

Capítulo II – O estado da arte da protecção e promoção da saúde no trabalho

2.1. Introdução

A protecção e a promoção da saúde no trabalho tendem a ser vistas, hoje em dia, não tanto em termos de actividades específicas *per se* como sobretudo em termos de princípios de abordagem. Como sociólogo tenderei a vê-las como um processo sócio-organizacional, inovador, integrado e participativo.

Subsiste, no entanto, a tradicional distinção entre a *promoção da saúde* (enfoque no indivíduo, nos comportamentos de risco e nos estilos de vida saudáveis) e a *protecção da saúde* (ênfase no ambiente, na prevenção dos acidentes e dos riscos profissionais). Prevenir os riscos profissionais e promover a saúde dos trabalhadores são os dois principais objectivos do sistema de gestão da segurança, higiene e saúde no trabalho (abreviadamente, SH&ST) que, de resto, estão consagrados na legislação portuguesa desde 1991.

Uma perspectiva e outra não são disjuntivas. Mas têm diferentes tradições históricas e fundamentações teóricas que importa sumariamente descrever e analisar. Por exemplo, nos Estados Unidos as expressões *Occupational Safety and Health* (abreviadamente, OSH) e *Workplace Health Promotion* (abreviadamente, WHP) tendiam originalmente a aparecer dissociadas. Têm sido sobretudo os europeus a procurar integrar os dois conceitos: “Two developments provide the basis for current activity in workplace health promotion. The first, the Framework Directive on Safety and Health (Council Directive 89/391) prepared the ground for a reorientation of traditional occupational health and safety (OHS) legislation and practice. The second is the increasing profile of the workplace as a setting in public health” (European Network for Workplace Health Promotion, 1997).

Embora, na Europa, tenha chegado mais tarde aos locais de trabalho, contrariamente ao que se passou na América do Norte, o conceito de *promoção da saúde* não era estranho ao campo da SH&ST. De facto, já em 1950, a primeira sessão do comité misto da OIT/OMS sobre a saúde ocupacional, apontava nesta direcção, ao propor que o objectivo dos serviços de SH&ST deveria ser: (i) a promoção e a manutenção (“promotion and maintenance”) do mais elevado grau de bem-estar (físico, mental e social) dos trabalhadores, qualquer que seja a sua profissão ou ocupação; (ii) a prevenção da incapacidade temporária ou definitiva, por motivos de saúde relacionados com as condições de trabalho; e (iii) a protecção da saúde dos trabalhadores (ILO. WHO, 1950).

Ne revisão de literatura sobre a arte de proteger e promover a saúde dos trabalhadores, vou debruçar-me sobre oito tópicos principais: (i) a história da saúde no trabalho; (ii) o sistema de gestão da saúde e segurança no trabalho; (iii) desenvolvimento organizacional e inovação em saúde no trabalho; (iv) a participação dos trabalhadores no sistema de gestão da SH&ST; (v) a natureza e a frequência dos programas e actividades de saúde no trabalho; (vi) os principais problemas de saúde da população trabalhadora; (vii) os principais *prompting factors* das políticas; e, por fim, (viii) custos e benefícios.

2.2. Breve enquadramento histórico da saúde no trabalho

2.2.1. Introdução

Na Europa, e em particular nos Estados-membros que constituem hoje a União Europeia, incluindo Portugal, há uma tradição histórica no âmbito da protecção e promoção da saúde da população trabalhadora (Schilling, 1973; Murray, 1987; Graça, 2002).

Foi na Europa, e muito em particular, na Grã-Bretanha, que emergiu a primeira revolução industrial e com ela uma nova classe social, a classe operária ou *working class* (Thompson, 1968). Foi na Europa que surgiram as primeiras preocupações com as consequências sociais da industrialização. Foi na Europa que nasceu a legislação laboral, com os primeiros *factory acts* regulamentando a idade de admissão no trabalho e a duração da jornada de trabalho. Em países como a Alemanha, a Inglaterra ou a França, foi o próprio Estado liberal que acabou por ser obrigado a tomar medidas legislativas e regulamentadoras em domínios como as condições de trabalho, o trabalho infantil e feminino, a inspecção do trabalho ou a reparação médico-legal nos acidentes de trabalho e doenças profissionais. Mas essas medidas não podem ser desligadas da primeira vaga da integração económica europeia, no período entre 1850 e 1913 (Huberman e Lewchuck, 2002). Quanto à medicina do trabalho propriamente dita, ela foi precedida pela reforma sanitária. O país que foi berço da Revolução Industrial, também o foi do sanitarismo (Chave, 1984; Murray, 1987; Sellers, 1987) e da epidemiologia (Snow, 1855; Beglehole, Bonita e Kjellström, 2003).

Convirá, porém, aqui dizer que o problema das *indústrias insalubres, incómodas e perigosas* (como era conceptualizado e verbalizado pela elite emergente do Século das Luzes), não se vai pôr tanto na perspectiva da (i) saúde da população trabalhadora como sobretudo da (ii) saúde pública e comunitária. As primeiras preocupações dos observadores e reformadores sociais, dos higienistas, dos médicos (v.g., Snow, 1855) e dos poderes públicos vão-se polarizar à volta dos novos problemas de *salubridade* (e, inevitavelmente, de *controlo social*), postos pelo crescimento industrial, demográfico e urbano.

No seu *Report on the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain* (1842), Edwin Chadwick (1800-1890) (i) pôs em evidência a relação entre a estratificação socioespacial nas cidades e a incidência da morbimortalidade; mostrou como a esperança de vida variava em função da classe social: por exemplo, em Leeds, ia dos 44 anos, para a *gentry*, aos 19 anos para os *workmen* (e 27 para os *tradesmen*); (ii) associou a prevalência de doenças endémicas e epidémicas (v.g., cólera, tifo, tuberculose) à miséria, à sobrepopulação e à falta de saneamento básico e de higiene pessoal nas principais cidades inglesas, em particular as do Norte, que conheceram um crescimento demográfico exponencial em menos de meio século; (iii) avançou, por fim, com a proposta de criação de um sistema de saúde pública, baseado nas figuras do engenheiro sanitário e do *medical officer of health*.

É (i) a *miséria* (e os seus potenciais *perigos para a ordem social*) mas também (ii) a *compaixão* burguesa que levam à realização dos primeiros inquéritos sociográficos sobre as condições de vida e de trabalho nas cidades industriais emergentes. Poderia citar-se o caso, por exemplo, do médico L.-R. Villermé (1782-1863) que realizou um vasto inquérito sobre as condições de vida e de trabalho (incluindo a saúde) dos operários franceses das tecelagens de algodão, lã e seda (*Tableau de l'État Physique et Moral des Ouvriers Employés dans les Manufactures de Coton, de Laine et de Soie*, Paris, 1840) (Graça, 2002).

Por sua vez, a necessidade de um novo paradigma explicativo para os novos problemas de morbimortalidade, está bem patente na controvérsia que se estabeleceu a propósito da tuberculose no final do Séc. XIX: "Est-elle maladie des taudis, comme le pensait la médecine ou, comme l'affirmaient les syndicats ouvriers, *la maladie de l'usure au travail* ?" (Herzlich, 1984. 154. Itálicos meus).

2.2.2. A emergência da saúde pública

A saúde pública vai ter um grande impacto na melhoria das condições de vida da população europeia, ao preconizar e implementar um conjunto de medidas elementares mas eficazes como o abastecimento de água potável, a rede de saneamento básico, a utilização de desinfetantes, a recolha do lixo nas grandes aglomerações urbanas, a pavimentação das ruas, a drenagem de pântanos, a vacinação, a educação sanitária das populações, a vigilância epidemiológica, o licenciamento industrial, etc. (Snow, 1855; Chave, 1984; Lyons e Petrucelli, 1991; Graça, 1996; Sellers, 1997).

Chadwick é considerado um dos pais fundadores do sanitarismo oitocentista. Formado sob a influência dos princípios do malthusianismo e do utilitarismo, Chadwick integra a *Royal Commission on the Poor Law* de que se tornará, a partir de 1834, secretário e depois *chief executive officer*. Foi nessa comissão (encarregue de rever a reforma do sistema de assistência pública e da repressão da indigência que remontava a 1601) que se reforçou a sua ideia fundamental para o desenvolvimento do capitalismo liberal na Grã-Bretanha (Thompson, 1968; Chave, 1984; Geremeck, 1995).

No seu já citado *General Report*, que foi um verdadeiro *best-seller* no seu tempo, Chadwick terá então oportunidade de desenvolver a sua *sanitary idea*, inovadora (e para alguns ameaçadora), numa época em que ainda estavam em vigor as duas ideias-chaves do sanitarismo do *Ancien Régime*: a segregação e a quarentena. A nova concepção do sanitarismo pode ser resumida em três pontos: (i) uma teoria da causalidade; (ii) um sistema de drenagem dos esgotos e de abastecimento de água; e, por fim, (iii) a criação da figura do engenheiro sanitário e do *Medical Officer of Health* (MOH) (Chave, 1984).

Na sequência da epidemia de cólera de 1847, é promulgado em 1848 o primeiro *Public Health Act*, criado o *General Board of Health* e nomeado o primeiro MOH da cidade de Londres, John Simon (1816-1904), o qual irá continuar a desenvolver, na esteira de Chadwick, as embrionárias estruturas de saúde pública. O *Public Health Act of 1875* veio criar, por sua vez, o verdadeiro *national public health service*, de que o nosso Ricardo Jorge (1858-1939) era um entusiástico admirador (Correia, 1960; Graça, 1996).

2.2.3. A proto-história da legislação sobre a saúde no trabalho

É costume atribuir-se ao *Health and Morals of Apprentices Act of 1802* o início de uma produção legislativa específica no domínio da protecção social dos trabalhadores. Mas esta lei não teve efeitos práticos por falta de instrumentos para a sua aplicação efectiva e concreta. É, em todo o caso, a primeira tentativa para obrigar o relutante Estado liberal a intervir na protecção dos menores, quebrando assim o tabu do *laissez faire, laissez passer*. O diploma não estabelecia restrições quanto à idade mínima de admissão ao trabalho. Em todo o caso vinha: (i) limitar a um máximo de *doze as horas de trabalho diário* dos aprendizes; (ii) proibir o *trabalho nocturno*; (iii) ordenar a *limpeza* das paredes dos estabelecimentos fabris duas vezes por ano bem como a *ventilação* dos dormitórios; e (iv) criar a função de *inspecção do trabalho*.

Na realidade, será preciso esperar três décadas até que, em 1832, Michael Sadler (1780-1835) apresenta no Parlamento inglês uma proposta de lei, essa sim, verdadeiramente pioneira. Irá dar origem ao *Factory Act of 1833*, à criação do *Factory Inspectorate* e à entrada dos médicos nas fábricas como peritos na *certificação da idade mínima* para o trabalho fabril (9 anos na indústria têxtil). De facto, mais tarde, a legislação de 1844 veio atribuir aos inspectores competências para nomear *certifying surgeons*. Entretanto, com a obrigatoriedade do registo de nascimento na Inglaterra e no País de Gales a partir de 1837, a certificação médica da idade irá tornar-se redundante, pelo que o *Factory Act of 1855* passou a conferir aos médicos duas novas obrigações: (i) o exame médico de aptidão física; e (ii) a investigação dos acidentes de trabalho. O legislador inglês acabava, assim, por criar "a rudimentary industrial medical service, the first of its kind" (Schilling, 1973. 11).

Já no reinado da Rainha Vitória (1837-1901), é promulgado em 1847 o *Ten Hour Act*, culminando uma longa batalha de quase duas décadas pelo horário de trabalho de dez horas, batalha essa que ficou conhecida pelo *Ten Hour Movement*. E cinco anos antes tinha sido publicado o *Children's Employment Commission, First Report, 1842*, o qual vai ter um grande impacto na opinião pública, dando origem à promulgação do *Mines Act of 1842*. O emprego de mulheres e de raparigas nas minas subterrâneas passava finalmente a ser proibido, enquanto aos rapazes era exigida a idade mínima de 10 anos.

A pouco e pouco, e ao longo da segunda metade do Século XIX, os sucessivos *Factory Acts* (com destaque para o *Factories and Workshops Act of 1867*) estenderam-se a todos sectores económicos (incluindo a agricultura), reforçando o princípio do controlo das condições de trabalho e abrindo o caminho à protecção e promoção da saúde dos trabalhadores.

2.2.4. Medicina do trabalho ou medicina no trabalho ?

Segundo o clássico *Hunter's Diseases of Occupations* (Murray, 1987. 113), a primeira referência conhecida à criação de um serviço médico no local de trabalho é de 1789. Em 1795 o Dr. Peter Holland (1766-1855) era não só médico assistente da família do proprietário duma manufactura têxtil, em Quarry Bank, como dos seus aprendizes. Há registos clínicos das suas consultas, pelo menos desde 1804.

No entanto, caberá à cidade de Leeds, o grande centro algodoeiro de Inglaterra, a honra de ter sido o *berço da medicina do trabalho*, a avaliar pelo exemplo pioneiro de Robert Baker (1803-1880). Por volta de 1830, este médico local, autor de relatórios de saúde pública e futuro inspector do trabalho, terá sido o primeiro a aconselhar, a um empregador que o procurou ("perturbed by the public concern about children being crippled by the long hours and conditions of factory life"), a criação de um serviço médico na sua fábrica ("a medical officer should be appointed to visit the factory daily and watch the effects of work on the children's health") (Murray, 1987. 122). Iremos encontrá-lo, mais tarde, em Outubro de 1834, a exercer as funções de *Subinspector of Factories*, nomeado ao abrigo do *Factory Act of 1833* (Lee, 1964; Mendes e Dias, 1991; Sellers, 1997).

Da proto-história da medicina do trabalho há um nome que é incontornável, o do italiano Bernardo Ramazzini (1633-1714). De facto ele foi o primeiro a analisar de maneira exaustiva e sistemática a relação entre o trabalho e a saúde. O seu *De morbis artificum diatriba* (1700; ed. rev., 1713) é considerado o primeiro tratado importante sobre as doenças profissionais ou, pelo menos, sobre as doenças relacionadas com a ocupação ou profissão no modo de produção pré-industrial. Durante praticamente quase dois séculos foi uma obra de referência da medicina e da higiene do trabalho. Conheceu vinte e quatro reedições e foi traduzida para

as principais línguas europeias: Uma das primeiras traduções a ser feita foi a francesa, *Traité des maladies des ouvriers* (1770). Há uma moderna tradução para português, feita no Brasil pelo médico português Raimundo Estrela (Mendes, 2001; Ramazzini, 2001).

Ramazzini teve um papel pioneiro no âmbito do desenvolvimento das disciplinas que se irão constituir à volta da problemática da saúde e segurança no trabalho, e nas quais se incluem a medicina do trabalho, a higiene industrial, a patologia do trabalho e a epidemiologia social. Citando Mendes (2001), o seu contributo para o exercício da medicina do trabalho poderia ser resumido nestes termos: (i) interesse por um vasto grupo da população activa até então ignorada e menosprezada pela medicina e pelos médicos no *Ancien Régime*: os artesãos; (ii) percepção dos principais determinantes da saúde/doença (ambientais, comportamentais, sociais); (iii) definição da metodologia de intervenção do médico do trabalho (recurso ao estado da arte ou revisão bibliográfica; visita aos locais de trabalho e observação directa; entrevista com o trabalhador; história ou anamnese profissional); (iv) abordagem clínico-individual da doença ocupacional; e, por fim, (v) criação de perfis epidemiológicos de morbimortalidade causada pelo (ou relacionada com o) trabalho.

O exemplo pioneiro de Ramazzini será seguido, mais tarde, na Grã-Bretanha por outros médicos como Percival Pott (1713-1788) e Charles Turner Thackrah (1795-1833), este último um médico de Leeds, tal como Baker, que publicou a primeira obra original, em língua inglesa, sobre as doenças profissionais, numa época em que os tratados, nesta matéria, se limitavam a plagiar descaradamente o velho Ramazzini. O seu livro, datado de 1830, tem o seguinte título, sugestivo e extenso, ainda muito ao gosto do Século das Luzes: *The Effects of the Principal Arts, Trades and Professions, and of Civic States and Habits of Living, on Health and Longevity with Suggestions for the Removal of many of The Agents which produce Disease and shorten the Duration of Life*.

O *Hunter's Occupational Diseases* considera que não foi Ramazzini mas Thackrah a fundar a medicina do trabalho (Murray, 1987). Chauvinismo à parte, a Inglaterra reunia então todas as condições para liderar não só a produção legislativa no campo do trabalho industrial como o próprio desenvolvimento técnico, científico, profissional e organizacional desta área do conhecimento humano e da acção colectiva.

Em 1883 o parlamento inglês tinha aprovado a primeira lei visando uma doença profissional específica, resultante da exposição ao chumbo e seus compostos: *Factories (Prevention of Lead Poisoning) Act*. Em 1891 o *Factory and Workshop Act* consolida e alarga as medidas de protecção no âmbito da SH&ST. O princípio da obrigatoriedade da notificação das doenças profissionais só será, contudo, estabelecido em 1895 (*Factory and Workshop Act of 1895*). As doenças resultantes da exposição ao chumbo e seus compostos, ao fósforo, ao arsénio e ao antraz passam a ser objecto de notificação obrigatória (para o *Chief Inspector of Factories*, acompanhada do respectivo relatório). Os trabalhadores expostos a essas substâncias perigosas passam então a ser submetido a exames médicos periódicos. Esta legislação será entretanto reforçada em 1901 (Murray, 1987; Warren, 2000).

Em 1898 é nomeado o primeiro *Medical Inspector of Factories*, na pessoa de Thomas M. Legge (1863-1932). É também quase ao virar do século que é, tardiamente, introduzido em Inglaterra o (1897). As doenças profissionais só passariam a ser objecto de reparação em 1906, se bem que a lista de factores de risco fosse ainda muito reduzida. Entre duas datas emblemáticas, 1802 (*Health and Morals of Apprentices Act*) e 1897 (*Workmen's Compensation Act*) tinha passado um século.

Todavia, o desenvolvimento da medicina do trabalho vai ser lento, mesmo beneficiando, ao virar do Séc. XX, do arranque da segunda revolução industrial, baseada na petroquímica e no motor de explosão bem como nos princípios do taylorismo-fordismo de que vão resultar (i) a centralização burocrática das empresas, (ii) a racionalização da organização do trabalho e (iii) a desqualificação do trabalhador (Taylor, 1911; Friedman, 1955; Durand, 1978; Rolle, 1978; Coriat, 1979; Perrot, 1985).

A primeira associação profissional de médicos do trabalho ingleses data apenas de 1935 (AIMO—*Association of Industrial Medical Officers*). Em 1956 a AIMO publicou *The functions of an occupational health service in an industrial organization* (Warren, 2000). Em 1965 passou a designar-se SOM – *Society of Occupational Medicine*.

Quanto ao *American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM)*, cuja designação actual é de 1992, as suas origens remontam a 1916, altura em que se formou a *American Association of Industrial Physicians & Surgeons (AAIP&S)*, mais tarde, *Industrial Medical Association (IMA)* (1951). É hoje a maior associação de medicina do trabalho do mundo: tem cerca de 7 mil associados (incluindo especialistas em saúde ambiental), dois terços dos quais ligados à prática clínica.

Em rigor, até à II Guerra Mundial vamos encontrar não propriamente médicos *do* trabalho como sobretudo (alguns) médicos *no* trabalho, por analogia com os sociólogos *da* saúde, que terão começado por ser sociólogos *na* saúde (Gill, 1986). Até tarde, até à promulgação da *Occupational Safety and Health Act of 1970*, a medicina do trabalho nos Estados Unidos esteve prisioneira do sistema privado de reparação dos acidentes de trabalho, o chamado *business-controlled 'compensation-safety establishment*. Segundo Berman (1977. 65), “to minimize financial settlements to workers, companies created the ghettoized institution of company medicine, in which the industrial physician became the company’s advocate in compensation claims, backed by an infrastructure of lawyers and corporate-sponsored research findings discounting job hazards”.

Fundada em 1939, a *American Industrial Hygiene Association (AIHA)* representa, por sua vez, os técnicos e os especialistas em segurança e higiene do trabalho, tendo cerca de 12 mil membros. O desenvolvimento científico e técnico da medicina do trabalho e áreas afins como a toxicologia e a higiene industrial, não pode ser desligado do nome, também incontornável, de Alice Hamilton (1869-1970).

Mais antiga é a Comissão Internacional de Saúde Ocupacional – em inglês, *International Commission on Occupational Health (ICOH)*; em francês, *Commission Internationale de la Santé au Travail (CIST)*. Fundada em 1906, em Milão, na sequência do primeiro *Congresso Internacional das Doenças do Trabalho*, a ICOH tem hoje como principal objectivo promover o progresso, o desenvolvimento e o conhecimento científico da saúde ocupacional, em todos os seus aspectos, numa base internacional.

Durante muito tempo, o papel dos médicos no local de trabalho dos trabalhadores será mais orientada para a casuística da *reparação* de lesões e doenças específicas do que para a *prevenção* dos riscos e factores de risco no local de trabalho. Como, de resto, o reconhece o *Hunter’s Occupational Diseases*. Nos primeiros anos de vigência do *Workmen’s Compensation Act* os médicos eram recrutados pelos empregadores apenas para verificar a validade das queixas dos trabalhadores. Em muitos casos, por boas ou más razões, “the doctor gave evidence that the worker was not suffering from the specific prescribed disease under consideration. The evidence of doctors to the 1907 Departmental Committee indicates that many of them

attributed the diseases to improvidence or alcoholism or both. The result was the evil appellation of any doctor who worked for an employer as a ‘compensation doctor’ ” (Murray, 1987. 183).

Nunca tendo sido obrigatória por lei, no Reino Unido, a organização dos *occupational health services*, ela não deixa de estar na origem de acentuada controvérsia, alimentando durante décadas a fio a suspeita da falta de independência do *industrial medical officer* face ao empregador: “This was an unhappy introduction of medicine to industry. The industrial medical officer was often regarded by workmen as the employer’s man – a suspicion which, however unfounded it may have been, has died hard” (Schilling, 1973. 13).

