como um modelo de *Managed Care*. Este modelo, que começou a desenvolver-se somente na década de 70 do século passado, consubstancia um método de operacionalização da prestação de cuidados médicos que envolve uma entidade privada no papel de intermediária entre o utente e o prestador –

privado – dos cuidados de saúde: as Managed Care Organizations (MCO's)<sup>19</sup>. Este tipo de entidade distingue-se de uma comum companhia de seguros porque acumula<sup>20</sup> esta atividade financeira com a da gestão e coordenação de uma rede de prestadores à qual os utentes devem recorrer de acordo com o tipo de plano de saúde adquirido.

Estas organizações atuam, portanto, em duas áreas distintas, ambas fulcrais para o funcionamento do sistema de saúde: a gestão/coordenação operacional e o financiamento do próprio sistema. Especificamente no âmbito das funções de gestão, cabe-lhes definir e manter em constante atualização a rede de prestadores com os quais estabelecem contratos ou acordos comerciais, bem como estabelecer as vantagens e condições concretas de utilização dos diversos planos de saúde disponíveis para subscrição pelo utente (Glied, 2000).

O propósito de tal gestão é a redução dos custos – através do maior poder negocial de que dispõem, de exigências de autorização prévia para determinados atos médicos, de diferentes mecanismos de remuneração dos prestadores, da não cobertura de determinados atos médicos, entre outras estratégias de otimização – e a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde através de uma avaliação rigorosa dos serviços prestados dentro da rede gerida, utilizando critérios de qualidade clínica e económico-financeiros. Estas funções são essenciais para a mitigação das externalidades financeiras negativas decorrentes da natureza fragmentada e descentralizada do sistema.

Relativamente ao papel que desempenham no método de financiamento do sistema, as MCO's estabelecem contratos de seguro com os utentes (ou com outras entidades),

---

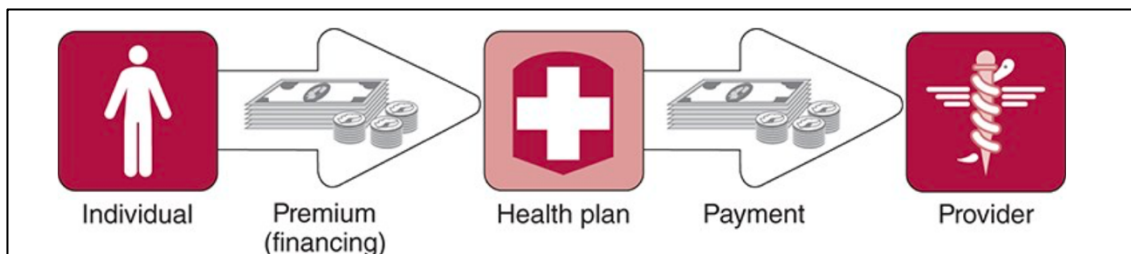
<sup>19</sup> As duas maiores empresas dedicadas ao papel de MCO's, nos Estados Unidos, a *UnitedHealth Group* e a *Elevance Health*, detinham, em conjunto, mais de 26% da quota de mercado de seguros de saúde no final de 2023, segundo dados da American Medical Association (AMA).

American Medical Association. (2023). *AMA identifies market leaders in health insurance*.

Disponível em <https://www.ama-assn.org/press-center/press-releases/ama-identifies-market-leaders-health-insurance>

<sup>20</sup> Há casos em que apenas desempenham as funções de gestão e operacionalização, e não a de financiamento (seguro de saúde): por exemplo, quando administram os programas *Medicaid* de cada Estado, na sequência de contrato com o respetivo Estado, dentro dos limites da lei federal, nomeadamente *title 42 C.F.R. §438.200 et seq.*

com base nos planos de saúde por si desenvolvidos e que, por norma, se agrupam em ‘tipos’ de plano, consoante determinadas características comuns relativas à estruturação do acesso aos cuidados médicos e à cobertura desses cuidados.



**Figura 4 – Representação esquemática do seguro de saúde individual**

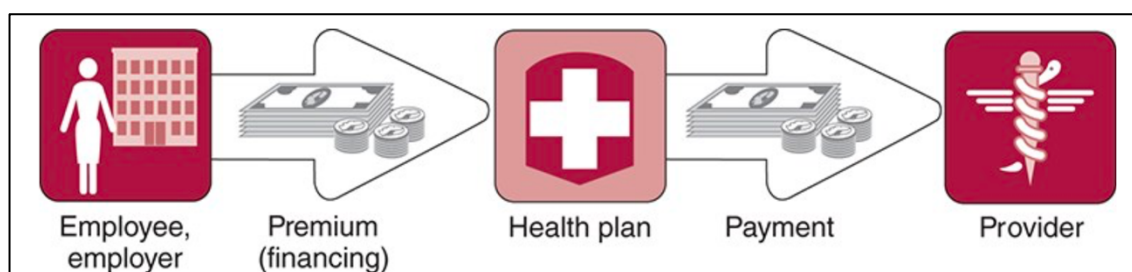
Fonte: Thomas Bodenheimer, Kevin Grumbach: *Understanding Health Policy: A Clinical Approach*, 8e

A existência de um intermediário com atribuições quer no financiamento quer na gestão e regulamentação do acesso aos cuidados, permite, teoricamente, facilitar o acesso a cuidados médicos de qualidade e uma maior previsibilidade financeira para o utente – através de contratos pré-negociados. Possibilita também, como em qualquer contrato de seguro, a distribuição do risco, através da diluição dos custos dos cuidados de saúde de um indivíduo entre os segurados no plano, ainda que esta ‘distribuição’ possa assumir diversas formas consoante a “arquitetura jurídico-financeira” do contrato de seguro – prémio, franquia, copagamentos e cobertura (Forsberg, Rosso, & Fernandez, 2023).

Este modelo permite também a existência de um incentivo económico para atuação na vertente preventiva. Este incentivo reside na redução dos custos operacionais através do investimento na prevenção, uma vez que desta resulta uma diminuição das doenças graves e das hospitalizações, que têm um custo substancialmente mais elevado. Ou seja, independentemente do modelo de distribuição – entre MCO e contratante (o próprio beneficiário, no caso de seguro individual) – do risco financeiro do contrato, é financeiramente vantajoso, em algumas situações, evitar intervenções médicas dispendiosas, apostando na medicina preventiva (Bodenheimer & Grumbach, Chapter 11: Prevention of Illness, 2023).

### Seguro de saúde (de grupo) financiado pela entidade empregadora

Aplicando-se, em geral, as considerações feitas acerca dos seguros individuais, nos seguros de grupo a entidade contratante é uma empresa e já não o próprio beneficiário. Através da subscrição de um seguro de grupo para os seus trabalhadores, a entidade empregadora garante o financiamento (ou cofinanciamento) dos cuidados de saúde do colaborador (ou, pelo menos, dos serviços médicos que estão cobertos pelo respetivo plano de saúde), ao realizar o pagamento (ou copagamento) do prémio de seguro, previamente acordado com a MCO. Como este pagamento não é legalmente considerado como parte dos rendimentos do trabalhador, o Estado não o tributa como tal, o que constitui um subsídio indireto do Estado a este tipo de seguro, beneficiando empresas e trabalhadores.



*Figura 5 – Representação esquemática do seguro de saúde financiado pela entidade empregadora*  
Fonte: Thomas Bodenheimer, Kevin Grumbach: *Understanding Health Policy: A Clinical Approach*, 8e

Este tipo de seguro surgiu como um fator de diferenciação entre empresas, que competiam para atrair trabalhadores, num contexto de pós-guerra com falta de mão-de-obra. Atualmente, embora este razão, ainda que com nuances, se possa manter, o motivo principal que sustenta a existência deste tipo de seguro é de natureza diferente: Como consequência das alterações legislativas das quais o *Affordable Care Act* (ACA) – vulgarmente conhecido como *Obamacare* –, introduzido em 2010, foi precursor, as empresas com 50 ou mais trabalhadores são legalmente obrigadas a fornecer este tipo de seguro aos seus colaboradores (*Employer Mandate*). O mesmo ato legislativo definiu também, a nível federal, os limites mínimos de cobertura, os patamares mínimos da *supra* designada “arquitetura jurídico-financeira” do contrato de seguro, entre outras normas destinadas a promover uma maior cobertura populacional e a regular a atuação das entidades empregadoras e das MCO’s (Bodenheimer & Grumbach, Chapter 2: Paying for Health Care, 2023).