Trata-se de um caso típico de “dual loyalty conflict” que continua a atravessar a história e a prática das profissões de saúde (Physicians for Human Rights..., 2002) e que, no caso dos médicos do trabalho e de outros profissionais de saúde, continua a ser um problema central em termos de ética e deontologia da profissão (Allegrante e Sloan, 1986; ICOH, 1992; Lurie, 1994).

Só com o *Factories (Medical and Welfare Services) Order of 1940, No. 1325*, é que os serviços de saúde ocupacional no Reino Unido irão, entretanto, conhecer um certo desenvolvimento, nomeadamente nas indústrias reconvertidas para apoiar o esforço de guerra (v.g., fabrico de armamento e munições) (Warren, 2000). Nestas indústrias específicas, é exigida (i) a vigilância da saúde dos trabalhadores (maioritariamente mulheres), é criada (ii) a *occupational health nursing* e (iii) os serviços de primeiros socorros, para além dos (iv) *welfare services*.

Embora a enfermagem de saúde ocupacional não tenha em rigor mais de meio século, a primeira enfermeira diplomada a trabalhar numa organização industrial terá sido Philipa Flowerday em 1878, na J.& J. Colman, de Norwich: entre outras funções, fazia visitas domiciliárias aos trabalhadores doentes (Warren, 2000). Em 1860 Florence Nightingale tinha criado em Londres a primeira escola profissional de enfermagem (Woodham-Smith, 1951; Graça e Henriques, 2002). Por sua vez a *American Association of Occupational Health Nurses (AAOHN)* remonta a 1942, ano em que foi fundada por cerca de 300 enfermeiros do trabalho. Designava-se então *American Association of Industrial Nurses (AAIN)*. Hoje esta associação profissional tem cerca de 12500 membros em todos os Estados Unidos.

A certificação dos enfermeiros do trabalho é, contudo, mais recente, datando de 1972, ano em que foi criada a *American Board for Occupational Health Nurses (ABOHN)*. O papel dos enfermeiros do trabalho tem vindo a ser revalorizado no âmbito do desenvolvimento dos sistemas de gestão da SH&ST e das suas potencialidades (Rogers, 1997; WHO, 2001).

O pós-guerra também vê surgir outros profissionais que se vão interessar pelo estudo do conteúdo, da organização e das demais condições de trabalho: os sociólogos e os ergonomistas. A *International Sociological Association (ISA)* remonta a 1949. Por seu turno, a Associação Internacional de Ergonomia (*IEA – International Ergonomics Association*) foi fundada em 1959, depois de a Ergonomia ter emergido com a II Guerra Mundial. A ênfase foi então dada às questões da produtividade e da fisiologia do trabalho. Mais tarde, objectivos como a construção de ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis e a melhoria da qualidade de vida no trabalho foram considerados como igualmente importantes (O’Brown, 1996).

A França foi o primeiro país da Europa a tornar obrigatória, por lei, a criação de *services médicaux du travail* (Lei de 11 de Outubro de 1946). É também desta época a criação dos

Comités d'Hygiène et de Sécurité (Decreto de 1 de Agosto de 1947). Segundo Robert e Parmegianni (1969), cit. por Van Dormael (1978. 4), a crise mundial dos anos 30 e o desenvolvimento do taylorismo-fordismo acabaram por servir a causa da medicina do trabalho, designada por vezes pelo nome de *Service de l'entretien des hommes* (por analogia com o *Service d'entretien des machines*), “en encourageant l'étude scientifique de l'utilisation de la main d'oeuvre dans le cadre des plans de modernisation”. Nascida sobre a dupla influência social e científica da medicina militar e da medicina legal, a medicina do trabalho tornou-se uma “médecine d'expertise”, mas nem por isso menos prisioneira da armadilha do conceito de aptidão (Abécassis, 2001) ou dos exames médicos (Ley, 2001).

A Recomendação n.º 112 da OIT (1959) ter-se-á inspirado largamente na experiência francesa de desenvolvimento dos serviços médicos do trabalho. Será entretanto adoptada pela CEE em 1962. É então recomendado aos Estados-membros a criação de *services de médecine du travail* ou *occupational health services*, terminologia que não é pacífica tanto do ponto de vista semântico como conceptual (Graça, 1987).

Os *occupational health services*, de acordo com figurino proposto pela Recomendação n.º 112 da OIT, tinham como função principal *a prevenção dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais*, e nessa medida eram já uma avanço teórico e organizacional em relação à lógica da simples reparação médico-legal (*workmen's compensation*).

De qualquer modo, a grande ênfase posta na prevenção dos riscos profissionais (e, portanto, na *segurança*) contribuiu para criar uma cultura fortemente *sécuritaire* (como dizem os franceses) e, ao mesmo tempo, medicocêntrica que acabou por subestimar: (i) a prevenção da *morbilidade geral* da população activa e de outros riscos não directamente relacionados com o trabalho (por ex., condições de vida, hábitos, comportamentos de saúde e outras características individuais); (ii) os problemas de *saúde mental e de bem-estar* da população trabalhadora; (iii) a especificidade dos problemas de saúde das mulheres (que entraram mais tarde no mercado de trabalho); (iv) a importância da saúde enquanto *conceito positivo e multidimensional* e a sua relação com o trabalho; e, por fim, (v) o papel proactivo que os empregadores e os trabalhadores deveriam desempenhar no sistema de gestão da SH&ST (BIT, 1986; Guidotti, 1988; WHO, 1988; Fielding, 1991; WHO, 1991; Dejours, 1993; WHO, 1997; Wynne, 1998; ILO, 2001; Ley, 2001).

2.2.5. Um século de desenvolvimento da SH&ST em Portugal

Em Portugal, a história da segurança, higiene e saúde no trabalho (abreviadamente, SH&ST) está por fazer, em articulação com a história do direito do trabalho (Fernandes, 1994) e das demais políticas sociais (Guibentif, 1985; Rodrigues e Lima, 1987). Falta-nos investigação de arquivo e análises comparadas (Graça, 2002; Huberman e Lewchuck, 2002). Faltam-nos sínteses interpretativas da produção legislativa e regulamentadora das matérias relativas à SH&ST, vistas no contexto da formação social do Portugal contemporâneo e, mais concretamente, no quadro da racionalização técnica e organizacional das empresas que, lenta e tardiamente, acompanhou o nosso processo de desenvolvimento (Cabral, 1977; Lima, 1982; Rodrigues e Lima, 1987; Reis, 1993).

De uma perspectiva histórica e sociológica, esta legislação específica também não pode ser dissociada da problemática do desenvolvimento, entre nós, do Estado-Providência (Leal, 1984; Guibentif, 1985; Santos, 1992 e 1994; Carreira, 1996; Pereira, 1999) nem das tendências internacionais, incluindo a história da saúde e do trabalho em Inglaterra e demais países ocidentais. Também não pode ser desligada das lutas dos trabalhadores portugueses

pela melhoria das suas condições de vida e de trabalho (Simões, 1910; Santos, Lima e Ferreira, 1976).

Em rigor, só depois da grave crise de 1890, é que se pode falar verdadeiramente do início de uma *produção legislativa específica* no campo do direito do trabalho, em geral, e da SH&ST, em particular: é o caso, por exemplo, da (i) regulamentação do *trabalho dos menores e das mulheres* nos estabelecimentos industriais (decreto de 14 de Abril de 1891); (ii) introdução da inspecção do trabalho (1893); (iii) promulgação da primeira lei específica sobre *higiene e segurança do trabalho*, no sector da construção e obras públicas (decreto de 6 de Junho de 1895); ou ainda da (iv) consagração do *princípio geral da obrigatoriedade do descanso semanal* (embora apenas para os trabalhadores do comércio e indústria) (decreto de 3 de Agosto de 1907). Entretanto, em 1890 Portugal é uma dos 14 Estados que participa na Conferência Internacional do Trabalho, em Berlim, a primeira iniciativa para se criar, nessa época, um direito internacional do trabalho (Portugal. Ministério do Emprego e da Segurança Social, 1994; Graça, 2002; Huberman e Lewchuk, 2002).

Mesmo com um processo, atípico e periférico, de desenvolvimento do capitalismo (Cabral, 1977; Reis, 1987 e 1993; Mendes, 1993; Ramos, 1994; Rosas, 1994), Portugal é um país relativamente célere a adoptar as tendências internacionais e a legislar (Barreto, 1996a). No caso mais específico da legislação sobre SH&ST, a sua introdução parece ser, em grande parte, induzida por factores exógenos (por ex., participação na Conferência Internacional do Trabalho, em 1890; criação da OIT, em 1919 e da OMS em 1948; adesão à *EFTA – European Free Trade Association* em 1959; celebração do primeiro acordo comercial com a CEE em 1972; a integração europeia em 1986; adesão ao Sistema Monetário Europeu em 1992).

Num curto espaço de tempo, entre 1889 e 1907, “legislou-se em Portugal acerca de, pelo menos, quinze importantes problemas do trabalho” (Ferreira, 1981a. 185). A maior parte desta legislação vai ficar, porém, letra morta, uma pecha nacional que infelizmente chegará até aos nossos dias, como se pode de resto deduzir da resposta da Associação de Classe União dos Pintores Portuenses à inquirição sobre a situação do operariado, realizada no final da monarquia: “Há uma lei decretada em 6 de Junho de 1895; mas tem sido letra morta e os construtores civis [os trabalhadores da construção civil] continuam todos os dias a ir para o hospital ou para o necrotério” (cit. por Simões, 1910. 303).

Este período foi, de facto, fértil em iniciativas legislativas no domínio do trabalho, as quais terão sido influenciadas pela *doutrina social da Igreja* — a encíclica *Rerum Novarum*, de Leão XIII é de 1891—, mas sobretudo foram precipitadas pela crescente radicalização do movimento operário e sindical e pela ascensão política do republicanismo.

Há que ter também em conta os factores exógenos: por exemplo, o facto de Portugal ter sido membro fundador da Organização Internacional do Trabalho (OIT) em 1919, pode explicar parcialmente a adopção do sistema de seguros sociais obrigatórios pela República, mesmo que depois esse sistema não tenha sido posto em prática, por razões endógenas (por ex., crise económica e instabilidade política e social do período que se seguiu à I Guerra Mundial, contradições ideológicas e sociais do republicanismo).

Também a reforma sanitária de 1899-1901 inspirava-se explicitamente no exemplo da Inglaterra, considerada a “pátria da higiene” e o modelo de organização médico-sanitária, segundo Ricardo Jorge: “Em cidades de centenas de mil almas o estado médico reduz-se a poucos doutores em medicina; mas o *medical officer of health* tem em colaboração e

subordinação o *surveyor*, engenheiro sanitário, o *inspector of nuisances*, fiscal de salubridade e uma série de inspectores para cada ramo de aplicação e de directores de laboratório. Todo este pessoal assistente sofreu uma instrução e uma adaptação especial toda prática, que constitui, justamente, o orgulho da sanitaridade britânica” (Do preâmbulo do Decreto de 28 de Dezembro de 1899).

A preocupação essencial era então a protecção e a melhoria da saúde comunitária (e não propriamente a saúde do indivíduo enquanto trabalhador), incluindo a “higiene da indústria e do trabalho”. Segundo o art. 10º do Regulamento de 4 de Dezembro de 1901, os *serviços de saúde pública*: (i) tinham por fim “vigiar e estudar quanto diz respeito á sanidade publica, á hygiene social e á vida physica da população, promovendo as condições da sua melhoria”; e (ii) abrangiam também “a hygiene da industria e do trabalho”. Ao delegado de saúde (médico, com formação em saúde pública) que tinha a direcção técnica dos serviços sanitários do distrito (art. 76º), competia, entre outras, a função de: (i) “informar os processos de licença aos estabelecimentos insalubres, incommodos ou perigosos”; (ii) “fiscalizar a hygiene industrial e do trabalho operario”; (iii) investigar o estado da hygiene infantil, as condições sanitarias da população operaria industrial ou agricola e das classes desvalidas, assim como dos meios tendentes a melhorá-las” (n.ºs 10º e 11º).

Por sua vez, o *Instituto Central de Higiene*, “o 10º a ser fundado no mundo, e seguindo os melhores modelos — o inglês e o alemão” (Correia, 1960. XIV), tinha como missão, entre outras, a de “ministrar a instrucção especial technica e conferir o tirocinio profissional pratico, necessario como habilitação de admissão aos logares de medicos e engenheiros do corpo de saude publica “ (n.º 1 do art. 115º). Os cursos a ministrar no Instituto era a *medicina sanitária* e *engenharia sanitária*. No caso do primeiro, as matérias a leccionar deviam compreender, entre outras: “Hygiene industrial. O trabalho e a saude dos operarios. Protecção da vizinhança e dos operarios contra a insalubridade industrial. Concessão de licenças industriais” (n.º 9º do art. 118º). Esta é também a época em que o discurso sanitário oitocentista integra novas preocupações: a construção da cidade, o urbanismo, a *higiene social* (Paiva, 2000). Em 1884 Ricardo Jorge tinha justamente publicado o livro *Higiene Social Aplicada à Nação Portuguesa* (1884) (Correia, 1960; Ferreira, 1990).

Por edital de 7 de Março de 1904 (publicado no *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino, Anno 1904, n.º 4*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1906. 9-11), era aprovado programa do curso de medicina sanitária, com a duração de quatro meses. O programa, inovador para a época, compreendia, entre outras, um módulo sobre *higiene industrial*, então a cargo do conselheiro professor Sabino Maria Teixeira Coelho, médico adido do Instituto Central de Higiene, sendo os principais tópicos (i) o trabalho e a saúde dos operários; (ii) o trabalho das mulheres e menores; (iii) a insalubridade industrial; e (iv) os estabelecimentos insalubres, incómodos e perigosos. Miguel Bombarda também colaborou neste curso como docente. Um outro curso semelhante era o de engenharia sanitária.

Apesar do pioneirismo da reforma de Ricardo Jorge, o papel da saúde pública terá sido muito reduzido ou mesmo nulo no que diz respeito à protecção e promoção da saúde da população trabalhadora, a avaliar pelos indicadores históricos de morbimortalidade. No que diz respeito à *assistência pública*, a reforma não se ia muito mais além do que das pias intenções de fomentar a “caridade guiada pelos interesses sociais e económicos e tutelarmente protegida pelo Estado” (Preâmbulo do *Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública* de 1901).

Em resumo, a grande paixão de Ricardo Jorge era a saúde pública, tal como ele a via implantada em países “civilizados” como a Inglaterra e a Alemanha. Não soube ou não pôde articulá-la com um sistema de protecção social da população trabalhadora. Embora nos falem trabalhos de investigação historiográfica sobre o desenvolvimento da saúde pública em Portugal, é em todo o caso de se evitar a tentação do deslumbramento em relação às reformas operadas ou até da heroização dos seus protagonistas (Graça, 2002).

Em boa verdade a história da nossa legislação laboral (incluindo as questões da protecção social dos trabalhadores, em geral, e da SH&ST, em particular) não chega a ser centenária. Por exemplo, só em 1913 é que é promulgada a lei sobre a reparação dos *acidentes de trabalho*. E aqui é justo referir o papel pioneiro e decisivo do médico e deputado republicano J. Estêvão Vasconcelos (1869-1917). Mas só em 1919 é que surge o conceito e a figura jurídica da *doença profissional*.

Com o Código Civil de 1867 fizera-se a primeira abordagem legislativa dos problemas do trabalho assalariado (Fernandes, 1994), mas ainda não se podia falar em reconhecimento e reparação de eventuais danos para a saúde do trabalhador provocados pelo trabalho (Ribeiro, 1984; Faria e Faria, 1989). Todavia, a partir de Agosto de 1897, os *inspectores industriais* (uma figura criada quatro anos antes) já tinham a obrigação legal de fazer as estatísticas dos *desastres do trabalho*.

No final da Monarquia Constitucional, raros eram os estabelecimentos fabris, com serviços médicos e muito escasso o número de trabalhadores que se podiam dar ao luxo de adoecer, na ausência de qualquer esquema de protecção social na doença. Também eram praticamente inexistentes os equipamentos sociais susceptíveis de contribuir para humanizar a duríssima condição operária da época (v.g., refeitórios, cantinas, cooperativas de consumo, ‘criadeira’, postos de primeiros socorros) (Simões, 1910).

A República acabou por contribuir muito pouco para melhorar a situação da população trabalhadora portuguesa, ontem como hoje parte integrante do projecto de modernização da economia e da sociedade. O voluntarismo em matéria de protecção social foi tardio e inconsequente, ditado em grande parte pela necessidade de combater a crescente influência do anarcossindicalismo no seio do movimento operário, mas também pelo chamado efeito de contágio, induzido pelas tendências internacionais.

Comparando o *labour compact index* ou LCI (composto por um conjunto de 11 indicadores, 7 relativos à regulamentação das condições de trabalho e 4 à protecção social dos trabalhadores) num conjunto de 17 países europeus, Portugal, em 1913, estava na 16ª posição (0.476), à frente da Finlândia (17º) (0.447) mas atrás da Espanha (15º) (0.483) e da Rússia (14º) (0.540), numa lista que era então liderada pelo Reino Unido (1º) (0.907), seguido da França (2º) (0.833) e da Alemanha (3º) (0.830). Na primeira vaga de globalização da economia, no período anterior à I Guerra Mundial, os países do pelotão da frente em matéria de regulamentação das condições de trabalho e de protecção social dos trabalhadores eram também aqueles que tinham economias mais abertas, medidas pelo peso relativo das importações e exportações no PIB. Esse valor variava entre 0.76 no caso da Bélgica (Máximo) e 0.13 no caso de Portugal (Mínimo) (Huberman e Lewchuk, 2002).

Até 1986, o enquadramento jurídico das questões relacionadas com a SH&ST remontava, nas suas linhas essenciais, ao período de 1958-1973. Esse período corresponde, *grosso modo*, à primeira fase da modernização da nossa economia e do nosso ordenamento jurídico-laboral, resultante do triunfo das *teses industrialistas*. Assistiu-se então à hegemonia da facção da elite

dirigente que, dentro do Estado Novo, advogava uma estratégia industrializante para o país, com a consequente abertura ao exterior. Foi nesse período que se criaram, em 1962, (i) os *serviços médicos do trabalho para a prevenção médica da silicose* (D.L. n.º 44308, de 27 de Abril de 1962 e Decreto n.º 44537, de 22 de Agosto de 1962); e, em 1967, (ii) os *serviços médicos do trabalho nas empresas* (D.L. n.º 47511 e Decreto n.º 47512, ambos de 25 de Janeiro de 1967).

Apoiando-se na Recomendação n.º 112 da OIT (ILO, 1959), a criação, em 1967, de serviços de medicina do trabalho nas empresas, com uma função essencialmente preventiva, pode ser considerada, para a época, como bastante inovadora em termos doutrinários: para além da (i) protecção e prevenção, competia ainda ao médico do trabalho (ii) a *educação sanitária* (sic) dos trabalhadores. A SH&ST continuava, porém, a ser um domínio dos especialistas (neste caso, dos médicos), não se prevendo qualquer forma de participação dos trabalhadores, a não ser eventualmente nas grandes empresas, através das *comissões de higiene e segurança* no trabalho, de composição paritária, a criar no âmbito da contratação colectiva.

De acordo com o testemunho de Costa (1982. 103), "até 1962, a medicina do trabalho era praticada em número muito reduzido de empresas, quer a título meramente particular, por *vontade esclarecida de certos empresários*, quer para *cumprimento de alguns Contratos Colectivos de Trabalho*, que já esboçavam a necessidade desta modalidade de Medicina Social" (Itálicos meus).

O *regime jurídico da SH&ST* actualmente em vigor (Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro de 1991, e legislação subsequente) tem como quadro de referência a Convenção n.º 155 da OIT, de 1981, ratificada por Portugal em 1985, e a Directiva 89/391/CEE.

Para além do *aggiornamento* legislativo, houve também uma inovação ao nível dos conceitos e princípios que passaram a modelar o sistema de gestão da SH&ST a nível nacional e a nível das empresas e demais organizações. Igualmente importante foi o reconhecimento, pelo legislador, do princípio do direito à participação dos trabalhadores e seus representantes em matéria de: (i) prevenção dos riscos profissionais; (ii) protecção da saúde; e (iii) promoção do seu bem-estar físico, mental e social.

Já em 1976 a *Constituição da República Portuguesa* ia mais longe do que a concepção contratualista e instrumental do trabalho, introduzida em 1969 (Decreto-Lei n.º 49 408, de 24 de Novembro de 1969: Regime jurídico do *contrato individual de trabalho*). O trabalho deixava de ser visto como uma mera fonte de rendimento ou meio de subsistência; reconhecia-se o direito dos trabalhadores à (i) "organização do trabalho em condições socialmente dignificantes, de forma a facultar a realização pessoal", bem como à (ii) "prestação do trabalho em condições de higiene e segurança" (art. 59º).

2.3. Sistema de gestão da saúde e segurança no trabalho

2.3.1. A evolução do conceito e do modelo organizativo

A evolução dos serviços de saúde ocupacional (abreviadamente, SSO) (em inglês, *occupational health services*, OHS) na Europa tende mais ou menos a seguir o esquema proposto por Matikainen e Rantanen (1996) para o seu país, a Finlândia (e que, grosso modo, também se aplica a Portugal). A Finlândia é hoje apontada como um exemplo de sucesso no domínio da protecção e promoção da saúde dos trabalhadores (Ritva, 1996, Mizoue *et al*, 1999; ILO; 2000).

Numa primeira fase (1850-1950), são criados serviços médicos nalgumas empresas industriais, por iniciativa dos empregadores, tal como aconteceu noutros países europeus, a começar pela Inglaterra, que foi o berço da revolução industrial. Não se pode falar especificamente em medicina do trabalho, com uma preocupação de prevenção dos riscos profissionais. Nesta época eles não passavam de *serviços de medicina curativa* (“curative health services”), orientados para o trabalhador individual e para o diagnóstico e tratamento da doença, e fundamentando-se na abordagem da clínica geral. Tinham um papel passivo no local de trabalho e estavam desligados dos objectivos organizacionais da empresa. Numa época em que ainda não estava garantido o direito á saúde e aos cuidados de saúde, os serviços médicos de empresa tiveram certamente um papel importante na prestação de cuidados de saúde aos trabalhadores das grandes empresas.

Na II fase (1960-1980), os SSO tornam-se um sistema especificamente orientado para a *prevenção de riscos específicos*, não já ao nível do trabalhador individual mas da população trabalhadora (ou de grupos homogéneos de trabalhadores) e o seu ambiente físico de trabalho. A ênfase é posta nos exames médicos periódicos e na vigilância dos factores de risco ambientais (físicos, químicos e biológicos). O seu papel é mais activo, mas continuam a ser medicocêntricos, se bem que mais especializados (abordagem monodisciplinar da medicina do trabalho, de acordo com o modelo francês). Os SSO nesta fase, são fundamentalmente *preventive health services*.

Na III fase (a partir de 1990), as alterações legislativas e a integração europeia obrigam os SSO a seguir uma orientação mais compreensiva da saúde dos trabalhadores, centrada na promoção da saúde e na manutenção da capacidade de trabalho (*maintenance of work ability*, abreviadamente MWA). Este último conceito foi integrado na nova legislação finlandesa sobre SH&ST em 1994 (ILO, 2000).

A saúde no trabalho passa a ser vista sobretudo como um recurso estratégico para o *desenvolvimento pessoal e organizacional*. Principais características dos SSO: (i) têm um papel proactivo e estruturador; (ii) são multidisciplinares; (iii) estão orientados não só para os riscos específicos, como para as doenças relacionadas com o trabalho; (iv) dão igualmente importância aos factores de risco de natureza psicossocial e organizacional; (v) têm também uma importante componente curativa (prevenção secundária e terciária); (vi) é dada ênfase tanto ao ambiente de trabalho como ao indivíduo e os seus estilos de vida; (vii) passa a haver um sistema de gestão da saúde dos trabalhadores; em suma, (viii) são serviços integrados, orientados para a prevenção da doença e a promoção da saúde dos trabalhadores.

Segundo Matikainen e Rantanen (1996. 43), “health promotion and MWA are becoming leading elements in OHS”. Neste período de evolução de mais de 100 anos, pode então dizer-se que “the emphasis has shifted from individual diseases and risks for comprehensive health promotion and multidisciplinary implementation of the services”. O objecto dos modernos SSO “is not only the individual worker, nor only the specific risks at the work environment, but rather all these together”.

Para Rantanen (1998), “one of the most successful strategies for OHS in meeting the challenges posed by the process of continual change in working life has been the comprehensive approach”. Uma abordagem integrada da saúde e segurança no trabalho inclui: (i) “the maintenance and promotion of workers’ health and work ability, (ii) health and safety in the work environment and (iii) the organization of work – including management cultures, participation and organizational development activities”.

Na Alemanha como no resto dos países que integram a *Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho*, o conceito de promoção de saúde tende a fazer parte de um conceito “alargado e modernizado” (sic) de SH&ST (Breucker, 1998a. 31): “While traditional health and safety focused on the elimination of physical and chemical strain factors, modern OHS concepts consciously incorporate factors such as work organisation and work design and regard WHP [workplace health promotion] as an expression and elemental component of a holistic interpretation of health and safety”. Este conceito abrangente de saúde no trabalho ficou consagrado na *Declaração do Luxemburgo* (1997) (European Network for Workplace Health Promotion, 1997).

Em termos lógicos e cronológicos, também se poderia falar numa evolução de paradigmas de programas de promoção da saúde no trabalho (abreviadamente, PST). Segundo O’Donnell e Ainsworth (1994, cit. por Wenzel, 1994) e outros autores como Wolf Kirsten (2001), há uma *primeira geração* de programas, no local de trabalho, que são ditados por razões que não têm a ver imediatamente ou directamente com saúde. É o caso por exemplo das *smoking policies* que já teriam mais de um século de existência nalgumas empresas, e que foram introduzidas muito antes da realização e divulgação de estudos epidemiológicos sobre os efeitos no consumo (activo e passivo) de tabaco sobre a saúde humana, estudos que remonta aos anos 50 (Doll e Hill, 1964). Ou é ainda o caso do *consumo de álcool* ou das *actividades de tipo recreativo e desportivo*.

Numa *segunda geração* de programas, podemos incluir os *Employee Assistance Programs* e as actividades de SH&ST, incluindo os primeiros exames médicos orientados para a prevenção de um risco específico, relacionado ou não com o trabalho (v.g., silicose, saturnismo, hipercolesterolemia, excesso de peso, personalidade de tipo A). Começam a aparecer também os primeiros programas orientados para o *fitness*, mas já com preocupações com a manutenção e promoção da saúde do indivíduo. Estas iniciativas são dirigidas a grupos de risco ou então fazem parte, nos EUA, dos *employee benefits*.

Uma *terceira geração* de programas tem mais a ver com a III fase dos Serviços de SH&ST, proposta no esquema de Matikainen e Rantanen (1996): (i) há uma tentativa de abordagem integrada e multidisciplinar da saúde dos trabalhadores; (ii) há uma orientação para o desenvolvimento individual e organizacional; (iii) há uma preocupação em obter benefícios para todos (o indivíduo, a empresa, a sociedade); no entanto, e como diz Wenzel (1994), o objectivo dos programas de protecção e promoção da saúde deveria ser o desenvolvimento de “workstyles conducive to health”, colectivos e individuais. Uma crítica que é feita aos programas de PST, de I, II e III geração, é que eles eram (ou ainda são) muito orientados para o comportamento do trabalhador individual, pondo entre parêntesis as suas condições de vida e de trabalho.

O’Donnell e Ainsworth (1984. vii) reservam o conceito de programas de *quarta geração* para as melhores práticas em matéria de saúde no trabalho, práticas essas que ainda hoje são raras. “In the fourth generation wellness becomes both a component of the guiding principle for a corporate health strategy (...) . A wellness health strategy incorporates all activities, policies, and decisions that affect the health of employees, their families, the communities in the company is located, and the consumers whose purchasing decisions determine the companies relative success in the marketplace”.

2.3.2. Os serviços de SH&ST

2.3.2.1. Introdução

É provável que a modalidade de serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (abreviadamente, SH&ST) condicione, influencie ou até determine a política e o sistema de gestão da SH&ST. Não há literatura conclusiva sobre este ponto, até por que, no nosso país, o regime jurídico relativo à organização e funcionamento das actividades e serviços de SH&ST é ainda relativamente recente, remontando a 1994 (D.L. n.º 26/94, de 1 de Fevereiro, com a redacção que lhe foi conferida pelo D.L. n.º 109/2000, de 30 de Junho).

A organização dos serviços de SH&ST – de resto já previstos nos artigos 13º e 23º do D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro – é uma obrigação do empregador e visa explicitamente: (i) a *prevenção* dos riscos profissionais; e (ii) a *vigilância* e a *promoção* da saúde dos trabalhadores (n.º 1 do art. 3º do D.L. n.º 26/94, na sua actual redacção).

Assinale-se o facto de, em matéria de conceitos, o legislador ter definido o que entende por *prevenção* e ter omitido os outros dois termos (*vigilância* e *promoção* e *da saúde*) (art. 2º). Diga-se, de passagem, que no meio científico e profissional a que se reporta a saúde no trabalho, estamos longe de ter chegado a um consenso sobre as especificidades conceptuais e semânticas de termos que também fazem parte da filosofia de senso comum e do léxico quotidiano como *trabalho* (Rolle, 1978; Godelier, 1986; Freire, 1993), *saúde/doença* (Dejours, 1986 e 1996; Abelin *et al.*, 1987; Syme, 1992), *doença profissional* (OMS, 1988; Faria e Uva, 1988); *stress* (Young, 1980; Martino, 1992; European Commission, 2000), *prevenção da doença*, *educação para a saúde* ou *protecção e promoção da saúde* (WHO, 1984; Ingrosso, 1993; McQueen, 1989; Stachtchenko e Jenicek 1990; McQueen, 1996), *medicina do trabalho*, *higiene e segurança do trabalho* ou *promoção da saúde no local de trabalho* (Rütten, 1995; Orfel, 1998).

2.3.2.2. Modalidades de organização e funcionamento

De acordo com o D.L. n.º 26/94, de 1 de Fevereiro, na sua última versão publicada em anexo ao D.L. n.º 109/2000, de 30 de Junho, a entidade empregadora pode optar por uma das seguintes três *modalidades* principais de organização e funcionamento dos serviços de SH&ST (art. 4º): (i) serviços internos; (ii) serviços externos; e (iii) serviços interempresas.

No caso de haver mais do que um estabelecimento, a empresa pode inclusive adoptar modalidades diferentes para cada um deles. Além disso, as actividades de saúde também podem ser organizadas *separadamente* das actividades de segurança e higiene. Pode haver, por exemplo, (i) um serviço interno para a área da *segurança e higiene do trabalho*; e (ii) um serviço externo para a área da *saúde/medicina do trabalho*.

Esta flexibilidade em matéria de desenho organizacional dos serviços de SH&ST tende a ser bem acolhida pelos empregadores e, nomeadamente, por associações patronais como a CIP – Confederação da Indústria Portuguesa, sobretudo por (i) ir ao encontro da exigência de racionalidade económica e (ii) ser conforme ao princípio (constitucional) da liberdade de iniciativa e de organização empresarial. No entanto, a separação orgânica e funcional das áreas da saúde e da segurança e higiene pode provocar alguns efeitos perversos do ponto de vista da eficácia e até da eficiência do sistema de gestão da SH&ST (Graça, 1999a).

A nossa legislação é omissa quanto à(s) forma(s) de *articulação*, *coordenação* e *comunicação* entre as duas áreas. No caso da organização em separado das actividades de SH&ST, prevê-se que

haja um *responsável* por cada área (n.º 3 do art. 18º). No relatório anual da actividade dos serviços, de acordo com o modelo aprovado pela Portaria n.º 1184/2002, de 29 de Agosto de 2002, cada um desses responsáveis deverá, de resto, apor a sua assinatura no final, o que deve ser mais do que uma simples formalidade. A anterior figura do *director de serviço* desapareceu, com a nova redacção dada ao D.L. n.º 26/94, de 1 de Fevereiro, de acordo aliás com a proposta feita pela Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção das Empresas (Portugal. Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção, 1999).

Os *serviços internos* obedecem aos seguintes requisitos: (i) são criados pela própria empresa (ou estabelecimento); (ii) abrangem exclusivamente os trabalhadores que nela prestam serviço; (iii) fazem parte da estrutura da empresa; (iv) e funcionam sob o enquadramento hierárquico da administração ou direcção da empresa, embora com autonomia técnica. Teoricamente, estes dois requisitos são factores que favorecem o desenvolvimento de um sistema integrado de SH&ST (Walters, 1997; ILO, 2001).

Independentemente do ramo de actividade, as empresas com, pelo menos, *400 trabalhadores* (800, na redacção anterior ao D.L. n.º 109/2000, de 30 de Junho) no mesmo estabelecimento ou no conjunto dos estabelecimentos situados num raio de 50 km a partir do de maior dimensão, devem organizar serviços internos. O mesmo se aplica às empresas ou estabelecimentos com *mais de 49 trabalhadores* e que exerçam *actividades de elevado risco*. Tais riscos são sobretudo de natureza física, química e biológica; ficam claramente de fora os riscos de natureza psicossocial e organizacional (Sauter *et al.*, 1998), muitos deles decorrentes das *novas formas de trabalho e de organização do trabalho* (Kovács e Castillo, 1998; Kovács, 2000).

Na prática, o empregador pode adoptar a modalidade que mais lhe convier, mediante a competente autorização do IDICT, desde que não exerça nenhuma das actividades de risco elevado tipificadas na lei (art. 7º do D.L. n.º 26/94, de 1 de Fevereiro de 1994, na sua actual redacção). O legislador fez depender essa autorização do desempenho organizacional em matéria de prevenção dos riscos profissionais, a ser avaliado pelos *índices de incidência e gravidade de acidentes de trabalho*, os quais não poderão ser superiores à média do respectivo sector de actividade. Ora, até à data o IDICT não divulgou quaisquer valores de referência nesta matéria.

Na nossa legislação também é reconhecido o princípio da independência dos profissionais de SH&ST. No caso do *médico do trabalho*, e qualquer que seja a modalidade de serviço de SH&ST, o legislador diz explicitamente que deverá exercer as suas funções com *independência técnica* e em estrita obediência aos princípios de *deontologia profissional* (n.º 5 do art. 25º do D.L. n.º 26/94). Tal não impede a existência de um conflito (latente) entre o exercício da medicina do trabalho e os imperativos da gestão. E, contrariamente ao que se passa, por exemplo, na Bélgica (*Loi du 27 Décembre 1977*), em Portugal não há suficiente protecção legal do médico do trabalho em caso de tentativa de rescisão, por parte do empregador, do contrato de trabalho ou do contrato de prestação de serviço, nomeadamente quando os motivos invocados são susceptíveis de ferir a sua “independência técnica e moral”.

O mesmo se passa, de resto, com o técnico superior de segurança e higiene do trabalho, que tem um perfil exigente. Assim, no exercício da sua actividade, o técnico superior de S&HT (i) deve sempre pautar-se pelo respeito dos seus princípios de deontologia profissional; e, nomeadamente, (ii) deve “considerar a segurança e a saúde dos trabalhadores como factores prioritários da sua intervenção”, conforme disposto na alínea a) do n.º 1 do art. 4º do D.L. n.º 110/2000, de 30 de Junho de 2000. No entanto, pôr a segurança e a saúde dos

trabalhadores acima dos interesses imediatos do empregador pode, em determinadas circunstâncias, levar a um conflito entre ambas as partes.

Por sua vez, os *serviços externos* são os contratados pela empresa (ou estabelecimento) a outras entidades. Do ponto de vista jurídico, podem revestir várias modalidades. Os mais frequentes entre nós são os serviços *privados*, prestados por (i) uma *empresa societária*, desde que no respectivo pacto social conste o exercício da actividade de SH&ST, ou por (ii) uma *pessoa singular* com habilitação e formação legais adequadas (por ex., um especialista em medicina do trabalho ou um técnico superior de segurança e higiene do trabalho).

Quanto ao *serviço interempresas*, ele poderá ser “criado por uma pluralidade de empresas ou estabelecimentos para utilização comum dos trabalhadores que nelas prestam serviço” (art. 6º). Segundo o *Livro Verde*, editado pelo IDICT, “à luz da própria experiência (...), julga-se que esta modalidade não conhecerá um considerável desenvolvimento”, devido à “maior versatilidade” (sic) que seria reconhecida à modalidade de serviços externos (Portugal. IDICT, 1997. 52)

Em 1999, a Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção das Empresas iria mais longe ainda, ao liquidar pura e simplesmente a modalidade, com o argumento de que os serviços interempresas: (i) não teriam entre nós tradição; (ii) não evidenciariam procura; (iii) não se mostrariam adequados às actuais dinâmicas de gestão empresarial; e, por fim, (iv) revelariam “um défice intrínseco ao nível da definição de responsabilidades” (sic) (Portugal. Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção, 1999. 59-60), argumento que, em princípio, também poderia ser aplicado à modalidade de serviços externos.

A referida comissão manifestava-se claramente a favor da *flexibilidade organizacional* nesta matéria e, portanto, contra o paradigma da lei na altura em vigor, baseado na dicotomia serviços internos/serviços externos. Mas também se defendia, é bom lembrá-lo, que este princípio da “flexibilização na escolha dos modelos organizativos”, em matéria de SH&ST, deveria ser adoptado “em função de estratégias de obtenção de resultados” (sic).

A tendência na década de 1990 era para o recurso ao *outsourcing*, por parte da generalidade das empresas e, em particular, das PME, adoptando-se a modalidade de *serviço externo*, nomeadamente para a área da saúde/medicina do trabalho (Graça, 2001). Um número restrito de grandes empresas (GE), onde se podiam incluir algumas das nossas 500 melhores e maiores empresas da lista da *Exame*, continuariam a ter *serviços internos* (v.g., empresas públicas, empresas de controlo accionista público, empresas europeias, empresas ligadas aos principais grupos económicos).

A pretensa *versatilidade* dos serviços externos não tem, ao que eu saiba, qualquer evidência empírica, baseada na investigação sociológica ou na informação estatística de fontes administrativas como o relatório anual de actividade dos serviços de SH&ST (informação essa que, em princípio, só irá estar disponível a partir de 2004) (Graça, 2003).

Diversos factores tais como (i) o cumprimento da lei como principal *prompting factor*, (ii) a reduzida importância atribuída a esta área por muitos empregadores, gestores e trabalhadores, (iii) a insuficiência de especialistas em medicina do trabalho e de outros profissionais de SH&ST, (iv) o seu baixo *status* sócio-organizacional, bem como (v) a lógica de mercado e (vi) uma grosseira análise de custo/benefício ajudam a explicar a actual preferência pela modalidade de serviço externo em detrimento do serviço interno (Walters, 1998; Graça, 2001).

2.3.2.3. Empresas prestadoras de serviços e recursos humanos em SH&ST

Embora o problema também não esteja estudado entre nós, admite-se que a *localização geográfica* da sede da empresa ou estabelecimento possa ter alguma influência na decisão do empregador quanto à modalidade de serviço adoptada ou a adoptar, nomeadamente devido às assimetrias regionais no que respeita à oferta de profissionais das diferentes disciplinas da SH&ST bem como de empresas prestadoras de serviços externos.

Numa pesquisa documental por mim efectuada no sítio das *Páginas Amarelas*, em finais de Novembro de 2001 (<http://www.paginasamarelas.pt>) (Graça, 2001), num total de 206 empresas prestadoras de serviços externos existentes, mais de 80% estavam concentradas no eixo Setúbal-Lisboa-Leiria-Coimbra-Aveiro-Porto-Braga. Por regiões, era a de Lisboa e Vale do Tejo que concentrava a maioria relativa das empresas (48%), seguida à distância pela Região Norte (29%) e pela Região Centro (16%). Por distritos, era o de Lisboa que aparecia destacado com 34% do total, seguido pelo do Porto (20%) e de Setúbal (9%). A Região do Algarve, por seu turno, registava o mesmo número de empresas (n=8) que todas as outras restantes juntas, a Região do Alentejo e Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores.

Ainda de acordo com a mesma fonte, do ponto de vista da sua natureza jurídica, estas empresas eram, na sua grande maioria, *empresas societárias* (85%), com destaque para as sociedades por quotas (78%). Menos de 15% eram *pessoas singulares* ou empresários em nome individual. Não se sabe se há uma sub-representação destes prestadores nas *Páginas Amarelas* por razões económicas, financeiras ou outras. É bom não esquecer que se trata de informação meramente publicitária e comercial. Por outro lado, mais de dois terços das empresas (n=150) estavam registadas na categoria de *Médicos – Medicina do Trabalho* enquanto as restantes (n=56) estavam classificadas na categoria de *Higiene e Segurança no Trabalho – Serviços*, perfazendo um total de 206 empresas prestadoras de serviços externos de SH&ST. Estimo que estas empresas representem entre 35% a 45% do total das empresas existentes no mercado ou, pelo menos, das empresas que terão requerido ao IDICT a competente autorização de funcionamento nos termos do art. 12º do D.L. n.º 26/94, de 1 de Fevereiro de 1994, na sua actual redacção.

Acrescente-se que a portaria que regula a instrução do requerimento de autorização de serviços externos ou de alteração da autorização, a vistoria prévia e os parâmetros a ter em conta na decisão, nos termos do n.º 5 do supracitado artigo, só muito recentemente foi aprovada (Portaria n.º 467/2002, de 23 de Abril de 2002).

A tutela da área da SH&ST (representada pelo IDICT e pela Direcção-Geral da Saúde) não disponibiliza informação actualizada e fiável, relativamente aos recursos humanos existentes no domínio da SH&ST. No que diz respeito, por exemplo, aos *especialistas de medicina do trabalho*, estima-se que o seu número ronde já o meio milhar num total de 1200 médicos diplomados com um dos cursos de especialização que conferiam habilitação legal para o exercício da medicina do trabalho até 1 de Outubro de 2000 (data de entrada em vigor do D.L. n.º 109/2000, de 30 de Junho de 2000).

Também se desconhece o número de técnicos (nível III) ou de especialistas (nível V) de segurança e higiene do trabalho, existentes no país. Só ao fim de dez anos se completou, entretanto, o processo legislativo e regulamentador de (i) certificação do Técnico Superior e do Técnico de Segurança e Higiene do Trabalho, e de (ii) homologação da respectiva

formação, com a promulgação do D.L. n.º 110/2000, de 30 de Junho de 2000 e a publicação do respectivo manual de certificação (Portugal. IDICT e IEF, 2001).

Por outro lado, há uma certa tradição, entre nós, da medicina de empresa (ou da chamada medicina curativa). Antes do 25 de Abril de 1974, nas empresas de maior dimensão (v.g., CUF, CP, Carris, TAP, multinacionais), era prestada assistência médica aos trabalhadores. Esses serviços clínicos internos faziam parte dos “serviços sociais” ou da “obra social” ou até mesmo do “clubes de pessoal” da empresa, tendo antecedido a criação dos Serviços Médicos do Trabalho (em 1962 e 1967) (Costa, 1982; Graça, 1999b e 1999c).

A muitos dos médicos de empresa dessa época foi depois reconhecida idoneidade técnica para o exercício da medicina do trabalho, de acordo com a solução *ad hoc*, administrativa, então encontrada para resolver o problema da escassez de médicos diplomados com o curso de medicina do trabalho, criado em 1963. Como então alguém ironizou, “só não foi convertido a médico do trabalho quem o não quis ou estava distraído”, tendo sido registados na Direcção-Geral de Saúde “mais de novecentos ‘papéis amarelos’” (Faria (1994. 4). Recorde-se, por outro lado, que a fundação da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho remonta a 1965 (Uva, 2003).