Com efeito, de acordo com estatísticas fornecidas pelo Departamento de Censos dos EUA, relativos ao ano de 2023, a percentagem de população com algum tipo de cobertura (seguro privado (individual ou de grupo) ou programa público) é de 92% da população total dos EUA e distribui-se por cada um desses tipos da seguinte forma [Fig. 6]:

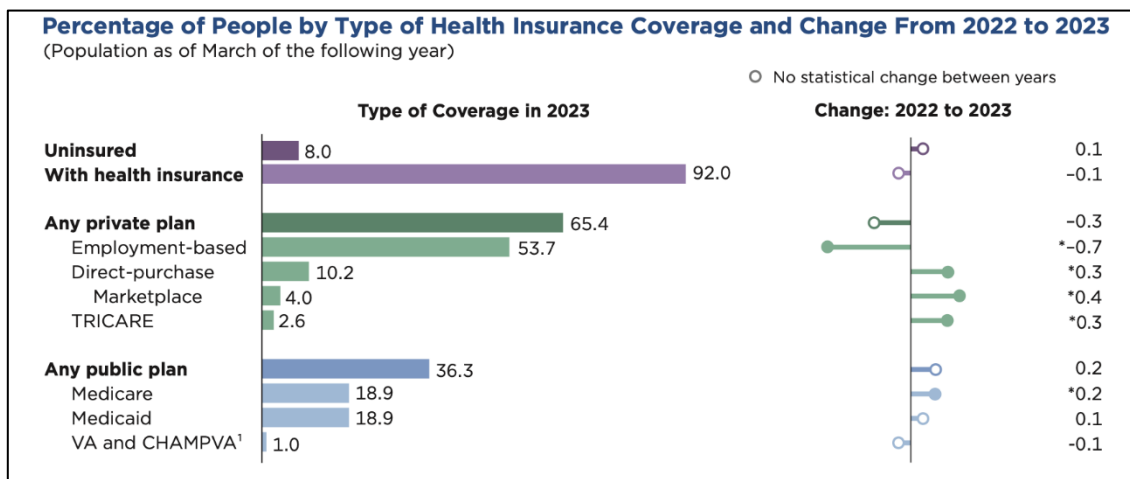
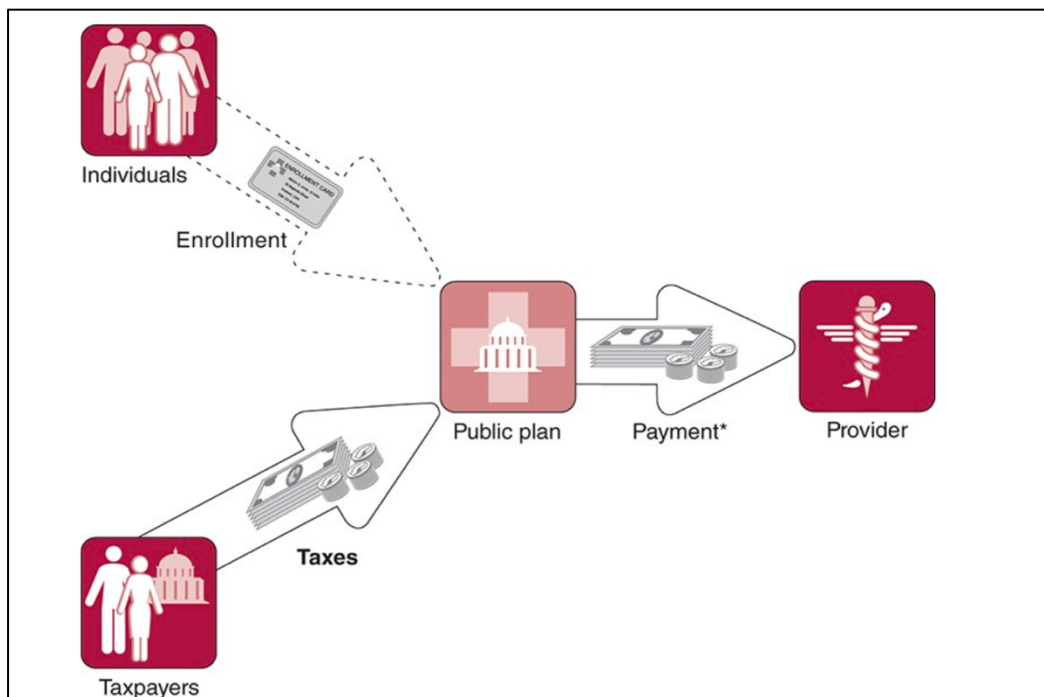


Figura 6 – Distribuição populacional (EUA) por tipo de cobertura de seguro de saúde e variação 2022-2023  
 Fonte: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2023 and 2024 Annual Social and Economic Supplements.

Com base nestes dados, é evidente a relevância que os seguros de saúde (co)financiados pelo empregador têm no sistema de saúde norte-americano, ao cobrirem 52% dos 92% de cidadãos americanos cobertos por qualquer tipo de plano de saúde. Este facto sublinha o papel crucial das empresas na promoção da saúde dos norte-americanos, de uma forma geral.

### Planos públicos de saúde (*Medicare* e *Medicaid*)

Por último, não obstante os apoios do Estado aos planos de saúde privados, quer diretos (*tax credits* para seguros individuais, em determinadas situações), quer indiretos (a já mencionada abstenção da tributação do prémio do seguro de grupo pago pelo empregador), é nos planos de saúde publicamente financiados que está a face mais visível da intervenção estatal. A criação deste tipo de planos foi uma consequência do rápido crescimento dos planos privados financiados pelos empregadores e da consequente marginalização de dois principais grupos populacionais: os pobres – muitas vezes desempregados ou trabalhadores de empresas que não financiavam o seguro de saúde – e os idosos.



**Figura 7 – Representação esquemática dos planos públicos de saúde**  
 Fonte: Thomas Bodenheimer, Kevin Grumbach: *Understanding Health Policy: A Clinical Approach*, 8e

Foram criados, por isso, dois planos públicos, financiados, quase na totalidade, pelo Estado (através de sistemas de segurança social e de receitas federais e estaduais): o *Medicaid*, destinado a indivíduos com rendimentos anuais baixos (por referência ao *Federal Poverty Level*), e o *Medicare*, destinado à população idosa. Estes planos partem de um duplo raciocínio distributivo: à semelhança dos seguros de saúde privados há uma redistribuição geral de fundos dos beneficiários que requerem menos cuidados para os que requerem mais cuidados, mas aqui existe, complementarmente, uma redistribuição de fundos dos beneficiários com maior rendimento para os de menor rendimento (Bodenheimer & Grumbach, Chapter 2: Paying for Health Care, 2023)

#### b. Sistema de Saúde português

O ordenamento jurídico-constitucional português configura, no artigo 64.º da CRP, o direito à proteção da saúde como um direito fundamental. Esta norma da Lei Fundamental impõe a garantia de acesso, a cada indivíduo, a um serviço de saúde universal, geral, e tendencialmente gratuito, tanto na vertente preventiva como nas vertentes curativas e de reabilitação.

Através desta norma constitucional, fica bem patente a forte inspiração Beveridgiana que esteve na origem do sistema de saúde português atual apesar do seu cariz Bismarkiano pré-1974. Os últimos anos têm solidificado os seus traços Bismarckianos, verificando-se, de acordo com um relatório<sup>21</sup> de dezembro de 2022, que *em duas décadas, o número de apólices de seguros de saúde privados e o peso dos mesmos no financiamento da despesa em saúde cresceu consideravelmente, mais do que duplicando o valor inicial de 2000* (Pita Barros & Costa, 2022). De acordo com o jornal ECO<sup>22</sup>, são mais de 3,7 milhões os portugueses que, em janeiro de 2024, teriam um seguro de saúde e existiria, já em 2021, um grande número de empresas a atribuir planos de saúde privados aos colaboradores.

Contudo, conforme destacam os autores do relatório supramencionado, *mesmo após este crescimento relativo substancial, os fundos movimentados pelos seguros de saúde privados não chegam a 4% da despesa total em cuidados de saúde (em 2020) (...) De uma forma simples, são muitos contratos mas cobrem quantitativamente pouco, em média. O relatório chega, portanto, à conclusão de que as companhias que oferecem seguro de saúde privado não aproveitaram a falta de cobertura financeira de muitas despesas em cuidados de saúde para expandir a sua atividade. Os seguros de saúde privados não assumiram um espaço disponível em termos de complementaridade ou de serem suplementares ao SNS, com a possibilidade de reduzirem por essa via, de uma forma visível, a exposição das Famílias residentes em Portugal a despesa em cuidados de saúde no momento de necessidade e utilização de cuidados de saúde.*

---

<sup>21</sup> Relatório desenvolvido no âmbito da *Iniciativa para a Equidade Social*, uma parceria entre a *Fundação “la Caixa”*, o *BPI* e a *Nova SBE*.

<sup>22</sup>(2024, janeiro 11). *Conheça as 8 empresas que fazem os seguros de saúde funcionar*. ECO. <https://eco.sapo.pt/2024/01/11/conheca-as-8-empresas-que-fazem-os-seguros-de-saude-funcionar/>

(2021, setembro 15). *Benefícios: nove de cada 10 empresas portuguesas atribui plano de saúde aos trabalhadores*. ECO. <https://eco.sapo.pt/2021/09/15/beneficios-nove-de-cada-10-empresas-portuguesas-atribui-plano-de-saude-aos-trabalhadores/>

Por este motivo, o sistema de saúde português é um sistema de saúde formalmente misto, ainda que predominantemente Beveridgiano (Fernandes & Nunes, 2016), uma vez que o financiamento é maioritariamente público [Fig. 8], mas com traços híbridos, graças a um setor privado e social cada vez mais relevante<sup>23</sup> e à crescente tendência para a subscrição de seguros de saúde privados por parte dos indivíduos e empregadores.