Essa tradição tenderá possivelmente a perder-se, mas hoje ainda há empresas que continuam a oferecer aos seus colaboradores os serviços do *médico de clínica geral* e de *outros especialistas*: vejam-se alguns dos meus estudos de caso (Graça, 1999a, 1999b, 1999c).

Quadro II. 1 – Alguns indicadores sobre profissionais de SH&ST numa amostra de países

País	N.º de médicos de trabalho	População activa (milhares)	Rácio (1 MT/ 10000)	Outros profissionais de SH&ST
Alemanha (1998)	12776	35298	3.6	Cerca de 70 mil especialistas de higiene e segurança no trabalho
Finlândia (1995) (*)	1600	2170	6.7	1900 enfermeiros, 400 fisioterapeutas, 130 psicólogos
França (1997)	6500	22160	2.9	8000 secretárias clínicas, enfermeiras do trabalho e técnicos
Grécia (1998) (**)	400	3853	1.0	Enfermeiros do trabalho (algumas dezenas); especialistas de segurança e higiene do trabalho (algumas centenas)
Holanda (1998)	1900	7187	2.6	300 engenheiros de segurança, 250 higienistas do trabalho, e 200 especialistas em trabalho e organizações (além de 250 ergonomistas, em 1990)
Japão (1998) (*)	30000	65000	4.7	1500 enfermeiros de saúde pública + mais alguns milhares de outro pessoal de enfermagem
Portugal (2000)	1200	4525	2.6	Mais de 1000 técnicos de segurança e higiene do trabalho (sem certificação de aptidão profissional) (1997); número indeterminado de enfermeiros do trabalho

Fonte: Adapt. de Walters (1997); Portugal. IDICT (1997); WHO (1999); (*) Mizoue et al. (1999); (**) Bazas (2001)

De acordo com a exploração estatística, que fiz em 2002, do ficheiro de dados do Inquérito Nacional de Saúde 1998/99, pude concluir o seguinte: da população inquirida de trabalhadores activos, de 15 ou mais anos de idade (n=21935), que nos últimos três meses tinha consultado um médico (n=10500), 5% tinha justamente recorrido, na última consulta,

ao *médico da empresa* onde trabalhava. A empresa aparecia em 4º lugar como local de prestação de consultas médicas à população trabalhadora, a seguir ao (i) centro de saúde (44%), ao (ii) médico particular (30%) e ao (iii) hospital público (16%) (Portugal. INSA, 2001; Graça, 2002). Em França, e segundo Ley (2001) cerca de um terço dos trabalhadores não tem acesso, ao longo do ano, a outro profissional de saúde senão ao seu médico do trabalho.

De um modo geral, os *colarinhos azuis* (trabalhadores manuais) tendem a recorrer mais do que os *colarinhos brancos* (trabalhadores não-manuais) ao médico da empresa (5.3% e 4.7%, respectivamente). Ainda de acordo com a mesma fonte (o INS 1998/99), sabe-se que em cerca de 88% dos casos, o médico de empresa consultado pelos trabalhadores activos (n=529) é um *médico de clínica geral* (ou de medicina geral e familiar), seguido a grande distância por outras especialidades médicas: *medicina do trabalho* (2.5%), oftalmologia (2.1%), ortopedia (1.9%), estomatologia (1.1%), ginecologia (0.9%) e outras (3.6%).

Também não se sabe quantos *enfermeiros do trabalho* estão a exercer funções específicas nas empresas portuguesas. Começa por não haver neste momento uma clara definição legal da figura do enfermeiro do trabalho (Rogers, 1997; WHO, 2001). Na página da associação nacional dos enfermeiros do trabalho (ANET) que chegou a estar disponível na Internet até meados de 2002 também nunca encontrei informações sobre o exercício e a sociodemografia da profissão (<http://www.terranatal.com/anet/intro.htm>). Num estudo sobre a imagem do enfermeiro do trabalho, e de acordo com a percepção de uma amostra de trabalhadores portugueses (n=200), a tendência ainda era, na segunda metade da década de 1990, para associá-lo à simples prestação de “primeiros socorros” (Brasileiro, 1998).

Com ou sem formação específica, é de presumir que os enfermeiros do trabalho se dediquem a actividades não apenas *curativas* mas também *preventivas* e *educacionais*, integrados em equipas de saúde ocupacional (Graça, 1999a, 1999b, 1999c; Graça e Kompier, 1999). Mas o cenário mais provável, ao longo da década de 1990, ainda era o do enfermeiro, sem formação específica em saúde ocupacional e em regime de *part-time*, integrado num “posto médico” ou num “serviço de medicina curativa”.

Além do médico do trabalho, do clínico geral, do enfermeiro e do técnico ou especialista de segurança e higiene do trabalho, é provável também encontrar-se, embora em muito menor proporção, *outros especialistas médicos* (v.g., ortopedista, psiquiatra) e *outros profissionais de saúde* (v.g., fisioterapeuta, psicólogo). Num ou noutro caso, haverá ainda *técnicos superiores de serviço social*, integrados ou não em equipas de saúde ocupacional (Graça, 1999b). O *occupational social work* tem alguma tradição na Europa Central e do Norte e nos EUA (Chamberlain, 1983; Bargai, 1988; Bundesfachverband Betriebliche Sozialarbeit, 1995).

De qualquer modo, o *médico do trabalho* continuou a ser, até ao final da década de 1990, a figura dominante dos serviços de SH&ST, independentemente da modalidade de organização e funcionamento adoptada pelas empresas. Só agora, porém, é que se começa a *questionar* o modelo organizativo herdado dos anos 60, monodisciplinar e medicocêntrico, inspirado na experiência francesa dos *services médicaux du travail* (Van Dormael, 1978; Graça, 1987; Graça e Faria, 1992; Leal, 1993; Faria, 1994; Walters, 1997; Portugal. IDICT, 1997; Graça, 1999e; WHO, 2001).

Independentemente das condições do exercício e da sociodemografia da profissão de médico do trabalho, o rácio médico do trabalho por cada 10 mil trabalhadores variava, na segunda metade da década de 1990, entre 6.7 na Finlândia e 1.0 na Grécia, num conjunto seleccionado de sete países, incluindo Portugal (2.6) (*Quadro II.1*).

2.3.3. A situação na União Europeia e em Portugal

2.3.3.1. A integração dos serviços de SH&ST

Há alguma informação, embora limitada, sobre a situação de Portugal e dos restantes Estados-membros da União Europeia no que diz respeito às consequências decorrentes da transposição, para o direito interno de cada um deles, da Directiva 89/391/CEE, nomeadamente em relação à organização e funcionamento das actividades e serviços de SH&ST, sua natureza, modalidades, funções e recursos humanos (Stanzani, 1999).

Uma das referências sobre esta matéria é o estudo da responsabilidade da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (abreviadamente, Fundação Europeia) (*Identification and Assessment of Occupational Health and Safety Strategies in Europe 1989-1994*).

O referido estudo abrangeu 13 países, incluindo Portugal (Cardoso, 1995). O relatório final europeu foi publicado em 1996 (Walters, 1996; Piotet, 1996). De acordo com uma revisão dos resultados desse estudo, feita por Walters (1997 e 1998), a situação nesses 13 países (hoje todos eles Estados-membros da UE) poderia ser descrita nos seguintes termos: (i) estava generalizada a obrigação (legal) de criação ou utilização, por parte das empresas (nomeadamente das empresas de maior dimensão), de *serviços de saúde ocupacional*; (ii) estavam definidos, com maior ou menor precisão, os requisitos a que devia obedecer o *perfil* dos profissionais de SH&ST, incluindo as suas qualificações e formação; (iii) eram minimamente conhecidas as *funções dos serviços* de SH&ST; por fim, na maior parte destes países (iv) existiam basicamente três *modelos de serviços* (internos, externos e interempresas).

Um dos perfis mais exigentes era o da Holanda, país no qual a partir de 1 Janeiro de 1994 todos os empregadores, com 16 ou mais trabalhadores, deviam passar a dispor de um serviço de SH&ST, interno ou externo, devidamente *certificado* e objecto de auditoria externa periódica (The Netherlands. SZW, 1994; Gründemann e Vuuren, 1997). Já noutros países, como o Reino Unido e a Irlanda, não havia a obrigação legal, imposta aos empregadores, de criação ou utilização de serviços de SH&ST (Walters, 1997).

No estudo da Fundação Europeia procurou-se saber qual o grau de generalização, em cada país, das diferentes modalidades de serviços de SH&ST identificadas: (i) serviço interno (*single enterprise service* ou *in-company service*); (ii) serviço externo (*outside service*), incluindo o serviço interempresas (*group service* ou *inter-company service*); (iii) serviço de saúde pública (*public health center service*). Os dados disponíveis relativamente à França, Dinamarca e Holanda sugeriam que os *serviços internos* estavam já em franco declínio, uma tendência de resto comum aos outros países da UE e a que não eram estranhas "powerful economic considerations" (Walters, 1998).

Em todo o caso, são reconhecidos alguns dos pontos fortes e das vantagens dos *serviços internos* (Walters, 1997): (i) é um modelo adequado às necessidades das grandes empresas que, em geral, dispõem dos recursos necessários à criação e manutenção de um verdadeiro serviço integrado; (ii) o pessoal afecto às actividades de SH&ST tende a possuir as necessárias qualificações e a trabalhar a tempo inteiro; (iii) há mais probabilidades de haver uma verdadeira equipa multidisciplinar e multiprofissional; (iv) a articulação e a coordenação com os restantes sectores da empresa ou estabelecimento estão, em princípio,

salvaguardados; e, por fim, (v) os trabalhadores têm um papel mais activo, em termos de consulta e participação no sistema de gestão da SH&ST.

Há ainda suficiente evidência empírica de que os serviços internos apresentam melhores rácios em termos de cobertura da população trabalhadora. Por exemplo, em França o número médio de trabalhadores por médico do trabalho era, em 1994, de 1742 nas empresas com serviços internos e de 2919 nos serviços interempresas (Walters, 1997).

No início da década de 1990, as empresas europeias mais inovadoras no domínio do desenvolvimento das políticas e práticas de saúde no trabalho tendiam a ter *serviços internos* de saúde/medicina do trabalho (mais de 60%). Essa foi uma das conclusões de um outro projecto, neste caso de investigação e disseminação, levado a cabo pela também Fundação Europeia, *Innovative workplace action for health* (1989-1993) (Wynne e Clarkin, 1992). Diga-se, no entanto, que essa proporção era muito mais baixa em países como o Reino Unido (34%) e a Irlanda (22%) onde esses serviços não eram obrigatórios por lei, contrastando com a situação em Espanha (86%) ou a Holanda (81%), por exemplo. Refira-se que este estudo foi feito em amostras de conveniência, abrangendo um total de mais de 1400 empresas de 7 países comunitários.

No entanto, na primeira metade da década de 90, os *serviços externos* (incluindo os *group services* e os *serviços interempresas*) estavam mais desenvolvidos na Europa no Norte do que na Europa do Sul: (i) por ex., na Holanda, dos 2 milhões de trabalhadores abrangidos por serviços de SH&ST, um milhão e meio beneficiava de *group services*; (ii) em França, os *serviços interempresas* também estavam a aumentar significativamente, calculando-se que 90% dos então 6 mil médicos do trabalho exercessem a sua actividade em *services inter-entreprises*; (iii) em contrapartida, na Grécia, Portugal e Espanha os *jointly organized group services* não tinham praticamente expressão nem sequer tradição (Walters, 1997. 258).

De qualquer modo, e independentemente das modalidades de organização e funcionamento dos serviços de SH&ST, podia dizer-se que a integração das duas grandes áreas (a da *saúde* e a da *segurança* no trabalho) estava longe de ter sido acautelada e alcançada, não obstante a Directiva-Quadro, implementada em todos os Estados-membros, apontar já nesse sentido. Por outro lado, é difícil de saber o que se passa a nível da articulação/comunicação dos serviços de SH&ST com o resto da empresa. Em estudos de caso por mim efectuados esse continua a ser um dos problemas das empresas portuguesas (Graça, 1999 a; 1999b; 1999c; 1999d; Graça e Kompier, 1999).

2.3.3. 2. Estudos de caso portugueses

Em Portugal, a *integração* continuava (e continua) a ser uma das questões mais críticas do desenvolvimento das políticas e dos serviços de SH&ST (Graça e Faria, 1992; Graça, 2001). Contudo, as empresas de maior dimensão e com serviços internos de SH&ST eram aquelas que em meados da década de 1990 apresentavam os melhores indicadores, nomeadamente em termos de recursos humanos e logísticos (número e tipo de profissionais de SH&T, instalações e equipamentos, estruturas de representação dos trabalhadores). Pelo menos é o que se pode concluir de alguns estudos de caso feitos ao longo da década de 1990 (Graça, 1999).

A *empresa mineira* (Caso A) tinha um profissional de saúde, a tempo inteiro, por cada 143 trabalhadores; neste rácio não se incluindo o pessoal de apoio (secretária clínica e administrativa) nem os técnicos de ambiente e de segurança (pertencentes a outros

departamentos, orgânica e funcionalmente separados da saúde) (Graça, 1999a). Pior rácio tinha a *instituição financeira* (caso D): com cerca de 1900 trabalhadores em 1996, possuía apenas um serviço interno de saúde ocupacional, com 2 enfermeiras a tempo inteiro e dois médicos a meio tempo, além de secretariado; o rácio prestador de cuidados de saúde/trabalhadores era de 639. Não havia, portanto, outros profissionais, nomeadamente da área da segurança e higiene do trabalho (Graça, 1999d; Graça e Kompier, 1999).

O Caso C dizia respeito a um estabelecimento fabril de um grupo multinacional do sector eléctrico e electrónico; com cerca de 400 trabalhadores, a fábrica mantinha ainda a modalidade do serviço interno de SH&ST, embora a saúde/medicina do trabalho estivesse organizada separadamente, em relação à área da segurança (e ambiente); o rácio prestadores de cuidados de saúde/trabalhadores era então de 194 (Graça, 1999c).

Por fim, a autarquia a que se refere o estudo de caso B (uma câmara municipal e os respectivos serviços municipalizados de água e saneamento) dispunha de serviços integrados de saúde, desde 1989 e uma vasta equipa multidisciplinar e multiprofissional; o pessoal médico, no entanto, não exercia funções a tempo inteiro, o que fazia com que o rácio prestador de cuidados de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogo clínico)/trabalhadores fosse então da ordem dos 320 (Graça, 1999b). O seu projecto *Saúde Ocupacional, Prevenção e Qualidade de Vida* foi lançado em 1989, antecipando-se à mudança de legislação no domínio da SH&ST. Nesse projecto consubstanciava-se a ideia da criação de *serviços integrados de saúde no trabalho*, no seguimento da experiência da TAP – Air Portugal (1986), a qual foi pioneira entre nós (Leal, 1993; Graça, 1995).

2.3.3.3. Cobertura dos serviços de SH&ST

Até à primeira metade da década de 1990, Portugal, a par da Espanha, Itália e Grécia, continuava a apresentar uma baixa taxa de cobertura da população trabalhadora por serviços de saúde no trabalho (*occupational health services*), em contraste com os países da Europa do Norte, a França incluída (*Quadro II.2*).

Quadro II.2 — Grau de cobertura dos serviços de saúde no trabalho em 13 países europeus (1989-1995)

Região da UE	País	% de trabalhadores cobertos
Europa do Norte	Alemanha	50
	Bélgica	60
	Dinamarca	34
	Finlândia	90
	França	86
	Holanda	42-65 (a)
	Irlanda	(b)
	Suécia	80-70
	Reino Unido	53
Europa do Sul	Espanha	15
	Grécia	5.5
	Itália	10 (c)
	Portugal	13 (d)

(a) Situação em 1990 e 1995, respectivamente; (b) Valor desconhecido; (c) Só serviços internos das grandes empresas; não inclui a população coberta pelos centros de saúde locais; (d) Situação, referente em 1988

Fonte: Walters (1997)

Um dos países que mais progressos fez foi a Holanda, com 42% de taxa de cobertura em 1990. Depois da alteração do regime jurídico da SH&ST, na sequência da transposição da Directiva-Quadro para o direito interno, dados oficiosos referentes a Setembro de 1995 apontavam já para uma taxa de cobertura da ordem dos 65%. No início do ano de 1998, a situação holandesa tinha melhorado ainda mais significativamente: segundo informação do Ministério dos Assuntos Sociais e do Emprego (cit. por WHO, 1999), (i) cerca de 92% dos empregadores tinham serviços (internos ou externos) de SH&ST, e (ii) o grau de cobertura da população trabalhadora atingia já os 94% (cerca de 5.8 milhões).

Por seu turno, na França predominavam ainda os *Services Médicaux du Travail* (SMT), sendo o país desta amostra aquele que apresentava, a seguir à Finlândia (90%), o maior grau de cobertura da população trabalhadora por serviços preventivos (embora não integrados, no caso francês) (86%). Mesmo assim a França continua a enfrentar o problema da crónica falta de médicos de trabalho (Rothan e Chambet, 1983; Ley, 2001).

Segundo a OMS, na Região da Europa em cerca de 40% dos Estados membros os serviços de SH&ST estavam sob a tutela do ministério do trabalho; e nos restantes 60%, estavam sob a tutela do ministério da saúde. Além disso, a maior parte desses serviços tendia, cada vez mais, a operar no sector privado do mercado da SH&ST (WHO, 1990). Quanto à cobertura da população trabalhadora por serviços de SH&ST, ela também era muito variável conforme os países, indo dos 20% aos 90%. No caso dos países de Leste, a situação terá regredido, depois da queda do Muro de Berlim em 1989 e das profundas mudanças políticas, económicas e sociais que se lhe seguiram.

No princípio da década de 1990, e na Região da Europa, estimava-se em 450 mil o total de profissionais de SH&ST, dos quais 38.2% eram enfermeiros do trabalho, 22.2% médicos do trabalho, 15.6% engenheiros de segurança e 5.6% higienistas industriais (nos restantes 18.4% figuravam as outras categorias de profissionais) (WHO, 1990). Muito recentemente a OMS – Região da Europa vem reconhecer a importância do desenvolvimento quantitativo e qualitativo da enfermagem de saúde ocupacional na Europa, incluindo o alargamento e enriquecimento dos seus papéis na gestão do sistema de SH&ST. Independentemente do seu enquadramento legal e da sua integração em serviços de saúde multidisciplinares e multiprofissionais (o que é muito variável de país para país), os enfermeiros do trabalho constituiriam hoje “the single largest group of health care professionals involved in workplace health promotion” (WHO, 2001. 25).

2.3.4. Desenvolvimento da SH&ST em Portugal

2.3.4.1. Uma taxa estimada de 40% de cobertura da população activa trabalhadora

Em Portugal não existe informação estatística, de fonte administrativa, sobre o actual *grau de cobertura dos serviços de SH&ST* em relação ao (i) total de empresas e ao (ii) total da população activa empregada, desagregada por exemplo por sector ou ramo de actividade, dimensão, forma de emprego e região.

Desconhece-se, por outro lado, qual é a percentagem de empresas que têm vindo a proceder à notificação da(s) modalidade(s) de Serviço(s) de SH&ST adoptada(s), de acordo com o disposto no art. 27º do D.L. n.º 26/94, de 1 de Fevereiro de 1994, na sua redacção actual.

Terá que se aguardar os primeiros resultados do tratamento informático do relatório anual de actividade dos serviços de SH&ST (Graça, 2003).

Ao olhar-se para a estrutura empresarial portuguesa, o que sobressai são as acentuadas diferenças entre as grandes empresas (GE) e as pequenas e médias empresas (PME) bem como entre as empresas do sector produtivo e as do sector terciário, quanto à efectiva e concreta capacidade para cumprir as obrigações legais em matéria de SH&ST. E dentro das PME, há que ter em conta a situação muito particular das MPE, incluindo as (i) *pequenas* empresas (de 10 a 49 trabalhadores); e as (ii) *microempresas* (menos de 10 trabalhadores); e, dentro destas últimas, as (iii) empresas até 4 trabalhadores (Graça, 2000).

Num relatório de investigação, elaborado para o Observatório do Emprego e Formação Profissional, sobre as relações sociolaborais nas micro e pequenas empresas (abreviadamente, MPE), os autores dizem taxativamente: "O que se verificou nas unidades empresariais estudadas [vinte estudos de caso] foi, como seria de esperar tendo em conta a sua dimensão, a inexistência de uma organização formal das actividades de [SH&ST], não tendo sido detectado qualquer tipo de recurso aos serviços previstos na lei". A explicação avançada resume-se a cinco pontos: (i) situação económica precária; (ii) ausência de tradição associativa e de cooperação interempresas; (iii) desconhecimento generalizado dos problemas de SH&ST; (iv) estrutura familiar das PME; e, por fim, (v) pouca ou nenhuma importância atribuída à saúde e segurança no trabalho (Guerreiro, 1996; Guerreiro *et al.*, 2000).

Era de esperar, em todo o caso, que Portugal tivesse feito progressos na taxa de cobertura da população trabalhadora por serviços de SH&ST ao longo da década de 1990. Os dados disponíveis apontam aliás nesse sentido. Em 1988, segundo estimativa da Direcção Geral da Saúde (cit. por Faria e Santos, 1993), apenas 13% população activa civil empregada estaria coberta por *Serviços de Medicina do Trabalho* (abreviadamente, SMT) . É este valor, de resto, que foi utilizado como referência por Cardoso (1995) no já citado estudo da Fundação Europeia (Walters, 1996; Piotet, 1996).

Essa taxa de cobertura, além de muito baixa, dissimulava a existência de grandes assimetrias entre empresas e estabelecimentos, por sector e ramo de actividade, dimensão e região. Além disso, a maioria desses serviços só existia em empresas com 200 ou mais trabalhadores, empresas essas que representavam então apenas 1% do total das empresas (societárias) do Continente. Dos 1618 SMT existentes no conjunto destas empresas, 69.5% eram “privativos” e os restantes “comuns”, de acordo a terminologia do D.L. n.º 47511, de 25 de Janeiro de 1967 (Faria e Santos, 1993. 29).

Qual era a situação na segunda metade da década de 1990? Segundo o *Inquérito de Avaliação das Condições de Trabalho dos Trabalhadores*, levado a cabo em 2001 pelo DETEFP, numa amostra de 4252 trabalhadores por conta de outrem, cerca de dois terços dos respondentes declararam que na empresas onde trabalhavam eram prestados serviços de medicina do trabalho e/ou de higiene e segurança no trabalho (*Quadro II.3*). Acrescente-se que este inquérito teve como base de amostragem o universo do *Quadro de Pessoal* de 1997, abrangendo cerca de 237 mil estabelecimentos do Continente com um volume de emprego de cerca de 2.3 milhões de trabalhadores (Portugal. Ministério do Trabalho e Solidariedade. DETEFP, 1999; Portugal. Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2001).

No caso dos serviços de saúde/medicina do trabalho, a modalidade predominante eram os *serviços externos* (62%), excepto nas grandes empresas (≥ 250 trabalhadores) em que mais de

62% tinham serviços internos. No caso dos serviços de higiene e segurança no trabalho, predominavam os *serviços internos* (69%).

Por fim, e contrariamente ao que se passa em países como a França, os *serviços interempresas* têm de facto uma reduzida expressão estatística entre nós.

A existência de serviços de SH&ST, e muito em especial de serviços de medicina do trabalho, está relacionada com a dimensão (ou volume de emprego). Também está associada ao sector de actividade (*Quadro II.4*, em anexo). De facto, há sectores onde a taxa de cobertura da população trabalhadora por serviços de medicina do trabalho está claramente abaixo da média total (65%). Refira-se, por exemplo, o caso da Agricultura (CAE A) e das Pescas (CAE B) (55%), da Indústria Têxtil (CAE DB) e do Calçado (CAE DC) (59%) ou Comércio (CAE G) (49%). No caso dos serviços de higiene e segurança no trabalho, há também sectores mais deficitários como, por exemplo, a Agricultura e Pescas (52%), a Construção (57%) ou o Comércio (57%). Mais de dois terços (69%) dos inquiridos referiu a existência, no seu local de trabalho, de serviços deste tipo.

Estes resultados têm de ser analisados com precaução, devido não só às características da amostra como à própria ambiguidade das perguntas do questionário utilizado no *Inquérito de Avaliação das Condições de Trabalho dos Trabalhadores*. Refira-se, a título de exemplo: (i) “Na empresa são prestados serviços de medicina do trabalho?” (Grupo 6. Questão 1); ou: “Na empresa são prestados serviços de segurança e higiene no trabalho?” (Grupo 6. Questão 5).

A distinção entre as duas áreas funcionais levanta problemas de interpretação: (i) tradicionalmente a expressão *higiene e segurança do trabalho* cobria as actividades de medicina de trabalho, tanto na linguagem dos trabalhadores e seus representantes (v.g., Simões, 1910; Seminário Sindical sobre Higiene e Segurança no Trabalho, 1980; Ribeiro *et al.*, 1994) como dos juslaboristas (v.g., Ribeiro, 1984; Leite e Almeida, 2000); (ii) a própria distinção entre a medicina do trabalho e a chamada medicina curativa nem sempre é fácil de operar pelos trabalhadores; e, por fim, (iii) a generalidade dos trabalhadores nas nossas empresas desconhece os requisitos (v.g., idoneidade técnica e habilitação legal) a que deve obedecer o perfil dos profissionais de SH&ST.

Aparentemente há respostas incongruentes: por exemplo, (i) dois terços responderam que na sua empresa eram prestados *serviços de medicina do trabalho*; mas (ii) no conjunto das empresas ou estabelecimentos onde esses serviços eram prestados, só 82% dos inquiridos confirmaram a realização de *exames médicos regulares* (obrigatórios por lei). Por outro lado, (iii) a existência de *serviços internos de higiene e segurança* não variava com a dimensão ou volume de emprego, (iv) contrariamente ao que se passava com os serviços internos de medicina do trabalho.

Na análise do *Quadro II.3* há que ter em conta a realidade muito específica das MPE (micro e pequenas empresas: (i) as empresas até 9 trabalhadores são mais de 80% do total e representam cerca de 25% do volume de emprego; (ii) as empresas de pequena dimensão (10-49) não serão mais do que 15% do universo empresarial mas empregam mais de 27%. É nas MPE que a taxa de cobertura da população trabalhadora não deve chegar sequer aos 40% (Portugal. Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2001).

Quadro II.3 – Distribuição dos trabalhadores que referiram a existência, na sua empresa, de serviços de SH&ST por escalão de dimensão da empresa (Continente, Dez. 1999/Jan.2000) (n=4252) (%)

Dimensão (volume de emprego)	Total	1-4-	5-9	10-19	20-49	50-99	100-249	≥250
Modalidade de serviços								
Serv. medicina do trabalho	64.6	38.5	42.7	52.1	62.6	74.2	87.9	95.2
Internos	33.1	12.8	14.6	14.8	21.0	27.0	43.4	62.3
Externos	61.9	84.4	76.8	75.9	73.8	70.8	52.9	33.0
Interempresas	5.0	2.9	8.6	9.3	5.2	2.2	3.8	4.7
Serv. higiene e segurança	68.4	60.8	45.6	62.3	68.2	72.7	83.7	84.9
Internos	68.7	71.3	66.5	67.4	67.6	68.2	69.6	69.1
Externos	29.2	28.5	29.1	31.0	30.7	31.6	25.8	28.5
Interempresas	2.2	0.2	4.4	1.6	1.6	0.2	4.6	2.5

Fonte: Portugal. Ministério da Segurança Social e do Trabalho (2001)

Admitindo a existência de 10% a 15% de *yes-sayers* e de outros erros de enviesamento nas respostas (Graça, 1997), teríamos em rigor à volta de 50 a 55% da população de trabalhadores por conta de outrem (com exclusão da função pública), coberta por serviços de SH&ST. Ou sejam, grosso modo, 1.25 milhões de indivíduos. Admitamos que, na melhor das hipóteses, há mais meio milhão de indivíduos cobertos por serviços de saúde/medicina do trabalho (incluindo trabalhadores da função pública), o total perfaz cerca de 1.8 milhões, o equivalente a 40% do total da população activa empregada (em 1998).

2.3.4.2. Estimativa da cobertura a partir do rácio médico do trabalho/trabalhadores

A partir da estimativa do número de médicos do trabalho, também se poderia chegar à mesma conclusão sobre a proporção de trabalhadores cobertos por serviços de SH&ST no final da década de 1990: (i) em 1988, o número de médicos diplomados em medicina do trabalho e residentes no país era então de 585 (Faria e Santos, 1993); (ii) cerca de 1/3 não exerciam qualquer actividade profissional relacionada com a medicina do trabalho; e dos que exerciam, cerca de 75% faziam-no como actividade complementar, na maioria dos casos (7 em cada 10) durante 80 ou menos horas por mês; (iii) a este número haveria que acrescer provavelmente mais um terço de médicos com idoneidade técnica, reconhecida ao abrigo do parágrafo 1º do art. 37º do D.L. n.º 47512, de 25 de Janeiro de 1967; (iv) pode igualmente admitir-se que houvesse na altura meio milhar de médicos a exercer efectivamente a medicina do trabalho, 40% a tempo inteiro (n=200) e os restantes a tempo parcial (n=300); (v) na prática, contaríamos então com 350 médicos a tempo inteiro; (vi) em média, a cada médico do trabalho a tempo inteiro corresponderiam pouco mais de 1500 trabalhadores.

Em meados de 1997, o número de médicos do trabalho existentes no País era de 1001, dos quais 851 diplomados e os restantes com idoneidade técnica, reconhecida ao abrigo da disposição legal supracitada (Portugal. IDICT, 1997. 69). No entanto, a prática profissional dos médicos do trabalho não se terá alterado muito, até pelo menos ao ano de 1992: (i) por uma razão ou outra, 30% dos diplomados continuavam a não exercer medicina do trabalho;

(ii) e dos diplomados activos, 58% dedicavam-se à medicina do trabalho apenas em regime parcial (Faria, 1994).

Com a entrada em vigor do D. L. n.º 26/94, admitia-se que, na segunda metade da década de 1990, as condições de exercício da medicina do trabalho pudessem vir a melhorar. De qualquer modo, há um facto a registar: o aumento da procura de profissionais e da oferta de empresas prestadoras de serviços externos de SH&ST.

Na ausência de estudos sobre as necessidades do país em matéria de formação de recursos humanos nesta área e, em particular, dos especialistas em medicina do trabalho e dos técnicos e/ou especialistas em segurança e higiene do trabalho, as duas únicas figuras cujo perfil e existência são, de resto, reconhecidos por lei, é difícil fazer estimativas. De qualquer modo, com base num rácio (médio) de 1 médico a tempo inteiro por cada 2500 trabalhadores ou de 4 médicos por cada 10 mil trabalhadores, o nosso país precisaria, teoricamente, de pelo menos 1800 médicos do trabalho, a tempo inteiro. Em 1988 teríamos, portanto, apenas 20% das nossas necessidades satisfeitas.

Este rácio de 2500 trabalhadores por médico do trabalho a tempo inteiro é calculado, tendo em conta (i) o disposto no art. 17º do D.L. n.º 26/94 e (ii) um número anual (médio) de população civil empregada da ordem dos 4.5 milhões.

Até ao final da década de 1990 terá havido um aumento de 350 efectivos, chegando-se assim a um total de 1200 diplomados com o curso de especialização em medicina do trabalho (CEMT), dos quais 80% deverão actualmente exercer a actividade, a tempo inteiro ou a tempo parcial. Tendo em conta o número de especialistas reconhecidos actualmente pela Ordem dos Médicos (mais de 400) e o número de empresas prestadoras de serviços externos de SH&ST a operar no mercado (talvez meio milhar), poderemos ter, na melhor das hipóteses, 500 a 600 médicos do trabalho a exercer a actividade a tempo inteiro. Seguindo este raciocínio, no final da década de 1990 só cerca de 30% a 40% da nossa população trabalhadora estaria devidamente coberta por serviços de saúde/medicina do trabalho (o equivalente 1.5 a 1.8 milhões de trabalhadores, respectivamente). Chegar-se-ia assim à mesma conclusão da que já foi atrás referida (ponto 2.3.4.1).

No caso dos enfermeiros do trabalho, deveria haver pelo menos um em cada uma das mais de 700 empresas societárias cujo volume de emprego é superior a 250 trabalhadores (FCEE, 1997, cit. por Graça, 2000). Recorde-se o disposto no n.º 6 do art. 19º do D.L. n.º 26/94, de 1 de Fevereiro, na sua redacção actual: “Nas empresas cujo número de trabalhadores seja superior a 250, no mesmo estabelecimento, ou estabelecimentos situados na mesma localidade ou localidades próximas, o médico do trabalho, na realização dos exames de saúde, deve ser coadjuvado por um *profissional de enfermagem com experiência adequada*” (Itálico meu).

Num estudo sobre os acidentes de trabalho e de trajecto ocorridos em 1998, há também alguns dados relevantes para a estimativa da população trabalhadora coberta por serviços de SH&ST. Tratou-se de um inquérito, por entrevista directa, a uma amostra de 5081 trabalhadores do Continente, vítimas de acidentes de trabalho (94.7%) ou de trajecto (5.3%), não mortais (Portugal. Ministério da Segurança Social e do Trabalho, s/d). A base da amostragem foi constituída pelas participações feitas pelas companhias de seguros. Excluam-se, portanto, os subscritores da Caixa Geral de Aposentações cujo regime jurídico de protecção em caso de acidente de serviço ou doença profissional passou posteriormente a ser o estabelecido pelo D.L. n.º 503/99, de 20 de Novembro de 1999.

Mais de metade dos inquiridos (52%) assinalaram a existência, na sua empresa ou estabelecimento, de estruturas (sic) de SH&ST, sendo o sector da Electricidade, Gás e Água (CAE E) aquele que apresentava o maior número de respostas afirmativas. No que se refere aos serviços de medicina do trabalho (internos ou externos), 55.5% dos sinistrados apontaram a sua existência, com maior proporção para as indústrias pesadas, seguidas das indústrias ligeiras.

Para além da não-representação dos trabalhadores da função pública, julga-se que o sector terciário estaria sub-representado neste estudo, devido à taxa diferencial de incidência dos acidentes de trabalho. O mesmo se poderia dizer dos trabalhadores por conta própria, insuficientemente protegidos até 1997 em caso de acidente de trabalho (Cerca de 95% dos sinistrados eram trabalhadores por conta de outrem).

Por tudo o que ficou dito, admitia-se que no final da década de 1990 houvesse uma cobertura desigual da população trabalhadora, por serviços de SH&ST. Pelo menos mais de metade da população activa empregada não deveria ainda estar abrangida, incluindo: (i) pessoal da administração pública, central, regional e local (716.418 em 1999), com destaque para os seus três maiores sectores em volume de emprego, o da educação (228.771), o da administração autárquica (116.066) e o da saúde (115.590); (ii) trabalhadores das instituições privadas de solidariedade social; (iii) trabalhadores migrantes e outros na economia paralela; (iv) trabalhadores por conta própria (1 milhão e 136 mil no ano 2000); (v) trabalhadores familiares não remunerados, trabalhadores de explorações agrícolas familiares e outros equiparados; e (vi) trabalhadores das microempresas (até 9) (cerca de 560 mil em 1997) (Graça, 2001). Segundo o próprio Ministério da Saúde, até finais de 2002 só cerca de 10% dos hospitais, centros de saúde e outros serviços do sector público da saúde é que dispunham de serviços de SH&ST, internos na sua grande maioria (80%) (Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde, 2003. 60).

2.3.5. Integrar a saúde e a segurança dos trabalhadores no sistema de gestão da empresa

2.3.5.1. Qualidade, Ambiente e SH&ST

Na sequência da publicação das normas ISO 9000 para a gestão da qualidade, em 1986, e sobretudo das normas ISO 14000 para a gestão ambiental, em 1996, começou a surgir o interesse pela aplicação da mesma metodologia ao sistema de gestão da SH&ST (em inglês, *Occupational Safety and Health Managemet System*, abreviadamente OSH-MS).

Porém, em 1996, a *International Organisation for Standardization (ISO)* veio defender o ponto de vista segundo o qual a Organização Internacional do Trabalho (OIT), devido à sua missão, história e estrutura tripartida, seria a instituição melhor colocada para elaborar orientações e normas neste domínio. E na realidade foi o que veio a acontecer com a publicação, cinco anos mais tarde, das chamadas ILO-OSH 2001, as *ILO Guidelines on OSH Management Systems* (ILO, 2001), também recentemente traduzidas para português, em edição do IDCT (OIT, 2002).

Organizações que integram a rede da ISO não desistiram, porém, de explorar esta fileira. Foi o caso, por exemplo, da *British Standards Institution (BSI)*, e de outras organizações e empresas de certificação que, em conjunto, elaboraram as OSHAS 18001:1999 (OSHAS é o acrónimo

de *Occupational Safety and Health Assessment Series*). Desta norma internacional deriva a NP 4397: 2001 – Sistema da Gestão de Segurança e Saúde no Trabalho (Rodrigues, 2003 a).

As normas OHSAS 18001: 1999 foram desenvolvidas de modo a serem compatíveis com as ISO 9001 e as ISO 14001, e integrarem assim os três subsistemas de gestão: qualidade, ambiente e SH&ST.

Para além da área mais tradicional da SH&ST, há um crescente interesse na Europa pela aplicação do conceito, princípio e metodologia da gestão da qualidade à PST (Workshop on Quality Management in Workplace Health Promotion, 1997).

O Sistema de Gestão da SH&ST implementa-se, tal como os demais (qualidade e ambiente) em quatro fases distintas e complementares entre si, que têm por base o ciclo de Deming e o seu princípio da melhoria contínua (Creech, 1998). Estas quatro fases são conhecidas pelas suas iniciais em inglês: P (*Plan*), D (*Do*), C (*Check*), A (*Act*). O vector estratégico destas quatro acções é a Política de SH&ST da empresa ou estabelecimento (Rodrigues, 2003). No entanto, em minha opinião, a filosofia que está subjacente a este documento (as OHSAS 18001: 1999) privilegia a tradicional *cultura da segurança* (prevenção dos riscos profissionais) em detrimento da *cultura da saúde* (promoção da saúde dos trabalhadores). Esta dicotomia saúde/segurança é um dos mais sérios obstáculos à criação, entre nós, de um sistema integrado de gestão da SH&ST.

As *guidelines* da OIT têm a vantagem de: (i) serem um modelo único internacional; (ii) serem compatíveis com outras normas e recomendações em matéria de sistemas de gestão; (iii) não terem um carácter imperativo do ponto de vista legal; (iv) não pretenderem substituir nem as leis ou regulamentos nacionais nem as normas vigentes; e, por fim, (v) a sua aplicação ser voluntária, não exigir certificação, implicar uma estrutura leve e flexível (ILO, 2001).

Segundo o modelo da OIT, o sistema de gestão da SH&ST é um subsistema do sistema integrado de gestão da empresa ou estabelecimento, devendo interagir e ser compatível com os demais subsistemas de informação para a gestão (por exemplo, ambiente, qualidade, produção, recursos humanos, marketing, vendas, finanças).

A nível da empresa ou estabelecimento, aquelas *guidelines* pretendem atingir um duplo objectivo: (i) orientar e facilitar a integração do sistema de gestão da SH&ST no sistema global de gestão (incluindo a estratégia da organização e as suas diferentes políticas sectoriais); e (ii) motivar os diferentes actores da organização a aplicar princípios e métodos adequados de gestão da SH&ST, tendo em vista a melhoria contínua dos resultados em matéria de protecção e promoção da saúde dos trabalhadores (ILO, 2001).

2.3.5.2. As vantagens do sistema integrado da SH&ST

Uma das críticas correntes que se faz à SH&ST, para além da (i) frequente dissociação da saúde e da segurança, é (ii) a sua não integração no sistema de gestão da empresa ou estabelecimento. A abordagem sistémica e estratégica da SH&ST pretende obviar aos inconvenientes da prática dos médicos do trabalho, engenheiros de segurança e outros, que é tradicionalmente programática, *top down*, vertical, técnico-normativa, monodisciplinar, parcelar, especializada e atomística.

Essa prática profissional (i) não deixa grande espaço de manobra para o trabalho em equipa, as redes de comunicação abertas, a cooperação intersectorial e a participação activa dos diferentes *stakeholders* (e em especial dos trabalhadores); (ii) sobrevaloriza a *compliance* e o cumprimento das normas em detrimento de lógicas de desenvolvimento pessoal e organizacional; e, por fim, (iii) ignora ou escamoteia a importância do *feedback*, da avaliação de resultados e da melhoria contínua do desempenho organizacional.

As vantagens de um sistema integrado de gestão da SH&ST poderiam ser sumariamente enumeradas desta maneira: (i) alinhamento e congruência dos objectivos de SH&ST com a estratégia e os objectivos da organização; (ii) integração da SH&ST no sistema organizacional e nos seus diferentes subsistemas (v.g., produção, vendas, finanças, recursos humanos); (iii) definição dos programas e actividades de SH&ST num modelo de análise lógico e coerente; (iv) estabelecimento de um conjunto consistente de políticas, objectivos, programas e procedimentos, e sua eficiente e eficaz divulgação; (v) criação de uma sistema de informação e documentação permitindo a realização de auditorias periódicas; e, por fim, (vi) adaptação flexível a diferentes contextos culturais e nacionais. Os custos de concepção e implementação e os disfuncionamentos burocráticos podem ser apontados, por seu turno, como duas possíveis desvantagens dos sistemas de gestão da SH&ST (IOHA, 1998).

De acordo com o modelo proposto pela OIT, importa ainda reter os cinco elementos estruturadores do sistema de gestão da SH&ST: (i) a política; (ii) a organização; (iii) o planeamento e a implementação; (iv) a avaliação; e, por fim, (v) a correcção na perspectiva da melhoria contínua (ILO, 2001; OIT, 2002).

O empregador deve definir e apresentar, em documento escrito, uma política no domínio da SH&ST. Essa política deve: (i) ser *apropriada* à empresa ou estabelecimento, tendo em conta a sua dimensão, o seu ramo de actividade económica, a sua história, a sua cultura e as suas especificidades; (ii) ser *clara, concisa e precisa*; (iii) estar *datada e devidamente assinada* pelo empregador ou pelos seus representantes legais ou por um gestor executivo de topo; (iv) ser amplamente *divulgada e conhecida* por todo o pessoal nos diferentes locais de trabalho e nos diversos estabelecimentos da empresa (se os houver); (iv) estar *acessível a outros interessados no exterior* (v.g., IDICT, Direcção Geral da Saúde, associações patronais e sindicais, fornecedores e clientes, universidade, público em geral) e, tanto quanto possível, ser divulgada pela página da empresa na Internet; e enfim (v) ser *revista periodicamente*.

A política de SH&ST deve incluir, no mínimo, um conjunto de *princípios e objectivos*, aceites e assumidos pelo empregador e pelos seus representantes: (i) a protecção da saúde e segurança de todo o pessoal da empresa ou organização, através da *prevenção dos riscos profissionais*, da vigilância da saúde dos trabalhadores e da vigilância do seu ambiente, tanto físico como psicossocial, de trabalho, bem como da promoção da sua saúde e do seu bem-estar; (ii) o cumprimento das obrigações legais, convencionais e facultativas em matéria de SH&ST (legislação nacional e comunitária, convenções colectivas de trabalho, programas voluntários ou outros compromissos assumidos nesta matéria, tais como a prestação de cuidados médicos, a educação para a saúde, a promoção de estilos de vida saudáveis, a realização de programas de tratamento e reabilitação de doenças crónicas, etc.); (iii) a garantia da igualdade de oportunidades de participação e consulta dos trabalhadores e/ou seus representantes nas diferentes fases do sistema de gestão da SH&ST; (iv) a melhoria contínua da eficácia, da eficiência e da qualidade do sistema de gestão da SH&ST.