	2000	2005	2010	2015	2020
Serviço Nacional de Saúde/ Serviços Regionais de Saúde (Açores e Madeira)	58,62%	57,53%	59,47%	57,27%	56,36%
Subsistemas de saúde públicos	6,27%	7,89%	4,14%	3,74%	3,06%
Outros mecanismos públicos de proteção	4,73%	5,10%	5,17%	3,93%	4,97%
Segurança Social pública	0,85%	0,76%	0,99%	1,24%	2,41%
Seguros de saúde privados	1,49%	2,22%	2,99%	3,71%	3,58%
Subsistemas de saúde privados	2,15%	2,37%	1,73%	1,49%	0,94%
Famílias	24,98%	23,31%	24,56%	27,73%	27,80%
Outros mecanismos privados	0,91%	0,83%	0,95%	0,91%	0,88%

*Fonte: elaborada a partir da Conta Satélite da Saúde, Instituto Nacional de Estatística, vários anos.*

**Figura 8 - Distribuição da despesa corrente em saúde (PT) por fonte de financiamento (%; 2000 – 2020)**  
 Fonte: Relatório “Seguros de saúde privados no sistema de saúde português: mitos e factos”

Em termos jurídicos, dois normativos constituem as principais bases para a efetivação do sistema: a Lei de Bases da Saúde, aprovada pelo Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, e o Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

O primeiro diploma densifica os intentos do legislador constitucional e define as opções político-legislativas que arquitetam em termos gerais o sistema de saúde português, salvaguardando a proteção da saúde enquanto incumbência na esfera do Estado e que é realizada, primeiramente, através do Serviço Nacional de Saúde e de outros serviços públicos, mas garantindo, em simultâneo, a coexistência de instituições e serviços de saúde privados e do setor social, que atuam paralelamente e/ou supletivamente em relação ao SNS.

O Estatuto do SNS, por sua vez, define o quadro regulamentar aplicável ao funcionamento, organização e financiamento do SNS, enquanto principal prestador de

<sup>23</sup> O setor privado da saúde, segundo estatísticas do Banco de Portugal, apresenta, desde 2007, uma taxa de variação anual positiva do volume de negócios – à exceção do ano de 2020, devido à pandemia COVID-19 (Banco de Portugal, 2024).

cuidados de saúde, financiado e administrado diretamente pelo Estado. Graças à centralidade do SNS na estrutura do sistema de saúde português – e ainda que coexistam os mencionados prestadores privados e sociais, cujos serviços estão sujeitos a requisitos de qualidade e segurança verificados por entidade administrativa independente<sup>24</sup> –, reveste particular importância a compreensão de alguns dos aspetos que o estruturam.

Relativamente ao financiamento do SNS, e como consta do artigo 22.º do seu Estatuto, este é maioritariamente assegurado por verbas provenientes do Orçamento do Estado, ainda que existam outras fontes minoritárias como o pagamento das taxas moderadoras pelos utentes e os pagamentos devidos pelos subsistemas e seguros privados, entre outras menos relevantes (Nunes, 2020).

Tendo em conta o papel do SNS no cerne deste sistema, poder-se-ia pensar que a influência da arquitetura legal do mesmo tornaria irrelevante qualquer iniciativa empresarial destinada à cobertura no acesso a cuidados, dado que o financiamento público integral cobriria todas as funções atribuídas a um sistema de saúde (desde a prevenção ao tratamento), deixando pouca margem para intervenções que possam constituir mais-valia para os seus destinatários.

Na prática, contudo, não é necessariamente assim, uma vez que existem algumas condicionantes no acesso universal a estes cuidados de saúde, consequência de um desajuste entre a procura e a oferta num sistema em que o preço não poderá ser um mecanismo de ajuste para esse desequilíbrio económico. São estas condicionantes que – a par de eventuais fatores de variação casuística, atinentes ao serviço médico em si mesmo – ajudam a justificar, do ponto de vista económico, o recurso voluntário a cuidados de saúde prestados por privados, que, como vimos, não são – salvo casos específicos, como os das parcerias público-privadas –, financiados pelo Estado.

Referimo-nos, principalmente, às taxas moderadoras e às listas de espera. As primeiras, apesar de terem o objetivo de promover o uso eficiente dos serviços de saúde e responsabilizar os utentes através da sua participação nos custos, prevenindo “abusos”

---

<sup>24</sup> Entidade Reguladora da Saúde (ERS), criada pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto. Para maiores desenvolvimentos sobre o papel desta entidade na regulação das alternativas públicas e privadas, vide Nunes, R. (2014). *Regulação da Saúde (3.ª edição)*, págs. 117-263. Porto: Vida Económica.

na utilização de cuidados de saúde, limitam, em certa medida, por definição, o acesso aos mesmos, em termos análogos ao conceito económico de preço. De acordo com o próprio preâmbulo do Decreto-Lei n.º 113/2011 de 29 de Novembro, que estabelece o regime destas “taxas”, as mesmas são fixadas no mínimo indispensável para atingir o referido objetivo de “gestão da escassez”, e são aplicáveis apenas em casos específicos.

Assim, sem nos referirmos especificamente ao caso português, mas focando-nos, somente, no conceito e objetivo económico, a determinação exata da taxa moderadora depende da configuração que em concreto se faz da “gestão da escassez” – que é, no fundo, uma opção político-legislativa<sup>25</sup> – ou seja, como se gere a falta de capacidade de resposta do sistema decorrente do desequilíbrio entre procura e oferta. Portanto, nos sistemas de saúde que dispõem de semelhante instrumento, a intensidade da limitação de acesso ao serviço público de saúde está, nesta medida, abstratamente condicionada por tal fator.

A outra das condicionantes mencionadas, as listas de espera, funciona como válvula de escape, natural e inevitável, num sistema em que, tal como o português, não existe equilíbrio da oferta e da procura através do preço. Ou seja, as verbas públicas que financiam o sistema limitam, *a priori*, a oferta máxima possível, e, não existindo condicionantes do lado da procura (as taxas moderadoras têm, normalmente, pouca relevância prática), o único mecanismo de racionamento da procura é, por defeito, a inserção do utente numa lista de espera, condicionando a prestação dos cuidados de saúde a uma disponibilidade futura e relativamente incerta.

As listas de espera, ao contrário das taxas moderadoras, não são uma condicionante que dependa diretamente da vontade política e da normatividade jurídica. Pelo contrário, materializam a consequência económica decorrente do desequilíbrio entre objetivos/desígnios político-ideológicos e a escassez de recursos. Por isso, ainda que o

---

<sup>25</sup> No caso português, a margem do legislador para a definição dos moldes e intensidade dessa “gestão de escassez” está, como referido, limitada pela garantia do direito fundamental ao acesso a cuidados de saúde, sob pena de inconstitucionalidade, o que deixa pouca margem para intervenção legislativa na matéria.

acesso seja formalmente universal, não o é pragmaticamente, especialmente em determinadas áreas médico-cirúrgicas<sup>26</sup>.

O corolário económico desta conclusão é o aumento da procura pelo setor privado de prestação de cuidados de saúde para colmatar esta e outras falhas do SNS. Os cuidados prestados por privados, contudo, apenas supletivamente e em determinadas situações são financiados pelo Estado, pelo que o financiamento destes cuidados estará a cargo dos próprios utentes (famílias), através de um financiamento out-of-pocket – nos termos definidos para o sistema de saúde norte-americano – (como consta da *Figura 8*, os que suportam a maioria dos custos em saúde privada), e de outras entidades privadas ou, pelo menos, independentes da administração direta do Estado (seguros de saúde, subsistemas de saúde, entre outros).

---

<sup>26</sup> De acordo com os dados disponibilizados pela ERS relativos aos Tempos de Espera no SNS no 2.º semestre de 2023. (Entidade Reguladora da Saúde, 2024)

### III – Abordagem

Tendo como referencial teórico o enquadramento exposto, seguir-se-á uma abordagem qualitativa, descritiva e comparativa. Para tal, será realizado um estudo de caso múltiplo, comparando o modo de atuação de três empresas, não com o objetivo de generalizar os resultados desta análise empírica, mas com o de explorar relações e tendências.

A seleção das empresas a serem analisadas nesta dissertação seguiu uma lógica de amostragem intencional e não probabilística, característica de estudos qualitativos exploratórios. O objetivo principal foi garantir a diversidade de contextos operacionais e institucionais que pudessem refletir as diferenças nos sistemas de saúde e nas estratégias de CSR no campo da saúde mental. Assim, foram escolhidas três empresas representativas de diferentes realidades socioeconómicas e culturais (“contextos”):

- i. uma empresa norte-americana a operar nos Estados Unidos da América;
- ii. uma franqueada da empresa norte-americana a operar em Portugal e
- iii. uma empresa portuguesa a operar em Portugal.

A inclusão de uma empresa com sede nos EUA e outra com sede em Portugal justifica-se pela acentuada diferença nos respetivos sistemas de saúde, onde as responsabilidades atribuídas às empresas em matéria de saúde mental podem ser distintas. Por outro lado, a inclusão de uma franquia da empresa americana a operar em Portugal permite examinar as dinâmicas de transferência de práticas de CSR entre a empresa franqueadora e a franqueada, possibilitando a análise da RQ3: até que ponto as práticas de CSR desenvolvidas pelo franqueador influenciam as franqueadas sediadas noutra território.