A *participação dos trabalhadores* é um elemento essencial do sistema de gestão da SH&ST. Os trabalhadores e os seus representantes eleitos para a SH&ST têm direito, no mínimo, à

informação, formação e consulta em todas as matérias relacionadas com a SH&ST e com o seu posto de trabalho. Para uma participação activa nas diferentes fases do processo de gestão da SH&ST (concepção, planeamento, organização, execução, avaliação, correcção e melhoria), os trabalhadores e/ou seus representantes precisam não só de tempo como de outros recursos (financeiros, técnicos, humanos, logísticos).

A nível da organização, há que tirar as devidas ilações do facto de a protecção e a promoção da saúde no trabalho ser uma *obrigação legal do empregador*. Tal implica, por exemplo, (i) a clara assunção da liderança da SH&ST e (ii) a definição de responsabilidades. Implica igualmente (iii) a afectação de recursos, (iv) a procura de competências e (v) a garantia de formação, a par da (vi) criação do sistema de informação e documentação. Devem ser igualmente definidos nesta fase (vii) a rede e os processos de comunicação, a nível interno e externo.

O planeamento, por sua vez, tem sobretudo a ver com: (i) o estabelecimento de objectivos de SH&ST (v.g., específicos, apropriados, mensuráveis, escritos, congruentes com a legislação e a cultura da empresa); (ii) a concepção de programas e actividades baseados na avaliação de riscos e na identificação de necessidades e expectativas dos trabalhadores, através nomeadamente de técnicas de grupo ou de inquérito por questionário (Graça, 1999f).

A avaliação é sobretudo: (i) a monitorização e avaliação de resultados e processos; (ii) a auditoria periódica do sistema de gestão da SH&ST; (iii) a revisão periódica a realizar pela direcção de topo; (iv) a correcção do plano; e, por fim, (v) a melhoria contínua do sistema de gestão da SH&ST (ILO, 2001).

2.4. Desenvolvimento organizacional e inovação em saúde no trabalho

2.4.1. As maiores e as melhores

Para além da dimensão (ou volume de emprego) (Fielding, 1990 e 1998), há outras características organizacionais que estão associadas à prevalência de actividades de saúde no local de trabalho, nos EUA, tal como se pode concluir dos resultados do inquérito por questionário postal às 500 empresas eleitas pela revista *Fortune* como as melhores e as maiores do ano de 1984 (abreviadamente, *Fortune 500/1984*).

Basicamente os autores (Hollander e Lengermann, 1988) pretendiam saber o seguinte: (i) se a empresa tinha em curso algum programa de promoção da saúde; (ii) o tipo e o número de actividades ou programas; (iii) a elegibilidade dos diversos grupos de trabalhadores e o seu nível de participação; (iv) os recursos afectos ao programa (financeiros, humanos e logísticos); (v) a metodologia de planeamento e avaliação; e (vi) as intenções futuras da empresa neste domínio.

Quanto às variáveis independentes, consideravam-se: (i) o *ranking* ou posição da empresa na lista da *Fortune 500/1984* (em função do volume de negócio); (ii) a dimensão (ou número de trabalhadores); (iii) o grau de modernização tecnológica (baixo ou alto).

Dois terços (n=164) dos respondentes (n=247) eram empresas activas no domínio da saúde no trabalho. E dessas, mais de 60% (n=92) tencionavam expandir as suas actividades. O número médio de actividades era de 7.9. Além disso, quanto maior era a classificação ou o *ranking* das empresas na lista da *Fortune 500/1984*, maior era a probabilidade de (i) terem um *programa de saúde no trabalho*, de (ii) oferecerem *maior número de actividades* no âmbito do

programa e de (iii) terem *planos para expandir o(s) programa(s)*. A dimensão também estava relacionada com a prevalência da PST e o número médio de actividades. O grau de modernização tecnológica, baixo (*lo-tech*) ou alto (*hi-tech*), não estava associado à existência de programas, mas estava positivamente relacionado com o número de actividades realizadas e com os planos de expansão dos programas (*Quadro II.5*).

Sectores em que havia mais de 80% de empresas com iniciativas de saúde eram as indústrias extractivas (“mining”) e as indústrias transformadoras (“such as printing, office equipment, oil refining and cosmetics”), em contraste com sectores mais tradicionais como os têxteis, a fabricação de produtos metálicos ou os transportes (onde a frequência de programas se situava abaixo dos 50%).

Ainda de acordo com os resultados do citado inquérito, as dez actividades mais frequentes eram as seguintes: (i) controlo da hipertensão (83%); (ii) exames globais de saúde (78%); (iii) consumo de álcool e droga (75%); (iv) consumo de tabaco (75%); (v) prevenção dos acidentes, segurança e primeiros socorros (75%); (vi) actividade física (75%); (vii) controlo do peso e nutrição (65%); (viii) gestão do stress (61%); (ix) diagnóstico e tratamento do cancro (61%); e, por fim, (x) informação e aconselhamento em matéria de saúde mental (36%).

Nas empresas da *Fortune 500/1984*, a percentagem média de trabalhadores elegíveis para participar nas actividades de saúde era muito alta (cerca de 90%). Quanto à participação média efectiva situava-se nos 40%. E, se bem que as diferenças não fossem estatisticamente significativas, “the highest ranked, largest, and hi-tech categories once again show the highest levels of participation” (Hollander e Lengermann, 1988. 496).

Quadro II. 5– Prevalência de programas de PST na amostra das 500 melhores e maiores empresas da *Fortune 500/1984* (n=247)

	Empresas c/ Programas (%)	N.º médio de actividades	Empresas c/ planos de expansão dos programas existentes (%)
Classificação (Lista da 'Fortune')			
1-100	91*	8.9 †	79 •
101-200	77 *	8.0 †	61 •
201-300	70 *	6.8 †	48 •
301-400	45 *	7.2 †	38 •
401-500	35 *	5.7 †	54 •
Dimensão (volume de emprego)			
1-999	62 •	6.0 †	59
1000-9999	63 •	8.6 †	52
≥ 10000	75 •	8.5 †	71
Grau de modernização tecnológica			
Baixo	66	7.3 •	55
Alto	67	8.4 •	69
Total	66 (n=164)	7.9 (n=164)	61 (n=92)

* p < 0.001; † p < 0.01; • p < 0.05

Fonte: Hollander e Lengermann (1988. 495)

Quanto ao *organizational support*, é interessante sublinhar que: (i) mais de metade (53%) das empresas cobriam totalmente os encargos financeiros com os programas; (ii) em 43% dos casos, os custos eram partilhados pelo empregador e pelos trabalhadores; (iii) só em 20% das empresas é que os programas de saúde decorriam inteiramente durante o tempo de

trabalho; (iv) o pessoal de enfermagem estava envolvido em 74% dos programas, uma proporção muito mais alta do que em relação a outros profissionais, como por ex. os médicos (60%), os especialistas em educação para a saúde (39%) ou os gestores e técnicos de recursos humanos (39%).

Ainda de acordo com Hollander e Lengermann (1988. 497), em metade das empresas as actividades decorriam dentro e fora do horário de trabalho (“on a *combination of company and employee time*”). Este padrão era mais provável de ser encontrado nas “higher ranked, larger, and hi-tech companies”. Quanto ao número de profissionais envolvidos (médicos, enfermeiros e *health educators*), 83% dos programas empregavam pelo menos um destes profissionais, 59% empregavam pelo menos dois e 23% empregavam todos os três. A classificação, a dimensão e o grau de modernização tecnológica eram variáveis que estavam relacionadas com a existência da figura do *health educator* e a sua integração na equipa de saúde: “(...) the top 100 companies of the Fortune 500 are much more likely than other ranks to use all three health-professionals as a group (43% in the top rank compared with 14% in the next highest rank); (...) the top rank is also more likely to hire each type of health professionals separately, and in particular health educators”.

Era esperado que as empresas da *Fortune 500/1984*, cotadas como sendo as melhores e as maiores, usassem no processo de PST as mesmas técnicas de planeamento e avaliação aplicáveis ao processo de produção de bens ou prestação de serviços, e em particular: (i) o estudo de necessidades (*needs assessment*), para determinar as actividades a oferecer; (ii) a avaliação de processos e/ou resultados (*evaluation*); e (iii) a análise de custos (*cost analysis*).

De acordo com o *Quadro II.6*, mais de metade dos respondentes usavam pelo menos uma destas técnicas, sendo maior a proporção do *estudo de necessidades* (41%) em relação à *avaliação de resultados* (35%). Apenas 16% destas empresas faziam *análise de custos*.

Quadro II.6 – Percentagem de empresas da amostra da amostra da *Fortune 500/1984*, que faziam estudo de necessidades, avaliação e análise de custos no âmbito dos programas de PST (n=164)

	Estudo de necessidades (1)	Avaliação de resultados (2)	Análise de custo (3)	Não usavam nenhuma destas técnicas (1,2,3)
Classificação				
1-100	51	40	26	38
101-200	46	36	11	39
201-500	31	30	11	59
Dimensão				
1-999	33	20 •	13	62 •
1000-9999	45	43 •	17	42 •
≥ 10000	49	41 •	17	36 •
Grau de modernização tecnológica				
Baixo	38	35	17	50
Alto	46	35	14	43
Total	41 (n=64)	35 (n=54)	16 (n=24)	47 (n=76)

• p < 0.05

Fonte: Hollander e Lengermann (1988. 498)

Na interpretação dos resultados, verifica-se que há alguma associação entre o uso destas técnicas e as variáveis organizacionais (“rank, size and type of industry”), muito embora essa relação não seja estatisticamente significativa, a não ser para a dimensão.

O estudo apontava para outra tendência interessante: (i) de um modo geral, as empresas de maior dimensão e melhor classificadas na lista da *Fortune 500/1984*, bem como as empresas com maior grau de modernização tecnológica e que aplicavam as técnicas de planeamento e avaliação aos programas PST, usavam mais os profissionais de saúde do que os técnicos e gestores de recursos humanos para implementar os programas de PST; (ii), preferiam, além disso, os enfermeiros e os *health educators* aos médicos.

Embora a explicação possa também ser atribuída a uma utilização mais racional de recursos, é mais provável que seja devida ao conhecimento de que “health information and behavior can be enhanced with a diverse mix of health personnel and with less dominance of physicians” (Hollander e Lengermann, 1988. 499).

Por outro lado, a *ausência de planeamento e avaliação* numa elevada proporção de empresas da lista da *Fortune 500/1984* com programas de PST (47%), significava que uma boa parte da difusão de programas de saúde tinha a ver sobretudo com o fenómeno da imitação (“nonrational processes of copying an innovation identified with successful companies”), e não propriamente com processos de desenvolvimento organizacional (“based on rational efforts to adapt to environmental shifts in complexity, uncertainty, and resources”) (Hollander e Lengermann, 1988. 500).

Por fim, era esperado que, com a previsível expansão e o consequente desenvolvimento da PST nos EUA, as diferenças organizacionais, tecnológicas e culturais das empresas viessem ao de cima, determinando por sua vez a frequência, a natureza, a metodologia e o ritmo de evolução dos programas.

As empresas da lista da *Fortune 500* eram então vistas como constituindo uma espécie de barómetro do estado da arte em relação ao tópico da PST, não só pelo (i) seu volume de emprego e de negócio, como também pela (ii) sua *performance* económico-financeira, pelo (iii) seu sentido de responsabilidade social e pelos (iv) recursos que, à partida e por oposição às PME, poderiam dispor para investir, de maneira inovadora e custo/efectiva, na saúde dos seus colaboradores.

2.4.2. Supportive (working) environment

O conceito de *supportive environment* foi introduzido no campo da promoção da saúde por ocasião da *III International Conference on Health Promotion: Supportive Environments for Health* que se realizou em Sundvall, na Suécia, em 1991. No contexto da saúde, este termo refere-se à dimensão quer física quer social dos sistemas em que vivemos e trabalhamos: “It encompasses where people live, their local community, their home, where they work and play. It also embraces the framework which determines access to resources for living, and opportunities for empowerment. Thus action to create supportive environments has many dimensions: physical, social, spiritual, economic and political” (WHO, 1991a). As suas implicações para a protecção e promoção da saúde no trabalho são muito importantes (Haglund, Petterson e Tillgren, 1991).

Num estudo que incidia sobre uma amostra dos gestores (n=48) das 500 melhores e maiores empresas da Califórnia, Witte (1993) encontrou uma relação significativa entre o estilo de

gestão e a PST. Recorrendo à entrevista por telefone, o autor obteve informação sobre quatro áreas: (i) caracterização *sociodemográfica* da empresa; (ii) avaliação do *estilo de gestão* (através da aplicação de uma escala de tipo diferenciador semântico de dez itens bipolares, por ex.: flexível/rígido, participativo/directivo); (iii) percepção dos *factores de risco e problemas de saúde no trabalho*; (iv) *políticas, programas e actividades de saúde* em curso na empresa ou estabelecimento.

O autor examinou duas hipóteses de investigação: as organizações (i) com programas de PST ou que (ii) pensavam vir a implementar programas de PST, tendiam a ter estilos de gestão mais *democráticos ou participativos*; pelo contrário as organizações (iii) sem programas de PST ou que (iv) não tinham planos neste domínio, tendiam a ser mais *autocráticas ou directivas*.

A partir da literatura sobre *liderança* (por ex., Tannenbaum e Schmidt, 1958; Hersey e Blanchard, 1982) e da *teoria da difusão da inovação* (por ex., Rogers e Schoemaker, 1971; Orlandi, 1986), Witte (1993. 229) define do seguinte modo os dois estilos predominantes de gestão: (i) o estilo de gestão autoritário é também conhecido como “the traditional, scientific, classical, and autocratic style” (ênfase, por parte do gestor, nas tarefas, nos objectivos, na eficiência e eficácia, no desempenho, na produção); (ii) o estilo de gestão democrático é também conhecido como “the human relations, participatory, and innovative style” (ênfase, por parte, do gestor na partilha com os colaboradores das tarefas de concepção, planeamento, execução e avaliação).

De acordo com a *teoria da difusão da inovação*, (i) as organizações com o estilo de gestão *autoritário* tenderiam a ser cépticas e tradicionalistas (seriam as últimas a aceitar e adoptar as mudanças); pelo contrário, (ii) as organizações com um estilo de gestão mais *participativo* reconheceriam mais depressa e adoptariam mais facilmente as mudanças.

Não é difícil reconhecer que esta tipologia é bastante simplista ou redutora, como todas tipologias. Tal como em relação à liderança dos gestores individuais, as organizações têm um estilo de gestão que forma um *continuum*, indo de autocrático a democrático. Estes dois estilos não são disjuntivos (Jesuino, 1987). Provavelmente, fará mais sentido falar-se em *cultura organizacional* do que em *organizational management style* (OMS). A cultura organizacional tende a ser entendida como “a common perception held by the organization’s members; a system of shared meaning” (Robbins, 1998. 595), e é seguramente influenciada pela liderança da gestão de topo.

No entanto, para Witte (1993. 230), o *organizational management style* (OMS) seria um construto mais específico e concreto do que *cultura organizacional*: “For example, an organization’s management style includes such factors as information flow patterns, decision-making style, communication style, methods of management (task or instrumental focus), and management structure”.

Metade da amostra californiana era constituída por empresas *hi-tech* (empresas com elevado grau de modernização tecnológica). A outra metade incluía sectores mais tradicionais como a indústria transformadora pesada, o comércio por retalho, a banca e os serviços. Cerca de 40% dos gestores que foram entrevistados disseram que tinham pelo menos um dos 10 programas-tipos de promoção da saúde (v.g., actividade física, avaliação de riscos, controlo do peso, feiras da saúde, gestão do stresse, hipertensão, lesões musculoesqueléticas, nutrição, prevenção dos acidentes e tabaco) (Witte, 1993).

Entretanto, duas em cada cinco das empresas que tinham programas de PST, apresentavam (i) como principal *prompting factor* a contenção dos custos com os cuidados de saúde; (ii) a falta de tempo era referida, por sua vez, como a principal razão para explicar a ausência de programas de PST, por parte de mais de 60% das empresas que não tinham este tipo de actividades.

As duas hipóteses de investigação foram confirmadas. Na amostra californiana, *o estilo de gestão* era o único factor que predizia a PST: (i) as organizações com programas de PST (ou com planos para a sua implementação no futuro) tendiam a ser mais *democráticas* (liderança centrada no *grupo*); (ii) por seu turno, as organizações sem programas de PST (nem planos para introduzi-las no futuro) tendiam a ser mais *autocráticas* (liderança centrada no *líder*).

O autor discute duas hipóteses de explicação para estes resultados (que, em princípio, não podem ser generalizados, dadas os possíveis enviesamentos da amostra, circunscrita a empresas de grande dimensão e duma região específica dos EUA).

A primeira hipótese explicativa está relacionada com a teoria da difusão da inovação (Rogers e Schoemaker, 1971), segundo a qual o fenómeno da adopção de tudo aquilo que é considerado novo ou *inovador* segue a distribuição da curva normal, podendo distinguir-se cinco categorias de respostas comportamentais (Witte, 1993. 228): (i) os *inovadores* propriamente ditos (*innovators*) (2.5% da população); (ii) os *primeiros a adoptar* a inovação (*early adopters*) (13.5%); (iii) a maioria relativa dos que *imitam os anteriores* (*early majority*) (34%); (iv) a maioria relativa dos que *tardam a adoptar* as inovações (*late majority*) (34%); (v) e, finalmente, os *conservadores* ou *tradicionalistas* que se recusam a mudar (*laggards*) (16%).

Em função do seu estilo de gestão dominante (democrático ou autocrático), as organizações tendem a cair num dos lados da distribuição da adopção da inovação”: (i) “if democratic organizations may be classified as innovators, early adopters, or the early majority, we would expect them to adopt and implement programs early in the worksite health program innovation curve”; (ii) as organizações autoritárias, pelo contrário, “appear to fit the categories of the late majority and laggards, given their lack of adoption and implementation”.

A segunda hipótese explicativa, avançada por Witte (1993), centra-se na *teoria do controlo social* (Conrad e Walsh, 1992): (i) as organizações autoritárias tenderiam a manter as velhas formas de controlo social, enquanto (ii) as organizações democráticas procuravam ensaiar e adoptar novas formas. “It is plausible that authoritarian management style organizations, which are by definition more traditional in their outlook, engage in ‘old’ form of social control, where procedures and jobs are routinized and institutionalized in an attempt to control the labor force. Authoritarian organizations claim no jurisdiction over lifestyle-related health behaviors, because these fall outside the scope of corporate control. Thus, authoritarian organizations do not view health promotion programs as necessary or beneficial”.

As organizações democráticas, pelo contrário, “may be engaging in an emergent ‘new’ form of social control where employers, in the name of health and wellness, attempt to control lifestyle behaviors inside as well as outside the organization” (...). Thus, democratic organizations engaging in the ‘new’ form of social control may be more likely to offer health promotion programs, which may be seen as a better means to control employee productivity and commitment than ‘old’ forms of social control” (Witte, 1993).

De qualquer modo, há que distinguir entre *elegibilidade* e *participação*. Esta, por exemplo, era claramente variável em função do tipo de programa e do local onde era administrado (dentro ou fora do estabelecimento). Segundo Fielding (1990), os programas de *avaliação e vigilância da saúde* tendiam a registar taxas mais elevadas de participação (70% a 90%), ao invés dos programas de *redução de riscos* (entre 5% a 30% dos trabalhadores elegíveis, ou seja, pertencentes ao grupo de risco, durante o período de um ano). Programas como o do tabaco e da obesidade raramente mobilizavam mais do que 20% a 25% dos trabalhadores elegíveis. Um programa como o *Live for Life*® da Johnson & Johnson apontava originalmente para taxas de participação ou de adesão entre os 20% e os 40% dos trabalhadores elegíveis, conforme o tipo de programa específico.

Segundo a experiência norte-americana dos anos oitenta, a participação (e a continuação da participação ao longo do tempo) da população trabalhadora dependia de múltiplos factores, incluindo: (i) a visibilidade do apoio da gestão (a todos os níveis, desde o topo à base); (ii) a existência e a natureza dos incentivos (positivos ou negativos, com expressão monetária ou não); (iii) as garantias de confidencialidade; ou (iv) o tipo de metodologia usada no planeamento, implementação e avaliação dos programas (Sloan *et al.*, 1987; Stange *et al.*, 1991; Stoffelmayr *et al.*, 1992; Heirich *et al.*, 1993).

Educadores e promotores de saúde tenderiam, por outro lado, a subestimar a importância dos factores psicossociais e organizacionais associados à participação dos trabalhadores (Sloan e Gruman, 1988; Conrad, 1987a). A importância do clima organizacional e da percepção individual dos riscos para a saúde foi demonstrada num estudo preliminar na *AT&TN Communications*, por Sloan e Gruman (1988).

Por sua vez, num estudo prospectivo, realizado por Stange e colaboradores (1991) sobre os factores que prediziam a participação num programa de PST, foram seleccionados como variáveis independentes a percepção da eficácia, o *health belief model*, o suporte social, o stress, a experiência de participação em actividades ou programas de saúde anteriores, a importância atribuída à saúde, bem como o empenhamento e a satisfação no trabalho. E como variáveis intermédias, as características demográficas, o estado de saúde e os hábitos de saúde.

O referido estudo demonstrou que só a *percepção da eficácia do programa* estava associada à participação no total da amostra (n=396, representando 78% da população da empresa). Por *eficácia* deve entender-se (i) o grau de confiança no programa, (ii) a autoconfiança e (iii) as expectativas em relação aos resultados, ou seja, a percepção individual relativamente à possibilidade de se operar uma *mudança efectiva e concreta* dos comportamentos específicos de saúde, objectos de um dado programa (por ex., deixar de fumar, mudar os hábitos alimentares, aprender a lidar com o stress, controlar o peso, prevenir os acidentes).