A seleção das empresas não seguiu critérios de aleatoriedade, mas antes um critério de relevância estratégica e acessibilidade de dados. O objetivo foi garantir que as empresas escolhidas tivessem um histórico documentado de práticas de CSR relacionadas com a saúde mental, de modo a viabilizar a análise comparativa com base em fontes publicamente acessíveis.

Embora o método de seleção não permita a generalização dos resultados, ele é coerente com o objetivo exploratório e descritivo da dissertação. A inclusão de empresas multinacionais do mesmo setor de atividade (ou constituintes de grupos empresariais multinacionais) permite observar os impactos de fatores como a estrutura dos sistemas de

saúde e a relação entre franqueador e franqueados, tal como proposto nas *Research Questions*. Esta abordagem permite uma análise contextualizada e detalhada, compatível com a lógica dos estudos de caso múltiplos, reforçando a validade científica desta dissertação.

Assim, foram selecionados diversos critérios de comparação, com base na sua relevância para as *Research Questions* (**RQ1**, **RQ2** e **RQ3**), para permitir uma análise crítica e comparativa dos impactos financeiros, a influência dos sistemas de saúde e de eventuais práticas transferidas do franqueador para os franqueados. Esta análise empírica sistematiza-se na *tabela 1*:

**Tabela 1 – Critérios de comparação e justificação da sua relevância.**

Fonte: Autor

Critério de Comparação	Empresa Americana (EUA)	Franquia da Empresa Americana (Portugal)	Empresa Portuguesa (Portugal)	Relevância do Critério de Comparação para as RQ's
Práticas CSR de Promoção e Prevenção da Saúde Mental dos Colaboradores				<b>RQ1 e RQ2:</b> Examina as práticas concretas de CSR em saúde mental e as variações geográficas.
Adaptação ao Sistema de Saúde Local				<b>RQ2:</b> Avalia em que medida o sistema de saúde influencia as práticas de CSR de cada empresa.
Definição e Gestão das Políticas de CSR				<b>RQ1 e RQ3:</b> Avalia a autonomia e a influência da franqueadora na

				definição e gestão de CSR.
Responsabilidade por Custos das Práticas de CSR Referidas				<b>RQ1 e RQ2:</b> Avalia os custos financeiros das práticas de CSR em saúde mental e a forma como estes são assumidos, considerando o modelo organizacional e o sistema de saúde local.

As empresas selecionadas para a referida análise comparativa foram:

- i. **Starbucks Corp. (EUA)** – empresa multinacional norte-americana dedicada à exploração de cafetarias e à comercialização de café e de outros produtos da marca *Starbucks*.
- ii. **Starbucks Coffee Portugal, Lda. (Portugal)** – empresa do *Grupo Alsea* que dispõe de um contrato de licença de operação para o território português, concedido pela *Starbucks Corp. (franchising)* para as mesmas atividades desta.
- iii. **Manuel Rui Azinhais Nabeiro, Lda. (Portugal)** – empresa do *Grupo Nabeiro* cuja função é a comercialização dos produtos da marca *Delta Cafés*, explorando também cafetarias sob a marca *Delta The Coffee House Experience*.

No caso da *Starbucks Corp.*, os dados foram obtidos diretamente do seu website oficial ([www.starbucks.com](http://www.starbucks.com)) e da página de carreiras da empresa ([careers.starbucks.com](http://careers.starbucks.com)), onde estão descritas as iniciativas globais de CSR e os benefícios oferecidos aos colaboradores. Estas fontes permitiram obter informações detalhadas sobre os programas de saúde mental e *wellbeing* disponíveis, permitindo compreender a abordagem da *Starbucks Corp.* no contexto dos EUA.

Relativamente à *Starbucks Coffee Portugal, Lda.*, os dados foram recolhidos através do website oficial da marca em Portugal ([www.starbucks.pt](http://www.starbucks.pt)) e da plataforma dedicada a carreiras e benefícios ([starbuckspartners.pt](http://starbuckspartners.pt)). Adicionalmente, foi analisada a informação do website do *Grupo Alsea* ([www.alsea.net](http://www.alsea.net)), que detém os direitos de exploração da marca Starbucks em Portugal e noutros países europeus, bem como o *Annual Report* de 2022 do grupo, que descreve detalhadamente as políticas de CSR aplicadas nas suas operações. Este conjunto de fontes permite uma visão integrada das práticas da franqueada portuguesa.

Para a *Manuel Rui Azinhais Nabeiro, Lda.*, a recolha de dados baseou-se na informação disponível no website oficial do *Grupo Nabeiro* ([www.gruponabeiro.com](http://www.gruponabeiro.com)), onde são descritas as suas iniciativas de CSR e políticas de *wellbeing*. Complementarmente, foram analisadas uma reportagem<sup>27</sup> e uma entrevista<sup>28</sup>, publicadas pela revista *Human Resources Portugal* ([hrportugal.sapo.pt](http://hrportugal.sapo.pt)), bem como uma dissertação de Mestrado<sup>29</sup> que abordou detalhadamente a CSR da *Delta Cafés*, descrevendo práticas de CSR em geral, bem como práticas específicas de promoção do bem-estar e da saúde mental dos colaboradores da *Delta Cafés*. Estas fontes fornecem uma visão abrangente sobre as políticas da empresa portuguesa, permitindo uma comparação direta com as restantes entidades analisadas.

---

<sup>27</sup> <<https://hrportugal.sapo.pt/delta-cafes-ligar-pessoas-promovendo-o-bem-estar> >

<sup>28</sup> <<https://hrportugal.sapo.pt/ru-miguel-nabeiro-e-ana-rita-lopes-explicam-o-que-torna-a-delta-cafes-a-empresa-mais-atractiva-para-traballar-em-portugal> > (Nabeiro & Lopes, 2022)

<sup>29</sup> (Borrega, 2021)

## IV – Resultados

A *tabela 2* sintetiza os resultados da análise comparativa das práticas de CSR em saúde mental das empresas estudadas, com base nos critérios previamente definidos. Os resultados revelam diferenças significativas nas políticas e iniciativas implementadas, permitindo explorar a influência do sistema de saúde e das especificidades do contrato de *franchising*, bem como enquadrar os objetivos estratégicos de cada empresa no processo de implementação dessas políticas.

Sobressai a robustez das práticas da *Starbucks Corp.*, que, nos EUA, incluem benefícios abrangentes em saúde mental, não só no financiamento de cuidados de saúde, como também na vertente preventiva, através de acompanhamento psicológico e de iniciativas destinadas ao *wellbeing* dos colaboradores. Medidas significativamente mais benéficas que os mínimos exigidos legalmente, evidenciando um investimento da empresa nesta matéria.

Em sentido contrário, a *Starbucks Coffee Portugal, Lda.* apresenta práticas menos amplas e mais superficiais, unicamente destinadas à vertente do *wellbeing* dos colaboradores. Não parece existir um investimento relevante, do ponto de vista financeiro, para a implementação destas medidas, diferindo muito pouco daquilo que são os mínimos legalmente definidos em Portugal.

À semelhança da empresa norte-americana, a *Manuel Rui Azinhais Nabeiro, Lda.* destaca-se pela complementaridade, abrangência e inovação das suas práticas, demonstrando um compromisso significativo a saúde mental dos seus colaboradores. A tabela fornece uma visão estruturada e detalhada destas diferenças:

**Tabela 2 – Tabela-resumo da análise comparativa realizada**

Fonte: Autor

Critério de Comparação	Starbucks Corp. (EUA)	Starbucks Coffee Portugal, Lda. (Portugal) – <i>Grupo Alsea</i>	Manuel Rui Azinhais Nabeiro, Lda. (Portugal) – <i>Grupo Nabeiro</i>
<p><b>Práticas CSR de Promoção e Prevenção da Saúde Mental dos Colaboradores</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguro de saúde com cobertura superior aos requisitos mínimos, legalmente exigidos às empresas e extensível à família.</li> <li>- 20 sessões de terapia psicológica, por ano, não só para cada colaborador como também para cada membro ‘elegível’ da sua família</li> <li>- Acesso gratuito a uma <i>app</i> de meditação e <i>mindfulness</i>.</li> <li>- Direito a férias, dias de ausência por doença e por luto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas de conciliação da vida pessoal e profissional: Relativa flexibilidade do horário de trabalho e consideração, na medida do possível, de eventuais obrigações académicas.</li> <li>- 2 dias de folga consecutivos em todas as semanas de trabalho</li> <li>- Ambiente de trabalho inclusivo e multicultural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguro de saúde extensível ao agregado familiar.</li> <li>- Acompanhamento psicológico para os colaboradores.</li> <li>- Medidas de conciliação da vida profissional e pessoal – empresa certificada neste âmbito.</li> <li>- <i>Delta Feel Good</i>: Programa com diversas atividades, físicas e intelectuais, destinadas ao <i>wellbeing</i> dos colaboradores da empresa.</li> </ul>
	<p>A empresa vai além dos requisitos mínimos, legalmente exigidos, no seguro de saúde que deve disponibilizar aos seus colaboradores.</p> <p>Garante um plano de saúde mais abrangente e a inclusão de áreas da</p>	<p>As medidas de CSR destinadas à saúde (e/ou acesso a cuidados de saúde) dos colaboradores são muito reduzidas e circunscrevem-se à atuação no campo das condições de exercício da atividade profissional.</p>	<p>A empresa vai muito além do mero <i>compliance</i> em matéria de saúde dos colaboradores: oferece um seguro de saúde privado, garantindo maior acessibilidade dos colaboradores na prestação de cuidados de saúde e disponibiliza</p>