Uma crítica que tem sido feita a muitos programas, nos EUA, centra-se no facto de a promoção da saúde no trabalho ser mais dirigida ao (i) *desenvolvimento individual* do que ao (ii) *desenvolvimento organizacional*. Ora, para ser eficaz, ela tem de ser simultaneamente uma *health action* e uma *organizational action* (Sloan *et al.*, 1987; Sloan e Gruman, 1988; Green, 1988), ou seja, agir sobre o ambiente de trabalho e ao mesmo tempo fornecer informação e conhecimento aos trabalhadores, além do imprescindível apoio, com vista a manterem e melhorarem a sua saúde (Ribisl e Reischl, 1993; WHO, 1995; Wynne, 1998).

2.4.3. A especificidade europeia

Fazendo o balanço daquele que foi provavelmente “the largest single researching development program undertaken in the area of Workplace Health Promotion in Europe”, levado a cabo pela Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, entre 1989 e 1998, Wynne (1998) sintetizou do seguinte modo as principais conclusões do inquérito por questionário levado a cabo em 1991, no âmbito do projecto *Innovative Workplace Action for Health*, e a que responderam mais de 1400 empresas de sete países comunitários: (i) muitas das actividades de saúde tinham mais a ver com a SH&ST do que com a PST; (ii) a natureza e a frequência das actividades não podiam ser desligadas de factores macroestruturais, incluindo o país; (iii) o cumprimento da lei era apenas uma das múltiplas razões que podiam estar por detrás deste tipo de iniciativas; (iv) a participação dos trabalhadores e/ou seus representantes, a nível da concepção e planeamento dos programas, tendia a ser baixa; (v) o maior protagonismo dos serviços de medicina do trabalho e dos próprios médicos do trabalho não favorecia a participação dos trabalhadores; (vi) não se fazia análise de custo/benefício, de maneira estruturada e sistemática; (vii) as empresas tendiam a apresentar mais do que um *prompting factor* e a referir também mais do que um benefício; e, por fim, (viii) as actividades relacionadas com comportamentos individuais de saúde ou estilos de vida (v.g., álcool, tabaco, alimentação, exercício físico, educação para a saúde) eram menos frequentes na Europa do Sul (Espanha, Itália e Grécia).

De salientar ainda que tipo de actividades de saúde no local de trabalho (*innovative workplace health action*) também estavam (i) positivamente relacionadas com várias características organizacionais: a dimensão, a taxa de sindicalização, a existência de política de saúde escrita ou explícita, de serviços internos de saúde ocupacional e de comissão (paritária) de segurança e saúde no trabalho, o envolvimento da administração/direcção e o recurso a consultor externo; mais especificamente, (ii) as intervenções organizacionais estavam também ligadas à preocupação em melhorar o ambiente psicossocial de trabalho, incluindo a saúde.

Da avaliação dos quatro dezenas de estudos de caso, feitos na II fase do projecto, podia sobretudo concluir-se que os exemplos mais bem sucedidos não eram necessariamente os que obedeciam a critérios de *boas práticas*. No entanto, apontavam-se como factores de sucesso: (i) a abordagem sistemática, pragmática, empírica, orientada para problemas concretos; (ii) a existência de líderes altamente motivados, não tendo necessariamente formação específica em saúde; (iii) o inequívoco apoio e o claro envolvimento da hierarquia da empresa a todos os níveis; (iv) a não dissociação das questões de saúde e das questões de gestão (incluindo a produção); e, por fim, (v) a abordagem transdisciplinar e multisectorial (Wynne e Clarkin, 1992 ; Breucker *et al.*, 1998).

Alguns dos obstáculos referidos pelas empresas europeias, no início dos anos 90, eram mais ou menos esperados, tendo a ver principalmente com (i) a falta de recursos financeiros, (ii) problemas de logística, (iii) dificuldades em obter a adesão dos trabalhadores e/ou seus representantes ou (iv) falta de competências e de recursos humanos. Em contrapartida, o obstáculo menos citado era a falta de apoio da direcção/administração (Wynne e Clarkin, 1992). Este último tipo de resposta não surpreende, tendo em conta o cargo ou a função dos respondentes: director de pessoal (36.6%), administração/direcção (20.9), médico do trabalho (10.2%), outro representante dos serviços de SH&ST (4.4%), serviços financeiros (3.8%) e outras áreas (24.1%).

Não obstante as dificuldades com que se depara a análise dos dados num estudo desta natureza, resultantes das próprias diferenças (económicas, políticas, legislativas, linguísticas e

culturais) entre países, os autores procuraram explicar em que medida algumas das características *sociodemográficas* das empresas (v.g., dimensão, sector de actividade, controlo accionista, taxa de sindicalização) bem como o seu *sistema de gestão da saúde* (v.g., serviço de saúde ocupacional, comissão de segurança e saúde no trabalho, política de saúde, orçamento de saúde e prioridade atribuída à saúde) contribuíam para explicar a frequência de certas actividades de saúde e o seu índice de saúde. O nível de participação dos diferentes actores no ciclo de vida dos projectos (concepção, planeamento, implementação e avaliação), incluindo a administração/direcção, os profissionais de saúde e segurança no trabalho e os trabalhadores e seus representantes, também pode predizer a frequência das políticas, programas e actividades de saúde bem como o seu índice de saúde. Foi usada a análise de regressão multivariada.

Da experiência, posterior, da Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho (Kuhn, 2000), a qual levou a cabo dois projectos de investigação e disseminação no período de 1996-2002, um sobre (i) factores de sucesso (Breucker *et al.*, 1998) e outro sobre (ii) as pequenas e médias empresas europeias (1999-2002) (European Network for Workplace Health Promotion, 2001 e 2001a), poderá retirar-se algumas ideias-chaves para o desenvolvimento do sistema de gestão da saúde no trabalho:

(i) os trabalhadores têm de ser envolvidos em todas as fases do processo (*participação*); (ii) as políticas, programas e actividades devem seguir a metodologia do ciclo de resolução de problemas e tomada de decisão: análise, definição de prioridades, procura de soluções, avaliação das alternativas, planeamento, implementação, monitorização, avaliação e correcção do plano (*gestão por projectos*); (iii) a política de saúde tem por base o local de trabalho (*integração*); e (iv) a acção deve ser dirigida tanto para o indivíduo como para a organização, vistos como um *sistema complexo* (Breucker, 1998. 69-70).

A *BKK Bundesverband* (2003) que é uma das três maiores e mais influentes associações federais alemãs de “company health insurance funds”, com 13.9 milhões de segurados e uma rica experiência de década e meia de investigação e desenvolvimento em PST, estabeleceu em 1994 quinze critérios para a avaliação de exemplos práticas em PST na Alemanha e atribuição do Prémio BKK. Esses critérios são, muito sumariamente, os seguintes: (i) integração, na empresa ou estabelecimento, das políticas, programas e actividades de saúde; (ii) cooperação interdisciplinar e intersectorial; (iii) análise da situação corrente e relatório de saúde; (iv) clara definição de objectivos; (v) continuidade das políticas, programas e actividades; (vi) abertura e participação; (vii) orientação para grupos-alvos; (viii) marketing, comunicação e relações públicas; (ix) abordagem sistémica; (x) condições de trabalho saudáveis e seguras; (xi) estilos de vida saudáveis; (xii) benefícios para o trabalhador (melhoria da saúde); (xiii) benefícios para a empresa (económicos e sociais); (xiv) garantia e avaliação da qualidade; (xv) análise de custo/benefício (Stein, 1997).

Uma grelha de avaliação, sob a forma de escala, foi por mim elaborada a partir do valioso contributo da experiência da *BKK Bundesverband* a nível de investigação e desenvolvimento nesta área. Este instrumento permite obter um índice global de sucesso das políticas, programas e actividades de saúde, resultante da soma de quatro índices parcelares: (i) estratégia e política de saúde da empresa (6 itens); (ii) planeamento, implementação e avaliação da política de saúde (10 itens); (iii) participação e consulta dos trabalhadores e/ou seus representantes (5 itens); e (iv) resultados da política de saúde (6) (vd. *Quadro II.7*, em anexo).

Um outro contributo importante para o desenvolvimento do sistema integrado de gestão da saúde e segurança no trabalho foi o que resultou do projecto *Training Specification for Workplace Health Promotion*, igualmente liderado por uma equipa de trabalho com elementos de diversos Estados-membros da União Europeia (incluindo Portugal), e integrado no programa de acção da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Via e de Trabalho (Wynne, 1998 (vd. *Quadros II.8 e II.9*, em anexo).

Duas ideias básicas estão implícitas nesse dois documentos: (i) a protecção e a promoção da saúde no trabalho constituem um *processo de acção colectiva*, centrada no indivíduo, no grupo e na organização; (ii) seguindo a metodologia da *gestão por projectos*, este processo tem sete fases, mais lógicas do que cronológicas, onde se inclui o estudo da avaliação de necessidades, expectativas e preferências da população-alvo (fase 3), do qual deverá resultar a elaboração e apresentação de um relatório de saúde (Graça, 1999f); (iii) há vários papéis funcionais (pelo menos, seis) a desempenhar por diferentes actores ao longo das várias fases, requerendo diferentes conhecimentos e competências (Graça, 1998a).

2.5. A participação dos trabalhadores no sistema de gestão da SH&ST

2.5.1. Introdução

De um modo geral, os gestores nas empresas têm dificuldade em lidar com o mais imprevisível e complexo *input* do sistema técnico e organizacional de trabalho: os homens e as mulheres que trabalham, e que os robôs não irão tão cedo substituir nos nossos locais de trabalho. A prova está nas muitas *buzzwords* que continuamos a inventar a propósito do *human factor*: por exemplo, *empowerment*, *humanware*, *capital humano*, *reengenharia*. Desde Taylor, Ford e Fayol, que os engenheiros e outros arquitectos de sistemas de produção e de trabalho se esquecem frequentemente das pessoas, não apenas como *indivíduos* (físicos) mas também como *actores* (sociais).

Para além da questão (político-ideológica) da cidadania empresarial ou da democracia industrial, haveria sobretudo uma razão (prática, utilitária) para se advogar o princípio da participação e da consulta no local de trabalho: (i) enquanto o *factor humano* não for substituído por outras formas de inteligência superior, os gestores continuam a ter, pela frente, o incontornável problema da organização do trabalho; (ii) esse problema não é mais do que o da (in)compatibilidade entre as potencialidades das tecnologias de produção e as capacidades humanas.

Há uma tendência, nas organizações, para ignorar ou escamotear o facto de o *factor humano*, no local de trabalho, funcionar a três níveis (Berlin, 1993): (i) o nível mais elementar é fazer um trabalho manual sem pensar (a isso o quis reduzir Taylor, o pai do *scientific management*); (ii) o nível seguinte é tentar compreender o que se está a fazer, pensar e memorizar; (iii) no último nível, o *factor humano* acrescenta, ao seu trabalho, a criatividade, a capacidade de identificar e resolver problemas, de tomar decisões de maneira autónoma, inovadora e responsável, sozinho ou em grupo.

A questão da participação dos trabalhadores no sistema de gestão da SH&ST tem de ser vista, antes de mais, desta perspectiva utilitária, sem esquecer que ela é também um facto civilizacional, traduzido no ordenamento jurídico (por ex., Constituição, legislação laboral).

Em Portugal está formalmente reconhecido o direito à participação dos trabalhadores e/ou seus representantes no domínio da SH&ST. Mais especificamente é reconhecido pelo

legislador português o *direito à informação, à formação, à representação, à consulta e à proposta* (artigos 9º e 10º do D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro de 1991). É também reconhecido ao trabalhador o *direito de recusar ou suspender o trabalho em caso de perigo grave e iminente que não possa ser evitado* (art. 15º).

Apesar deste enquadramento legal favorável (a que só falta a regulamentação da figura do representante eleito dos trabalhadores para a SH&ST, a que se refere o art. 10º do D.L. n.º 441/91), estamos longe de ter conseguido uma participação equilibrada, efectiva e concreta dos trabalhadores portugueses no sistema de gestão da SH&ST. Essa participação, por sua vez, não pode ser desligada da questão, mais vasta, da participação na gestão da empresa e na organização do trabalho, devendo estender-se a domínios afins da SH&ST como a protecção do ambiente, a garantia da qualidade, a introdução das novas tecnologias de produção, as novas formas de organização do trabalho ou a reorganização da empresa (Graça, 2002a).

Hoje quando falamos em organização do trabalho, pensamos em inovação sócio-organizacional, pensamos na *'high road' approach* que vai muito para além da solução de curto prazo *tecnologia + formação* (Totterdill, 2002). O sucesso de empresas portuguesas como os Transportes Luís Simões, por exemplo, passaria também pelo *employee involvement* (European Commission. Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs, 1998).

2.5.2. Um país com um défice de participação organizacional

Na década de 1990, os trabalhadores portugueses estavam pior colocados que a generalidade da população trabalhadora da União Europeia em matéria de oportunidades de consulta e participação. De acordo com o *Segundo Inquérito Europeu sobre Condições de Trabalho* (Paoli, 1997), Portugal era, em 1995, o país dos Quinze onde, por exemplo, era menos provável um trabalhador ser consultado em relação às mudanças ocorridas a nível da organização do trabalho e/ou das condições de trabalho. O contraste com a Finlândia, por exemplo, não deixava de ser deveras elucidativo: havia itens em que a diferença entre Portugal e a Finlândia era de 45 ou mais pontos percentuais.

O peso esmagador das microempresas e das empresas de pequena dimensão na estrutura do nosso tecido empresarial, a sua cultura autoritário-paternalista bem como a baixa escolaridade do pessoal dirigente e dos quadros superiores (menos de oito anos de escolaridade, em média, segundo o Inquérito Nacional de Saúde 1998/99, citado por Graça, 2002b) podem ajudar a explicar, em parte, este défice português de participação organizacional.

Mesmo nas maiores e melhores empresas, há uma *cultura de gestão* que está longe de ser favorável à participação dos colaboradores. O retrato-robô do nosso gestor de topo não deixa de ser curioso, quando traçado pelos seus congéneres estrangeiros (n=130), a trabalhar e a residir em Portugal, os quais representariam cerca de 17.5% da população de referência estimada. Na opinião destes, os nossos executivos (i) são individualistas na sua maneira de pensar (54%); (ii) tendem a não acatar as decisões tomadas nas reuniões com os colaboradores (54%); (iii) fomentam a cultura do *presentismo* (56%); (iv) não sabem trabalhar de maneira metódica (58%); (v) usam e abusam dos títulos académicos (60%); (vi) são muito formais (70%); (vii) não fazem uma gestão eficiente do tempo (73%); (viii) adoptam um estilo de gestão autocrático (78%); e, por fim, (ix) deixam tudo para o último minuto (82%)

(Ad Capital International Search, Portugal; Cranfield University School of Management, UK, 2002).

Não é difícil reconhecer dois factos históricos e estruturais: Portugal (i) não tem uma tradição de ensino (nem muito menos escolas de excelência) na área da gestão, para além da famosa “aula do comércio” de 1759 (Rodrigues *et al.*, 2002?); (ii) além disso não conheceu, em devido tempo, o movimento de racionalização do trabalho que teve, historicamente, como referência os nomes de Taylor, Fayol e Ford (Lima, 1982).

Nas duas últimas décadas do Séc. XX, um dos problemas levantados pelos sociólogos do trabalho foi o de que as potencialidades das novas tecnologias da informação não foram (ou não estavam a ser) devidamente exploradas no caso do nosso país, nomeadamente devido ao facto de, no processo da sua introdução, (i) continuar a dominar o modelo de determinismo tecnológico e (ii) ser baixa a participação dos trabalhadores e/ou seus representantes (Kovács, 1989a; Moniz, 1989 e 1991; Kovács *et al.*, 1994; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1998).

Por outro lado, é conhecido o elevado défice de formação e qualificação dos nossos recursos humanos, a começar em matérias tão importantes como a SH&ST. Segundo o *Inquérito de Avaliação das Condições de Trabalho dos Trabalhadores*, levado a cabo numa amostra de 4252 trabalhadores por conta de outrem, apenas uma pequena percentagem de trabalhadores (9.7%) referiu ter frequentado cursos de SH&ST (Portugal. Ministério da Segurança Social e do trabalho. DETEFP, 2001).

O problema não se põe só ao nível da formação específica em SH&ST. Dos trabalhadores portugueses inquiridos (n=1000) no âmbito do *Second European Survey on Working Conditions* apenas 13% (contra 53% dos finlandeses e 29 % do total dos europeus) referiram ter recebido formação paga ou prestada pelo seu empregador, a mais baixa percentagem dos 15 Estados-membros da União Europeia (Paoli, 1997). Em 2000, essa percentagem ainda era mais reduzida (12%) (Paoli e Merlié, 2001).

Sem formação dos trabalhadores portugueses não pode haver participação qualificada nos processos de inovação técnica e organizacional. Para além das implicações que tem seguramente na empregabilidade e na manutenção da capacidade de trabalho ao longo da vida activa (*European Agency for Safety and Health at Work*, 2002), a formação dos trabalhadores no domínio concreto da SH&ST decorre igualmente dos imperativos da sociedade da informação e do conhecimento e tem de ser posto no mesmo plano da infoalfabetização e da infoexclusão: “A Sociedade da Informação exige uma contínua consolidação e actualização dos conhecimentos dos cidadãos. O conceito de educação ao longo da vida deve ser encarado como uma construção contínua da pessoa humana, dos seus saberes, aptidões e da sua capacidade de discernir e agir” (Portugal. Ministério da Ciência e Tecnologia. Missão para a Sociedade da Informação, 1997. 33).

2.5.3. O conceito de participação

O termo *participação* continua marcado por uma forte conflitualidade teórico-ideológica, havendo outras expressões mais ou menos equivalentes como envolvimento dos trabalhadores (*employee involvement*), democracia industrial, co-gestão, gestão participativa, *empowerment*, cidadania empresarial ou novas formas de organização do trabalho (NFOT). Esta última expressão, com mais de três décadas de existência, recobre, por sua vez, uma multiplicidade de termos, tais como: pós-taylorismo, reestruturação do trabalho,

recomposição do trabalho, alargamento de tarefas, enriquecimento de tarefas, grupos semi-autónomos de produção, trabalho em equipa, *job design*, qualidade de vida no trabalho, humanização do trabalho, desenvolvimento organizacional, grupos de desenvolvimento, grupos de progresso e de trabalho, grupos de expressão, círculos de qualidade, *Total Quality Management*, programas de sugestões, grupos de projecto, participação directa, *lean production*, sistemas antropocéntricos de produção, entre outros. Hoje em dia a expressão ainda é mais difusa e abrangente (*Caixa II.1*).

Em termos semânticos e conceptuais o termo *participação* não deixa de ser ambíguo. Etimologicamente significa “tomar parte em, fazer parte de, partilhar com os outros” (do latim *participare*, de *parts*, *partis*, “porção, quinhão, parte”). Ou seja, tanto significa fazer parte de ou estar presente em como ter influência sobre alguém ou qualquer coisa mas não necessariamente numa base igualitária (Graça, 1992). A participação dos trabalhadores em matéria de SH&ST (como noutras questões relevantes do domínio das relações individuais e colectivas de trabalho) será sempre uma relação de poder, mais ou menos desigual, mais ou menos assimétrica, na medida em que o conteúdo, a organização e as demais condições de trabalho, com implicações na SH&ST, são tradicionalmente uma prerrogativa da hierarquia da empresa (Crozier e Friedberg, 1977; Bernoux, 1984 e 1985).

Para o sociólogo do trabalho e das organizações, o termo *participação* cobre um conjunto diversificado de procedimentos formais ou informais, instituídos ou criados de modo a permitir aos trabalhadores e/ou seus representantes decidir (ou influenciar o processo de decisão) em todas as matérias relacionadas com as condições de trabalho (Baptista *et al.*, 1985).

Por *condições de trabalho*, deverá entretanto entender-se: (i) tudo o que tem a ver com *o trabalho em si* (os factores *intrínsecos*, associados ao conteúdo e à organização do trabalho); e (ii) tudo o que gira *à volta do trabalhador* (as demais condições materiais e imateriais de trabalho ou factores *extrínsecos*), do ponto de vista da sua incidência, não apenas negativa mas também positiva, na saúde do trabalhador, a nível físico, psicológico, mental e social (Castillo e Prieto, 1983; Castillo, 1990).

Caixa II.1 – Participação e novas formas de organização do trabalho
Num estudo sobre NFOT e produtividade e que abrangeu 30 estudos de caso em 12 Estados-membros (incluindo Portugal), o termo NFOT abrangia um leque muito variado de inovações, introduzidas pelas empresas, em sete grandes áreas: (i) novas estruturas organizacionais (unidades de negócio orientadas para o processo; grupos semi-autónomos de produção); (ii) métodos de trabalho mais flexíveis e menos hierárquicos (horários de trabalho mais flexíveis; 'multi-skilling'); (iii) novas culturas de empresa (maior atenção nas pessoas, clientes, serviço, qualidade); (iv) novas práticas de negócio (programas de gestão da qualidade, do ambiente e da SH&ST); (v) crescente investimento em educação e formação (maior participação dos trabalhadores; programas de desenvolvimento pessoal); (vi) novas técnicas de avaliação do desempenho (objectivos e indicadores não-financeiros para as equipas e para os indivíduos); (vii) novos sistemas de remuneração (participação nos lucros e no capital).
No âmbito do relatório, define-se "new forms of ('high performance') work organization" como sendo as que são baseadas "on a 'high trust' and 'high skill' organizational model that encompasses extensive employee involvement in operational decision-making".
Fonte – Adapt. de European Commission. Directorate -General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs (1998)

Historicamente, a participação ligada ao trabalho é, de todas, a mais recente, surgindo nos anos 60, no âmbito do programa de *Democracia Industrial* desenvolvido na Noruega e demais países escandinavos, sem esquecer o trabalho pioneiro do Instituto Tavistock, de Londres (Thorsrud, 1975 e 1975a; Ortsman, 1984). Trata-se da participação a (i) nível *micro*, a participação entendida como grau de autonomia do trabalhador a nível do sistema técnico e organizacional de trabalho, distinta portanto do (ii) nível *macro* (a participação através da elaboração da legislação laboral, da negociação colectiva e da concertação social) e da participação a (iii) nível *mezzo* ou intermédio. Esta última remete para formas institucionalizadas de gestão e administração das empresas (por ex., co-gestão, representação dos trabalhadores no conselho de administração ou noutras estruturas de direcção, comissão de trabalhadores, comissão de empresa europeia), independentemente de existir ou não comparticipação nos lucros (*profit-sharing*) e no capital (*share ownership*), duas formas encontradas, nomeadamente pelas empresas do Reino Unido sob o tatcherismo, para encorajar a identificação dos trabalhadores com a cultura da empresa (Geary, Rees e Sisson, 1995). Vulgarizada na Europa nos anos 90, a participação financeira (ou “democracia económica”) parece ter pouco a ver com as formas e o nível de participação dos trabalhadores (Pendleton et al., 2001 e 2002).