<p><b>Adaptação ao Sistema de Saúde Local</b></p>	<p>saúde não exigidas pela lei federal no seguro a disponibilizar: oftalmologia, medicina dentária e psicologia clínica.</p>	<p>A empresa limita-se, no essencial, ao <i>compliance</i> legal, não oferecendo benefícios no acesso a cuidados de saúde, complementares ao SNS.</p>	<p>acompanhamento psicológico gratuito aos colaboradores.</p> <p>Além de atuar nas condições de exercício da atividade profissional, garantindo um horário equilibrado, dinamiza internamente medidas que atuam na vertente preventiva da saúde (mental e física) e na qualidade de vida dos trabalhadores.</p>
<p><b>Definição e Gestão das Políticas de CSR</b></p>	<p>A atuação da empresa em matérias CSR é definida pelo seu órgão executivo.</p>	<p>A atuação da empresa em matérias CSR parece ser definida pelo órgão executivo da <i>Alsea S.A.B. de C.V.</i> – sociedade-mãe das empresas do Grupo Alsea).</p>	<p>A atuação da empresa em matérias CSR é definida pelo próprio executivo (órgão executivo da <i>Delta Cafés SGPS, S.A.</i> – a SGPS das empresas do Grupo Nabeiro).</p>
<p><b>Responsabilidade por Custos das Práticas de CSR Referidas</b></p>	<p>A empresa assume os custos acrescidos das medidas que optou por implementar.</p>	<p>Não obstante tratar-se de um <i>franchising</i>, uma vez que a franqueadora não tem influência aparente na definição destas práticas, será a própria empresa (ou, eventualmente, a <i>Alsea S.A.B. de C.V.</i>) a suportar eventuais custos.</p>	<p>A empresa assume os custos acrescidos das medidas que optou por implementar.</p>

## V – Discussão

Os resultados apresentados serão discutidos com o objetivo de responder às questões de investigação levantadas nesta dissertação. A análise crítica permitirá avaliar como os dados obtidos se relacionam com cada uma das *Research Questions*, explorando as diferenças nas práticas de CSR em saúde mental entre as empresas estudadas, bem como discorrendo acerca dos fatores que poderão influenciar a sua implementação.

### **RQ1: Existem diferenças substanciais, em razão da variação geográfica, nas medidas de CSR implementadas pelas empresas?**

Os dados analisados revelam, efetivamente, diferenças significativas nas práticas de CSR relacionadas com a saúde dos colaboradores entre as três empresas. A *Starbucks Corp.* apresenta práticas de CSR robustas neste campo, desde logo através da oferta de um seguro de saúde mais abrangente do que aquele a que estaria legalmente obrigada e ao financiamento de sessões de terapia psicológica, demonstrando a importância que dá à saúde geral dos seus colaboradores e, em específico, à saúde mental. A importância dada à saúde mental não se esgota nas medidas relacionadas com o sistema de saúde, sendo reforçada pelas medidas de *wellbeing* implementadas. Em contraste, a *Starbucks Coffee Portugal, Lda.*, com um número reduzido de medidas que superam positivamente os limites legais nesta matéria, revela um nível de intervenção proativa em saúde mental bem inferior ao da franqueadora. Todavia, admite-se que a geografia, nomeadamente pelo confronto das normas jurídicas aplicáveis nos dois países, tenha a sua quota-parte de interferência neste resultado: De facto, a existência de dias de ausência, por férias, doença ou luto, remunerados, constituem um direito dos trabalhadores e, nessa medida, uma obrigação legal para as empresas em Portugal. Pelo contrário, nos EUA, não estando constituído um tal direito, as mesmas medidas não são consideradas mero *compliance* mas autênticas medidas de CSR.

Já a *Manuel Rui Azinhais Nabeiro, Lda.*, mesmo com as diferenças de ordenamentos jurídicos, adota um modelo que se destaca no contexto português, apresentando um elevado nível de proatividade que é mais próximo do observado na *Starbucks Corp.* e mais distante do da franqueada portuguesa.

A saúde mental de um indivíduo é determinada por uma multiplicidade de fatores genéticos, psicológicos, biológicos e ambientais, cuja influência varia de pessoa para pessoa<sup>30</sup> (Stoewen, 2022). Graças à natureza complexa da fisiopatologia destas condições médicas e das suas causas multifatoriais, pode existir um leque alargado de medidas preventivas de problemas e doenças mentais, a serem implementadas pelas empresas. A eficácia dessas medidas depende, no entanto, da adaptação ao contexto local (legal, cultural, organizacional), não existindo soluções universais para os desafios da promoção da saúde mental em contexto laboral<sup>31</sup>.

Conquanto a área de intervenção e a atuação proativa das empresas em determinados domínios seja, até certo ponto, influenciada por especificidades geográficas e culturais, o facto de as duas empresas mais proativas neste estudo estarem localizadas em países diferentes sugere que, entre países desenvolvidos, essa proatividade está mais relacionada com as prioridades estratégicas e os valores corporativos de cada organização do que com as variações geográficas e socioeconómicas.

Além disso, parece relevante considerar que o conhecimento (ou a interpretação) que cada empresa tem da realidade contextual em que opera pode influenciar essa decisão. Tal consideração é reforçada pelo facto de as empresas mais proativas operarem nos países onde foram originalmente constituídas, enquanto a *Starbucks Coffee Portugal, Lda.*, que apresenta menor grau de proatividade, faz parte de um grupo empresarial mexicano e opera sob um modelo de *franchising*.

A influência da variação geográfica *per se* na definição de políticas de CSR parece ser, contudo, mais evidente entre países com economias maduras e países do ‘Sul Global’, principalmente devido à diferença acentuada nas prioridades de desenvolvimento

---

<sup>30</sup> Os fatores que justificam esta especificidade individual são, de acordo com Debbie L. Stoewen no artigo citado, a predisposição hereditária para a doença mental, a neurodiversidade, a sensibilidade, o Quociente de Inteligência, o perfeccionismo, a auto-estima, a personalidade (subdividida nos 5 fatores do modelo conhecido como ‘the big five’: o otimismo, a pertença a grupos sociais minoritários, e a saúde física).

<sup>31</sup> O programa *Delta Feel Good* é exemplo de uma medida inovadora, na área da saúde mental, destinada ao *wellbeing* dos colaboradores, mas cuja eficácia está dependente de diferentes variáveis.

humano, como demonstra o “case-study” *Franchising and country development: evidence from 49 countries* (Lanchimba, Porras, Salazar, & Windsperger, 2024), referido no *Enquadramento* desta dissertação, além de outros estudos que abordam mais profundamente os pressupostos teóricos desta diferença, como *Corporate social responsibility and developing countries* (Dobers & Halme, 2009) e *Corporate Social Responsibility in Developing Countries* (Visser, 2009).

Ainda que os domínios de atuação no âmbito da CSR possam variar entre estas duas categorias de países, existe evidência de que também a proatividade e relevância dada à CSR, em geral, estará igualmente dependente dos valores e estratégia corporativos e das pressões externas para estas práticas, que têm acentuadas diferenças entre estas categorias, como conclui o estudo *Determinants of Corporate Social Responsibility (CSR) Disclosure in Developed and Developing Countries: A Literature Review* (Ali, Frynas, & Mahmood, 2017).

## **RQ2: De que modo a estrutura dos Sistemas de Saúde influencia as medidas de CSR adotadas pelas empresas, na área da Saúde Mental?**

A análise evidencia que o sistema de saúde local desempenha um papel relevante na concreta determinação das medidas de CSR na saúde mental. Nos Estados Unidos, onde o acesso a cuidados de saúde depende de seguros privados, a *Starbucks Corp.* oferece um plano de saúde abrangente que cobre áreas não obrigatórias por lei, como é o caso da psicologia clínica. Este contexto reflete a possibilidade de as empresas assumirem um papel mais ativo em medidas diretamente relacionadas com o acesso e prestação de cuidados de saúde, porventura desnecessárias noutro contexto.

Por outro lado, em Portugal, como o SNS garante acesso universal e tendencialmente gratuito aos cuidados de saúde, poder-se-ia pensar que o foco das empresas bem consolidadas e com um grande conhecimento do contexto português seria, somente, a promoção do *wellbeing* e da qualidade de vida dos trabalhadores, sem existir espaço para intervenções empresariais com mais-valia no campo da prestação e acesso a cuidados de saúde, mesmo que a saúde mental fosse uma das prioridades de CSR da empresa. Esta hipótese seria, à primeira vista, validada pela atuação da *Starbucks Coffee Portugal, Lda.*, que se limita, essencialmente, ao *compliance* e a pequenas medidas de *wellbeing*.

O exemplo da *Manuel Rui Azinhais Nabeiro, Lda.* mostrou-se, porém, desconforme a tal hipótese. Esta empresa, não obstante a existência do SNS, continua a assumir custos para providenciar aos seus colaboradores um seguro de saúde e acompanhamento psicológico. Esta atuação parece dever-se, novamente, a um conhecimento aprofundado do contexto português e a uma abordagem estratégica: isto é, uma empresa que conhece as fragilidades do SNS saberá a mais-valia que um seguro privado constitui no tratamento das doenças e problemas mentais, entre muitos outros.

Diante disto, a forma como as empresas integram a CSR neste domínio está estreitamente relacionada com o papel do Estado na garantia do acesso e na efetiva prestação de cuidados médicos. O grau de intervenção estatal, seja na regulação, no financiamento ou noutras áreas, delimita o espectro de atuação das empresas. Portanto, a atuação das empresas na saúde [mental] dos colaboradores será, em grande medida, influenciada pelas políticas públicas e pelo "espaço" deixado pelo Estado, seja pela sua ação, inércia ou abstenção.

Em Portugal, como se afirmou, parece ser num juízo acerca da suficiência e eficiência do SNS, com base nos seus resultados e nas condicionantes ao seu acesso, que as empresas encontram em que medida podem oferecer soluções complementares.

Nos EUA, todavia, apesar de este raciocínio de complementaridade se aplicar, por via da superação dos mínimos legalmente exigidos, parece existir, adicionalmente – graças à configuração do sistema de saúde –, um estímulo económico à proatividade nesta área, relacionado com o planeamento financeiro de longo-prazo: graças à sua responsabilidade pelo pagamento do prémio anual dos seguros dos seus colaboradores e à possibilidade de o valor anual aumentar em anos subsequentes devido a uma maior necessidade de utilização dos serviços médicos por parte dos beneficiários, haverá um custo para a empresa – numa ótica de longo-prazo – superior ao de um adequado investimento na prevenção, de acordo com as conclusões do estudo *Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev Project* (Mcdaid & Park, 2011).

Consequentemente, os sistemas de saúde parecem desempenhar um papel determinante na conceção de medidas de CSR específicas para a saúde mental. No entanto, o sistema de saúde deve ser caracterizado de uma forma pragmática, de modo a aferir, em cada período, a mais-valia de determinados benefícios, o que pode ser

especialmente desafiante para empresas que não estão familiarizadas com o efetivo funcionamento e eficácia do sistema de saúde desse país.

Isto é, torna-se necessário perceber quais das componentes-parte da arquitetura de um sistema de saúde são responsáveis por deixar à empresa uma margem de intervenção que lhes permita criar valor-acrescentado para os colaboradores, não representando o benefício atribuído uma mera sobreposição e, nessa medida, possuir valor tendencialmente neutro.

### **RO3: Existe influência do franqueador nas práticas no campo da Saúde Mental e do *wellbeing* dos colaboradores das empresas franqueadas sediadas noutra país?**

Os resultados sugerem uma influência limitada, ou mesmo inexistente, da franqueadora sobre as práticas de CSR implementadas pela franqueada. Apesar de, nos EUA, a *Starbucks Corp.* adotar, neste campo, fortes políticas de CSR, a franqueada portuguesa, gerida pelo Grupo Alsea, não reflete a mesma proatividade. Mesmo que o *Annual Report* do Grupo Alsea, de 2022, caracterize a saúde mental dos colaboradores como uma prioridade de CSR do grupo, a verdade é que não há referência a nenhuma medida concreta, nessa área, para as empresas do grupo na Europa.

Sempre se poderia supor, contudo, que a ausência de uniformidade seria o resultado da adaptação ao contexto local, onde as possibilidades de intervenção em saúde mental seriam diferentes. No entanto, como se viu, a comparação com uma empresa portuguesa independente parece afastar essa possibilidade e reforçar a ideia de que a influência da franqueadora, a existir, é muito limitada.

Em termos gerais, tendo em conta o que se disse para a RQ1, considera-se que a diferença de práticas de CSR entre diferentes países tem como principais forças motrizes o contexto local, por um lado, e a estratégia e valores corporativos, por outro. Um contrato de *franchising* tem a possibilidade de dar prevalência à ‘interpretação’ do contexto local e da estratégia e valores corporativos de uma ou outra empresa, consoante as específicas normas do contrato – que ou impõem obrigações à franqueada no sentido de implementar determinadas práticas de CSR, ou abstém-se de o fazer, deixando eventuais práticas no espaço autónomo da franqueada.

Sublinhando-se as limitações da análise, no caso das empresas aqui comparadas, parece não existir, por parte da *Starbucks Corp.* qualquer pretensão de expandir as suas práticas de CSR a nível internacional por meio de contratos de *franchising*. Porém, existem estudos a confirmar a possibilidade e efetivação da expansão internacional através de contratos de *franchising*.

Por exemplo, para países desenvolvidos, o estudo *Corporate Social Responsibility in franchise chains: Specificities, insights from French franchise chains' CSD, and avenues for future research* (Le Bot , Perrigot , Déjean , & Oxibar, 2022) expõe o caso do *Grupo Mobivia*, que opera as marcas *Midas* e *Norauto* e que tem um Comité específico para garantir que todas as empresas do grupo estão alinhadas com os objetivos de CSR definidos pelo grupo. Para países em desenvolvimento, o estudo *Franchising and country development: evidence from 49 countries* (Lanchimba, Porras, Salazar, & Windsperger, 2024), anteriormente referido.

Para além da dependência contratual formal, o grau de influência do franqueador nas práticas no campo da saúde mental dos colaboradores das empresas franqueadas parece, com efeito, também depender da estratégia e objetivos do franqueador em termos de CSR, nomeadamente das suas ambições internacionais neste âmbito.

### **Contributo teórico da dissertação no conceito de CSR**

Integrando os principais argumentos apresentados na resposta às *Research Questions*, e discutindo os resultados de forma mais coesa, conclui-se que os valores corporativos e as prioridades estratégicas de uma empresa são a “pedra angular” das práticas de CSR. São estes vetores que vão dar forma e conteúdo a uma proatividade na implementação de práticas de CSR com características cada vez mais políticas.

No caso dos sistemas de saúde, enquanto elemento do contexto, o grau de intervenção do Estado surge como um fator determinante na definição das medidas de CSR direcionadas à saúde mental dos colaboradores. Neste e noutros aspetos contextuais em que essa dinâmica se verifica, as medidas adotadas pelas empresas acabam por refletir, ainda que de forma implícita, uma manifestação dos seus valores intrínsecos, funcionando como uma expressão política que articula os valores e objetivos organizacionais com o ambiente social e institucional em que operam.

O caso dos *franchisings* internacionais, por sua vez, reforça este entendimento, tendo em conta que a maior ou menor influência do franqueador nas práticas de CSR do franqueado parece também ser uma consequência dos objetivos e prioridades estratégicas do franqueador. O conteúdo do contrato de *franchising*, nas normas correspondentes a estas matérias, considera-se um mero reflexo formal de uma decisão (ou abstenção) de expansão territorial [internacional] das próprias práticas de CSR. Na prática, o franqueador pode entender certas disposições do contrato de *franchising* como parte da sua própria estratégia e objetivos de CSR, impondo ao franqueado que adote determinadas medidas, independentemente de quem deva assumir o custo das mesmas.

Um enquadramento como o que se propõe nesta dissertação permitirá conceptualizar a CSR de uma forma mais abrangente, revelando a sua dimensão internacional, sem com isso desvirtuar o seu núcleo teórico. Um dos corolários desta extensão conceptual é a possibilidade de maximização do impacto de *franchisings* internacionais em matérias CSR, somente através da incorporação de normas contratuais de conteúdo obrigacional nos contratos que o franqueador estabeleça, nacional ou internacionalmente. Trata-se de uma modalidade que poder-se-ia considerar uma prática de CSR de natureza ‘pseudo-legislativa’: o franqueador não a pratica *per se* mas impõe licitamente que uma empresa com gestão autónoma a pratique.

Estas práticas de CSR de natureza ‘pseudo-legislativa’, adaptadas ao contexto local, poderiam amplificar significativamente o impacto extrínseco das empresas com marcas de elevado *goodwill*, em matérias sociais relacionadas com os seus valores e objetivos estratégicos. Na resposta à RQ3, aliás, foi referenciada literatura científica que especifica situações em que as empresas franqueadoras quiseram fazer valer esta prerrogativa.

Acompanhando a argumentação de Toni G.L.A. van der Meer e Jeroen G.F. Jonkman<sup>32</sup>, defende-se a inevitabilidade de uma cada vez maior exposição e intervenção políticas por parte das empresas, que requererá a definição formal dos seus valores e prioridades. Nesse sentido, esta dissertação destaca a dimensão internacional do conceito de CSR, sublinhando como a CSR ultrapassa fronteiras e assume contornos políticos em contextos globais.

---

<sup>32</sup> (van der Meer & Jonkman, 2021)

## **Limitações do estudo**

A análise realizada apresenta algumas limitações que impactam os resultados e a sua interpretação:

Em primeiro lugar, a decisão de restringir a amostra a três empresas sendo intencional, no âmbito de um estudo exploratório, reduz, contudo, a abrangência e não permite a generalização dos resultados para outros contextos ou empresas. Assim, os resultados devem ser entendidos como indicativos e não representativos de um panorama mais amplo. Com base nesta análise seria agora possível criar um instrumento de inquérito, validá-lo, e depois aplicá-lo a um vasto painel de empresas para obter uma amostra representativa de uma ou várias indústrias, estudando depois as potenciais diferenças.

Adicionalmente, a análise comparativa baseia-se exclusivamente nas fontes de informação pública indicadas. Esta dependência limita o acesso a informações mais detalhadas e, possivelmente, relevantes, como dados internos ou efetiva execução das medidas indicadas. Além disso, as fontes institucionais, pretendendo destacar aspetos positivos de algumas das práticas de CSR, podem criar um viés na análise. Para ultrapassar estas limitações, estudos futuros poderiam incluir entrevistas com colaboradores e responsáveis de recursos humanos, bem como a realização de *focus groups*. Estes métodos permitiriam captar perceções internas sobre a implementação das políticas de CSR, identificar possíveis lacunas entre as medidas declaradas e a sua execução prática, e recolher sugestões de melhorias diretamente de quem está envolvido no processo.

Outra limitação relevante está na heterogeneidade dos modelos organizacionais das empresas selecionadas. Embora esta diversidade, como se disse, enriqueça a análise ao permitir a análise de variações contextuais, dificulta, em simultâneo, a padronização dos critérios de comparação. A inexistência de critérios que permitam o *benchmarking* setorial em termos de políticas de saúde mental dos colaboradores foi uma das dificuldades encontradas. Os *benchmarks*, juntamente com a divulgação completa das medidas implementadas, constituiriam não apenas um maior incentivo à proatividade

empresarial neste campo, como possibilitariam a realização de análises comparativas mais consistentes e padronizadas do que a realizada nesta dissertação. Este problema pode ser mitigado através de diretrizes ou orientações claras no âmbito de políticas públicas e de saúde pública, promovendo critérios uniformes para a avaliação e implementação de práticas de CSR em saúde mental, com benefícios quer para os colaboradores quer para a sociedade em geral.

## VI – Implicações e Conclusões

Este estudo reforça a importância de integrar a saúde mental nas estratégias de CSR, não apenas como uma obrigação ética, mas como uma prioridade estratégica que beneficia os *stakeholders* e promove a sustentabilidade empresarial. À luz dos resultados obtidos, é possível delinear algumas conclusões fundamentais que podem orientar tanto as práticas empresariais quanto as políticas públicas, promovendo uma abordagem mais integrada e eficaz na gestão da saúde mental no contexto corporativo:

### **Implicações e Recomendações:**

#### 1. Para as Empresas

- **Definição Clara de Valores Corporativos:** A formalização de valores e prioridades estratégicas permite às empresas alinhar as suas iniciativas de CSR com os interesses dos *stakeholders*, mantendo uma intervenção político-social coesa.
- **Integração da Saúde Mental nas Estratégias de CSR:** As empresas devem reconhecer a saúde mental como uma prioridade estratégica, promovendo o investimento em ações preventivas e de promoção do bem-estar, que podem gerar benefícios socioeconômicos significativos, como maior produtividade e menor rotatividade de colaboradores.
- **Adaptação Local de Iniciativas de CSR:** Nos *franchisings* internacionais, as franqueadoras devem garantir a transferência de boas práticas de CSR para as suas franqueadas, garantindo que estas sejam adaptadas às necessidades locais sem perder consistência e coincidência com as prioridades corporativas.
- **Utilização de Critérios de *Benchmarking*:** Adotar critérios padronizados em saúde mental para avaliar o impacto e a eficácia das práticas de CSR, permitindo comparações internas e com outras empresas do setor.

#### 2. Nas Políticas de Saúde

- **Elaboração de *Benchmarks*:** Deve proceder-se à elaboração técnica de critérios padronizados para aferir a saúde mental no trabalho, servindo de referência para

empresas que queiram implementar medidas eficazes, permitindo comparar resultados e impactos das medidas levadas a cabo pelas empresas em si.

- **Incentivos Fiscais para CSR em Saúde Mental:** A criação de benefícios fiscais, quando ainda não existam, para empresas que implementem políticas robustas de CSR em saúde mental pode estimular o investimento privado nesta área.

### **Principais Conclusões:**

- Os valores corporativos e os objetivos estratégicos parecem ser os principais determinantes da proatividade empresarial em CSR, superando as influências extrínsecas à empresa.
- Nos *franchisings* internacionais, a influência do franqueador depende da sua própria estratégia em matéria de CSR, nomeadamente da ambição de expansão internacional dos seus valores corporativos e objetivos estratégicos.
- A dimensão internacional da CSR está dependente dos valores corporativos e pode constituir uma manifestação política das empresas, com impacto geopolítico, especialmente em empresas com operações internacionais.
- A arquitetura dos sistemas de saúde e a análise das suas debilidades, enquanto elementos do ‘contexto’ local, influenciam o conteúdo das medidas de CSR, cabendo à empresa garantir que a medida traz valor acrescentado ao colaborador.
- O papel das empresas na saúde mental dos seus colaboradores e no seu contributo para a promoção do bem-estar mental na sociedade, enquanto parte integrante de uma estratégia de saúde pública, revela-se significativo e indispensável.
- São necessários estudos complementares, combinando metodologias qualitativas e quantitativas, para aprofundar a análise do impacto dos diferentes contextos organizacionais, jurídicos e socioculturais nas práticas de CSR.

## Bibliografia

- Ali, W., Frynas, J. G., & Mahmood, Z. (2017). Determinants of Corporate Social Responsibility (CSR) Disclosure in Developed and Developing Countries: A Literature Review. *Corp. Soc. Responsib. Environ. Mgmt.*, 24, pp. 273–294.
- American Medical Association. (2023). *AMA identifies market leaders in health insurance*.
- Baila, C. (2015). A CORPORATE GOVERNANCE COMO ESTRATÉGIA POLÍTICA DAS EMPRESAS: O CASO BES. *Universidade Europeia - Repositório*.
- Banco de Portugal. (2024). *Banco de Portugal - BPstat*. Obtido de <https://bpstat.bportugal.pt/conteudos/publicacoes/1350>
- Bebchuk, L., & Tallarita, R. (12 de 2020). THE ILLUSORY PROMISE OF STAKEHOLDER GOVERNANCE . *Harvard Law School - JOHN M. OLIN CENTER FOR LAW, ECONOMICS, AND BUSINESS*, p. Discussion Paper N.º 1052.
- Bidhan, L. P., & Freeman, R. E. (2010). Stakeholder Theory: The State of the Art. Em *Academy of Management Annals | Original Articles* (Vol. vol. 4).
- Bodenheimer, T., & Grumbach, K. (2023). Chapter 11: Prevention of Illness. Em *Understanding Health Policy: A Clinical Approach, 8e* (p. Chapter 11: Prevention of Illness).
- Bodenheimer, T., & Grumbach, K. (2023). Chapter 2: Paying for Health Care. Em *Understanding Health Policy : A Clinical Approach, 8 ed.* (p. Chapter 2: Paying for Health Care). McGraw Hill.
- Borrega, A. C. (junho de 2021). Responsabilidade Social Corporativa e Intenção de Compra – Caso de Estudo Delta Cafés. Repositório ISCTE-IUL.
- Branco, R. (2017). Entre Bismarck e Beveridge. *Análise Social*, Volume 52, Issue 224, 2017, Pages 534-558.
- Business Roundtable. (19 de 08 de 2019). Obtido de <https://www.businessroundtable.org>

- Câmara, P. e. (2011). *O Governo das Organizações*. Almedina.
- Chaffee, E. C. (2017). The origins of corporate social responsibility. *University of Cincinnati Law Review*, 347-383.
- Clifton, J. (dezembro de 2021). *The Next Global Pandemic: Mental Health*. Obtido de Gallup: <https://www.gallup.com/workplace/357710/next-global-pandemic-mental-health.aspx>
- Costa, G., Sartori, S., Bertoldo, B., Olivato, D., Ciuffa, V., & Antonacci, G. (2005). The work ability index in hospital workers. *G Ital Med Lav Ergon*, 27 (3), pp. 355-358.
- Davis, K. (1973). The case for and against business assumption of social responsibilities. *Academy of Management Journal.*, 16 (2), pp. 312-322.
- Dixon, R. (2005). An investigation into the role, effectiveness and future of non-executive directors. *Journal of General Management*, 1-21.
- Dobers, P., & Halme, M. (2009). Corporate social responsibility and developing countries. *Corp. Soc. Responsib. Environ. Mgmt*, 16, pp. 237-249.
- (1919). *Dodge v. Ford Motor Company*, 204 Mich. 459, 170 N.W. 668.
- Dyllick, T., & Hockerts, K. (2002). Beyond the business case for corporate sustainability. Em *Special Issue: Sustainability at the Millennium: Globalization, Competitiveness & Public Trust*. (pp. 130-141). Wiley.
- ECO. (15 de setembro de 2021). Benefícios: nove de cada 10 empresas portuguesas atribui plano de saúde aos trabalhadores.
- ECO. (11 de janeiro de 2024). Conheça as 8 empresas que fazem os seguros de saúde funcionar.
- Enthoven, A., & Kronick, R. (1989). A consumerchoice health plan for the 1990s. *N Engl J Med.*, 320, pp. 29-37.
- Entidade Reguladora da Saúde. (30 de Junho de 2024). Obtido em Outubro de 2024, de TEMPOS DE ESPERA NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE NO 2.º SEMESTRE DE 2023:

<https://www.ers.pt/pt/atividade/supervisao/selecionar/informacao-de-monitorizacao/informacoes/informação-de-monitorização-sobre-tempos-de-espera-no-sns-2º-semestre-2023/>

European Commission. (2023). *State of Health in the EU - Portugal*.

Eurostat. (2024). *EU Labor Force Survey*. Obtido de <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20240530-1>

Fernandes, A., & Nunes, A. (2016). Hospitals and the Public-Private Combination in the Portuguese Health System. *Acta Médica Portuguesa*, 29, 217-223.

Ferreira Pinto, F. (2013). *Contratos de distribuição: da tutela do distribuidor integrado em face da cessação do vínculo*. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.

Forsberg, V., Rosso, R., & Fernandez, B. (18 de abril de 2023). Private Health Insurance: A Primer. *Congressional Research Service*.

Fox, P., & Kongstvedt, P. (2013). A History of Managed Health Care and Health Insurance in the United States. Em *The Essentials of Managed Health Care*, 6th ed. (pp. 1-36). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Freeman, R. (2001). A Stakeholder Approach to Strategic Management. *SSRN Electronic Journal*.

Friedman, M. (1970). A Friedman doctrine- The Social Responsibility of Business Is to Increase Its Profits. *The New York Times*, Section SM, page 17.

Glied, S. (2000). Chapter 13 - Managed Care. Em *Handbook of Health Economics Volume 1, Part A* (pp. 707-753). Elsevier.

Gryglewicz, S., Mayer, S., & Morellec, E. (June de 2020). Agency conflicts and short-versus long-termism in corporate policies. *Journal of Financial Economics*, 136, pp. 718-742.

Institute of Directors. (20 de 12 de 2019). Obtido de <https://www.iod.com/news/governance/iod-manifesto-corporate-governance/>

Jacoby, S. (2005). Corporate Governance and Society. *Challenge*, 69-87.

- Kim, T., & von dem Knesebeck, O. (2015). Is an insecure job better for health than having no job at all? A systematic review of studies investigating the health-related risks of both job insecurity and unemployment. *BMC public health*, p. 15:985.
- Lanchimba, C., Porras, H., Salazar, Y., & Windsperger, J. (2024). Franchising and country development: evidence from 49 countries. *International Journal of Emerging Markets*, 19 No. 1, pp. 7-32.
- Laviña , S. (2024). Measuring Quality of Life through Validated Tools. *Acta medica Philippina*, 58(10), 3–4.
- Le Bot , C., Perrigot , R., Déjean , F., & Oxibar, B. (May de 2022). Corporate Social Responsibility in franchise chains: Specificities, insights from French franchise chains' CSD, and avenues for future research. *Journal of Retailing and Consumer Services* , 66.
- Lloyd K, S. D. (2023 Aug 9). A Mental Health Pandemic? Assessing the Impact of COVID-19 on Young People's Mental Health. *Int J Environ Res Public Health*., 0(16):6550. doi: 10.3390/ijerph20166550.
- Lu, X., Biaoan, S., & Yu, H. (28 de 05 de 2022). Relationship between Employee Mental Health and Job Performance: Mediation Role of Innovative Behavior and Work Engagement. *nternational journal of environmental research and public health*, 19(11), p. 6599.
- MacKinnon, N., Emery, V., Waller, J., Ange, B., Ambade, P., Gunja, M., & Watson, E. (2023). Mapping Health Disparities in 11 High-Income Nations. *JAMA Netw Open*, 6(7), e2322310.
- Marques, R. (2008). ANÁLISE COMPARATIVA DO DIREITO DE ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS E SISTEMA DE SAÚDE NORTE-AMERICANO (EUA). Repositório da UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA - ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA.
- Marqueze, E., Voltz, G., Borges, F., & Moreno, C. (2008). A 2-year follow-up study of work ability among college educators. *Applied Ergonomics*, 39, pp. 640-645.
- Mayer, C. (2020). *Shareholderism versus Stakeholderism – A Misconceived Contradiction. A Comment on “The Illusory Promise of Stakeholder*

*Governance” by Lucian Bebchuk and Roberto Tallarita. European Corporate Governance Institute.*

Mcdaid, D., & Park, A. L. (2011). Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project. *Health promotion international, 26 Suppl 1*, i108–i139.

Mcdaid, D., & Park, A.-L. (December de 2011). Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project. *Health Promotion International, 26*, i108–i139.

Menezes Cordeiro, A., & Barreto Menezes Cordeiro, A. (2022). Capítulo V - Administração e fiscalização. Em A. Menezes Cordeiro, *Código das Sociedades Comerciais Anotado* (pp. 321-325). CIDP - FDUL.

Mills, P. R., Kessler, R. C., Cooper, & Sullivan, S. J. (2007). Impact of a health promotion program on employee health risks and work productivity,. *American Journal of Health Promotion, 22*, pp. 45-53.

Moreira de Carvalho, R. (2022). *Deveres da Corporate Governance*. Lidel.

Nabeiro, R., & Lopes, A. (11 de julho de 2022). Rui Miguel Nabeiro e Ana Rita Lopes explicam o que torna a Delta Cafés a empresa mais atractiva para trabalhar em Portugal. (Human Resources Portugal, Entrevistador)

Nunes, M. A. (2020). O serviço nacional de saúde português: caracterização, classificação e perspectivas. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde 9(3)* 499-516, 499-516.

OECD. (2023). Em *Health at a Glance 2023: OECD Indicators* (pp. 154-157). Paris: OECD Publishing. Obtido em setembro de 2024, de OCDE: <https://www.oecd.org/en/data/indicators/health-spending.html>

O’Connell, M., & Ward, A. (2023). Shareholder Theory/Shareholder Value. Em S. Idowu, R. Schmidpeter, N. Capaldi, L. Zu, M. Del Baldo, & R. Abreu, *Encyclopedia of Sustainable Management* (pp. 2918-2924). Springer, Cham.

OMS. (1948). Obtido de <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>

- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2023). *Prosperidade e Sustentabilidade das Organizações – Relatório do Custo do Stresse e dos Problemas de Saúde Psicológica no Trabalho, em Portugal*.
- Pita Barros, P., & Costa, E. (2022). *Seguros de saúde privados no sistema de saúde português: mitos e factos*. Fundação “la Caixa”, BPI e Nova SBE, Observatório da Despesa em Saúde | 02.
- Rodrigues de Almeida, H. M. (2012). A SAÚDE MENTAL, FUNÇÃO EXECUTIVA E CAPACIDADE PARA O TRABALHO. Repositório da Universidade de Aveiro.
- Rugulies, R. e. (2023). Work-related causes of mental health conditions and interventions for their improvement in workplaces. *The Lancet, Volume 402, Issue 10410*, 1368 - 1381.
- Saúde, O. M. (s.d.). Obtido de <https://healthalert.who.freebasics.org/footer-pages/portuguese-translation-of-constitution/>
- Sartorius, N. (2006). The meanings of health and its promotion. *Croat Med J.*, 47(4):662-4.
- Schoenmaker, D., & Schramade, W. (2019). Investing for long-term value creation. *Journal of Sustainable Finance & Investment*, 9(4), pp. 356–377.
- Serra, C. (2010). O novo Direito das Sociedades: para uma governação socialmente responsável. *Scientia Iuris* , 14, 155-179.
- Shankman, N. A. (May de 1999). Reframing the Debate Between Agency and Stakeholder Theories of the Firm. *Journal of Business Ethics*, 19, pp. 319–334.
- Stoewen, D. (2022). Nature, nurture, and mental health Part 1: The influence of genetics, psychology, and biology. *The Canadian veterinary journal = La revue veterinaire canadienne*, 63(4), 427–430.
- Taylor, N. M., & Moji, K. (2021). Pandemics. *Journal for Peace and Nuclear Disarmament*, 4:sup1, 47-59, DOI: 10.1080/25751654.2021.1880769.
- Thieme, A., Wallace, J., & Meyer, T. D. (2015). Designing for mental wellbeing: towards a more holistic approach in the treatment and prevention of mental illness. *In Proceedings of the 2015 British HCI Conference (British HCI '15)*, pp. 1-10.

- Tsang, H., & Chiu, I. (2000). Development and validation of the workshop behavior checklist: a scale for assessing work performance of people with severe mental illness. *Int. J. Soc. Psychiatry*, pp. 46 (2), 110–121.
- U.S. Department of Health and Human Services - Office of the Surgeon General . (2022). *Workplace Mental Health & Well-Being* .
- van der Meer , T., & Jonkman, J. (2021). Politicization of corporations and their environment: Corporations’ social license to operate in a polarized and mediatized society. *Public Relations Review Volume 47, Issue 1, 101988*.
- Visser, W. (2009). Corporate Social Responsibility in Developing Countries. Em A. Crane, & e. al., *The Oxford Handbook of Corporate Social Responsibility (2008; online edn)* (pp. 473-500). Oxford Academic.
- Wang, D., Zhu, W., Zhang, C., Li, H., & Wu, Y. (2020). Stakeholder Symbiosis in the Context of Corporate Social Responsibility. *Symmetry*, 12(11), p. 1897.
- World Health Organization. (s.d.). *World Health Organization*. Obtido de [www.who.int/tools/whoqol](http://www.who.int/tools/whoqol)