2.5.4. Da cooperação à co-determinação

As diferentes formas de participação dos trabalhadores e seus representantes, a nível do local de trabalho, vão da *cooperação* (ou colaboração) à *co-determinação* (ou co-gestão) (*Quadro II.10*).

Quadro II.10 - Níveis e formas de participação no trabalho

Cooperação ou colaboração	Co-determinação ou co-gestão
1. Informação	6. Recusa
2. Formação	7. Expressão
3. Consulta	8. Negociação
4. Proposta	9. Veto
5. Protesto	10. Co-decisão
	11. Decisão

Fonte: Graça (1993)

A participação baseada na *cooperação* significa que, no essencial, os trabalhadores e/ou os seus representantes são apenas *informados e/ou consultados*, sendo por isso escassa a sua possibilidade de influenciar, de maneira concreta e efectiva, o sistema técnico e organizacional do trabalho. Pelo contrário, a *co-determinação* pressupõe pôr em causa as prerrogativas da hierarquia e da gestão da empresa, de acordo com a lógica do modelo organizacional clássico, inspirado no taylorismo-fordismo (por ex., separação das funções de planeamento, organização, direcção, controlo e avaliação das funções de produção).

A co-determinação implica, por isso, um nível superior de participação: por exemplo, a *negociação e decisão em conjunto* (trabalhadores e representantes da direcção e/ou administração) ou até mesmo a *decisão por delegação*, o que pressupõe, neste caso, que os trabalhadores e/ou seus representantes são pessoas altamente empenhadas e competentes na matéria (por ex., gestão das actividades desportivas, recreativas e culturais da empresa). Um dos princípios básicos da liderança contingencial é justamente esse: só se pode delegar a quem é *competente e empenhado* (Hersey e Blanchard, 1986).

Seguindo um esquema proposto por P. Blumberg (*Industrial Democracy. The Sociology of Participation*, Londres, 1968), Baptista *et al.* (1985) estabelecem a correspondência entre cada uma das formas de participação e o *papel* (negativo/positivo, passivo/activo) dos trabalhadores (*Quadro II.11*).

A *colaboração* (formal) significa que os trabalhadores têm uma possibilidade limitada de influenciar a resolução de problemas e a tomada de decisão. O simples direito à *informação* implica, para os trabalhadores um papel passivo, ao passo que o direito de *contestar decisões* os remeteria para um papel negativo. *Fazer propostas ou sugestões* pressupõe, pelo contrário, um papel positivo, tal como o direito de *ser consultado* previamente, em tempo útil.

Já a *co-gestão* (formal) representa um nível de participação mais elevado, ou seja, os trabalhadores e/ou os seus representantes têm uma maior possibilidade de influenciar as decisões. Tal não quer dizer que o papel dos trabalhadores não possa ser negativo (por ex., no caso do direito de *veto*, se este levar a uma situação de impasse, sem possibilidade de negociação e resolução). O papel activo seria reservado para aquelas situações em que os trabalhadores, em organizações formalmente heterogeridas, têm o direito de *decisão* (ou a responsabilidade principal de decidir) em matérias restritas como, por ex., a gestão de equipamentos sociais ou dos serviços de SH&ST.

Quadro II.11 — Tipos de participação (formal) dos trabalhadores em empresas heterogeridas e natureza do papel dos trabalhadores

Cooperação/colaboração	Papel dos trabalhadores	Co-gestão/controlo	Papel dos trabalhadores
1. Direito de receber informações	Passivo	5. Direito de veto por tempo limitado	Negativo
2. Direito de contestar decisões	Negativo	5.1. A Direcção implementa as decisões	Passivo
3. Direito de fazer sugestões	Positivo	5.2. A Direcção negocia com os trabalhadores	Positivo
4. Direito de ser consultado	Positivo	6. Direito de veto por tempo ilimitado	Negativo
		7. Direito a co-decisão	Positivo
		8. Direito de decisão (em certas matérias)	Activo

Fonte: Adapt. de Baptista *et al.* (1985. 166)

A participação no trabalho, em geral, e em SH&ST, em particular, pode ser vista como um *continuum* e ser medida numa escala com vários graus de envolvimento na acção (de 1 a 5): 1 (*Nenhum envolvimento*); 2 (*Informação*); 3 (*Consulta*); 4 (*Negociação & decisão em conjunto*); 5 (*Decisão por delegação* ou principal responsabilidade atribuída aos trabalhadores) (Graça, 1993). Um nível superior de decisão (por ex., negociação & decisão em conjunto) é não só desejável como necessário no sistema de gestão da SH&ST (Gardel, 1982; Buitelaar, 1990; Armsbruster, 1994; O’Kelly, 1994; Stanzani, 1994; Cristovam, 1995).

2.5.5. Formas de participação

2.5.5.1. Formas indirectas e representacionais

O nosso ordenamento jurídico ⁽¹⁾ prevê a existência de diversas *estruturas de representação colectiva* dos trabalhadores. Mais concretamente, para defesa e prossecução dos seus direitos e

¹ Esta revisão de literatura é anterior à aprovação, pela Lei nº 92/2003, de 27 de Agosto de 2003, do Código do Trabalho. Com a entrada em vigor, no próximo dia 1 de Dezembro, deste Código, que veio sistematizar e alterar o essencial da nossa legislação laboral, serão revogados muitos dos diplomas aqui citados. As estruturas de representação colectiva são regulamentadas pelo art. 451º e seguintes do Código do Trabalho.

interesses, os trabalhadores podem constituir, por exemplo: (i) comissões e subcomissões de trabalhadores; (ii) conselhos de empresa europeus; ou (iii) associações sindicais.

Este tipo de órgãos representativos dos trabalhadores (abreviadamente, ORT) tende a desempenhar uma dupla função: (i) uma função de *representação* dos trabalhadores junto dos órgãos de direcção ou gestão da empresa; e (ii) uma função de *acção sindical* no local de trabalho. Quanto às funções de representação do pessoal, elas podem assumir diferentes modalidades ou níveis: (i) *informação* (por ex., sobre o sistema de gestão da SH&ST); (ii) *fiscalização* (por ex., sobre o cumprimento das normas legais e convencionais no domínio do trabalho); (iii) *consulta* (por ex., audiência obrigatória, com emissão de parecer prévio, no caso da elaboração do balanço social); (iv) *deliberação* (por ex., gestão dos equipamentos sociais).

Há uma tradição europeia de representação dos trabalhadores no local de trabalho sob a forma de *workers' councils* ou conselhos de empresa que, todavia, não interferem na gestão económico-financeira das empresas. A figura jurídica mais ou menos correspondente, no nosso País, é a *comissão de trabalhadores* (CT) cuja criação está prevista na Constituição da República Portuguesa (art. 54º, n.º 2), como um direito colectivo de participação na gestão da empresa.

2.5.5.1.1. Comissão de Empresa Europeia (CEE)

Através da Directiva 94/45/CE do Conselho, de 22 de Setembro de 1994, foi entretanto criada a figura do *conselho de empresa europeu* (CEE). Trata-se de uma iniciativa que, de resto, já remonta a 1991. O objectivo é “melhorar o direito à informação e consulta dos trabalhadores nas empresas ou grupos de empresas de dimensão comunitária” (art. 1º, n.º 1).

Por *empresa de dimensão comunitária* entende-se qualquer empresa que “empregue, pelo menos, mil trabalhadores nos Estados-membros e em pelo menos dois Estados-membros diferentes, um mínimo de 150 trabalhadores em cada um deles” (art. 2º, n.º 1). O CEE tem o direito de se reunir com a direcção central uma vez por ano para ser informado e consultado: (i) sobre a evolução das actividades da empresa ou grupo de empresas de dimensão comunitária; e (ii) sobre as suas perspectivas. Desconhece-se se já há algum CEE a funcionar em Portugal ².

2.5.5.1.2. Comissão de trabalhadores (CT)

De acordo com o seu regime jurídico (Lei n.º 46/79, de 12 de Setembro de 1979), as CT têm o direito, entre outros, de apresentar aos órgãos de gestão da empresa *sugestões, recomendações ou críticas* tendentes à melhoria da qualidade de vida no trabalho, incluindo as condições de SH&ST (art. 29º) (³).

O número daquelas que estão activas e a desempenhar plenamente as suas atribuições ter-se-á reduzido consideravelmente nos últimos quinze anos e não deve ultrapassar hoje as escassas centenas, embora continuem registados, na administração do trabalho, os estatutos de mais de 1200 CT. Segundo Dornelas (1999. 48), “de acordo com os registos oficiais, em 1998 existiriam comissões de trabalhadores em 16,4% das empresas com 100 ou mais

² O art. 471º do Código do Trabalho reconhece esta figura, aguardando-se a saída de legislação complementar.

³ A constituição, estatutos e eleição das comissões e subcomissões de trabalhadores são objecto de regulamentação dos art. 461º e seguintes do Código do Trabalho

trabalhadores". Ou seja, qualquer coisa como *menos de quatro centenas*, já que o número de empresas naquelas condições também não passava das 2.550 (Graça, 2000).

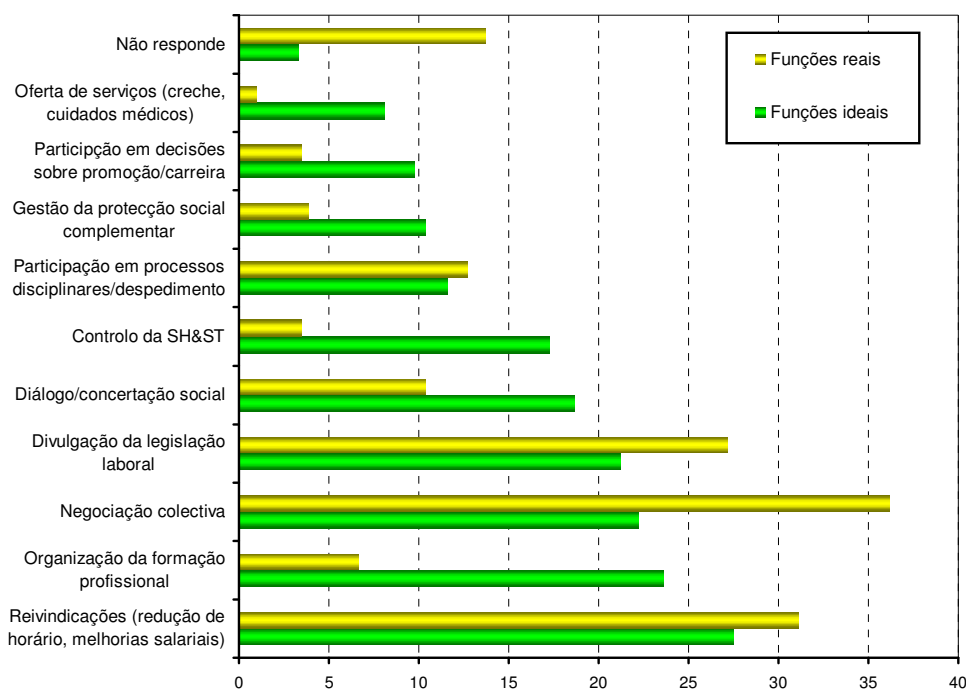
Na prática, a intervenção das CT tem estado limitada a dois tipos de actuação distintos (Veiga, 1995; Fernandes, 1990): (i) a *fiscalização* propriamente dita (incluindo a reclamação) em relação à actividade gestonária da empresa; (ii) a *recomendação*. Em determinadas matérias (por ex., regulamento interno de SH&ST), as CT devem ser ouvidas e emitir parecer prévio (art. 24º da Lei n.º 46/79). Trata-se, neste de caso, de um *direito à consulta*.

Num trabalho socioantropológico sobre as representações sindicais dos trabalhadores (n=500), Ribeiro *et al.* (1994. 48) constataram que as CT eram vistas: (i) como *estruturas ideais de defesa* por 30.9% da amostra; (ii) ligeiramente à frente dos sindicatos (30.7%); (iii) mas dois pontos atrás das associações profissionais (32.9%).

2.5.5.5.1.3. Delegado/Comissão sindical

Um outra instância de representação dos trabalhadores são os delegados sindicais e suas comissões (sindicais e intersindicais) ⁽⁴⁾, com um papel próprio na defesa dos direitos dos trabalhadores e da melhoria das suas condições de trabalho, incluindo as que, directa ou indirectamente, têm implicações na SH&ST.

Figura II.1 – Percepção das funções que os sindicatos deveriam desempenhar e das que efectivamente desempenham, independentemente da situação sindical dos trabalhadores (n=500) (%)



Fonte: Adapt. de Ribeiro *et al.* (1994. 48-49)

⁴ Estas figuras são regulamentadas pelo art. 498º e seguintes do Código do Trabalho

O essencial do regime jurídico das associações sindicais baseia-se nos preceitos constantes dos artigos 55º e 56º da Constituição e no D.L. n.º 215-B/75, de 30 de Abril de 1975 (⁵). A lei é omissa quanto à definição das competências ou atribuições próprias dos delegados e das comissões sindicais, interditando-lhes apenas a competência para negociar acordos de empresa ou outras convenções, em representação dos respectivos sindicatos. Quanto ao papel destes últimos, é interessante observar a clivagem que existe a nível da percepção, por parte dos trabalhadores assalariados inquiridos por Ribeiro *et al.* (1994), das funções que os sindicatos deveriam desempenhar (em termos *ideais*) e das que efectivamente desempenham (funções *reais*). Onde era maior a discrepância entre as funções ideais e as funções reais era justamente na área da intervenção sindical no local de trabalho (controlo e fiscalização da SH&ST, melhoria das condições de trabalho, gestão da formação profissional, regalias sociais, etc.) (*Figura II.1*).

2.5.5.1.4. Representante dos trabalhadores para a área da SH&ST

Na sequência da Directiva-Quadro 89/391/CEE, surgiu em 1991 uma nova figura jurídica, o *representante dos trabalhadores no domínio da SH&ST*, a ser eleita por voto directo e secreto, segundo o princípio da representação pelo método do Hondt, em listas apresentadas pelas organizações sindicais (art. 10º do D.L. n.º 441/91). A figura do *safety representative* está de há muito consagrada na legislação de diversos países (v.g., Suécia). A nível internacional, a Convenção da OIT n.º 155 (*Segurança, Saúde dos Trabalhadores e Ambiente de Trabalho*, 1981), ratificada em 1985 por Portugal consagra, no seu art. 19º, o princípio da participação efectiva e concreta dos trabalhadores e seus representantes no domínio da SH&ST (ILO, 1981).

O número de representantes dos trabalhadores depende, em todo o caso, da dimensão da empresa, sendo o mínimo 1 (empresas com menos de 61 trabalhadores) e o máximo 7 (empresas com mais de 1500 trabalhadores) (n.º 4 do art. 10º do D.L. n.º 441/91) (⁶). O art. 5º do D.L. n.º 488/99, de 17/11/1999 (que veio aplicar à administração pública os princípios da SH&ST consignados no D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro de 1991) é explicitamente dedicado ao “processo de eleição dos representantes dos trabalhadores”.

2.5.5.1.5. Comissão de SH&ST

Caso exista esta estrutura, os representantes dos trabalhadores escolherão, entre si, os respectivos membros (art. 11º do D.L. n.º 441/91), com respeito pelo princípio da proporcionalidade. As *comissões de higiene e segurança no trabalho* (sic), de composição paritária, não estão regulamentadas, sendo geralmente criadas por via da contratação colectiva ou por iniciativa patronal (⁷). O seu alcance tem sido limitado às questões mais tradicionais da prevenção dos riscos profissionais (v.g., informação e consulta em matérias específicas como o plano e o manual de segurança, sistema de sinalização de SH&ST, prestação de primeiros socorros).

No caso da função pública, o D.L. n.º 488/99 é semântica e conceptualmente mais inovador, chamando a esta estrutura *comissão de segurança e saúde no trabalho* (art. 6º) (abreviadamente, CS&ST). As CS&ST (i) são órgãos de composição paritária; (ii) visam a consulta e cooperação regular e periódica, nomeadamente em matéria de (iii) informação e

⁵ A ser revogada com a entrada em vigor do novo Código do Trabalho (alínea a) do nº 2 do art. 21º. As associações sindicais passam a ser reguladas pelos art. 475º e seguintes do Código.

⁶ Esta figura é regulamentada pelo art. 277º do Código do Trabalho.

⁷ O Código do Trabalho não reconhece explicitamente esta figura jurídica.

formação dos trabalhadores e de (iv) prevenção dos riscos profissionais e promoção da saúde no trabalho (sic). De acordo com o disposto no art. 7º do supracitado diploma, as CS&ST na função pública têm, em princípio, um papel proactivo, competindo-lhe nomeadamente: (i) obter informação relativa às condições de trabalho; (ii) realizar visitas aos locais de trabalho para reconhecimento dos riscos para a segurança e saúde e avaliação das medidas de prevenção adoptadas; (iii) propor medidas com vista à melhoria das condições de trabalho; (iv) participar na elaboração, acompanhamento e avaliação dos programas de prevenção de riscos profissionais; (v) analisar os processos relativos aos acidentes de trabalho e doenças profissionais; e, *last but not the least*, (vi) emitir parecer sobre a programação anual dos serviços de segurança e saúde no trabalho.

2.5.5.1.6. Participação representacional: um balanço por fazer

O balanço da experiência de intervenção das CT está por fazer, na ausência de trabalhos de investigação sociológica e histórica sobre este domínio. Também não existe ainda a suficiente distância crítica em relação ao período do pós-25 de Abril de 1974. Apesar do baixo nível de conflitualidade laboral no nosso país (as baixas por doença são mais de 250 vezes superiores às greves em número de dias perdidos!), ainda há muitos *part-pris* de natureza ideológica em relação ao papel das estruturas de representação colectiva dos trabalhadores (vd., por ex., Cerdeira e Padilha, 1988; Mónica, 1990; Veiga, 1995; Freire, 1995).

2.5.5.2. Formas directas ou não-representacionais

2.5.5.2.1. Processos de consulta e de delegação

Exemplos das formas directas ou não-representacionais podem ser os grupos semi-autónomos de produção, os programas de sugestões, os círculos de qualidade ou os grupos de discussão e de projecto no âmbito da gestão da qualidade total (em inglês, *TQM – Total Quality Management*) (Creech, 1998); mas também as reuniões com a direcção ou com as chefias directas, os *briefing groups* (reuniões regulares, face a face, entre trabalhadores e chefias), os *workshop circles*, os *learning circles*, os círculos de segurança (*safety circles*), os círculos de saúde (*health circles*) ou as *safety talks* (Cristovam, 1989; Russell, 1991; Johannes, 1993; Geary, 1996; Schröer e Sochert, s/d; Graça, 1999a). Poder-se-á ainda incluir os boletins/jornais de empresa, o e-mail, a intranet e outras formas de comunicação e participação no local de trabalho (Moreira, 2001).

No âmbito do projecto EPOC (*Employee Direct Participation in Organisational Change*), a participação directa foi definida em termos de oportunidades ou iniciativas, de origem patronal ou com apoio patronal, tendo em vista: (i) a consulta dos trabalhadores, a nível individual ou grupal; e/ou (ii) a delegação de responsabilidades e de autoridade para a resolução de problemas e a tomada de decisão, também a nível individual ou grupal (Geary e Sisson, 1994). A consulta e a delegação limitam-se, no entanto, à gestão operacional, ou seja, ao conteúdo, organização e demais condições de trabalho.

No caso português, terá havido a partir dos anos 80 "um aumento significativo" (sic) de iniciativas patronais em que a participação assumia aspectos menos formais, como era o caso dos círculos de qualidade ou dos programas de sugestões. Para além de (i) aumentar a motivação e a satisfação dos trabalhadores, estas iniciativas pretendiam (ii) desenvolver a autonomia no local de trabalho, (iii) destinando-se, "simultaneamente, a pôr em comum a

experiência e o saber-fazer dos trabalhadores no sentido de melhorar a qualidade e a produtividade da empresa" (Cristovam, 1989).

Em muitos casos, tornou-se num movimento de moda, passageiro, inconsistente, quase sempre alimentado pelas empresas, tanto nacionais como estrangeiras, de consultoria em gestão e à partida condenado ao fracasso, já que não se quis ou não se soube mudar a organização do trabalho; nalguns casos de *transplants* (japonização das fábricas ocidentais), terá havido inclusive uma degradação das condições de trabalho e do sistema de relações colectivas de trabalho (Wood, 1991; Bonazzi, 1993; Kovács, 1994).

2.5.5.2.2. Os círculos de qualidade

Originários do Japão, os círculos de qualidade tiveram um extraordinário crescimento na década de 1980, nos países ocidentais, e nomeadamente nas multinacionais dos EUA, França, Alemanha e Inglaterra (Freire, 1995; Creech, 1998). Criados no início década de 1960 por K. Ishikawa (1915-1989), os círculos de qualidade são a síntese, nipónica, de várias metodologias já em uso nos EUA: por ex., (i) o controlo estatístico da qualidade; (ii) a dinâmica de grupos; e (iii) a tomada de decisão e resolução de problemas. No entanto, hoje parece estarem em declínio no Ocidente. E também nunca foram orientados para a gestão da SH&ST, com excepção talvez da Alemanha, onde a experiência dos círculos de qualidade deu origem a formas originais como os círculos de segurança no trabalho e os círculos de saúde no trabalho.

2.5.5.2.3. Os programas de sugestões

Os programas de sugestões, por sua vez, têm uma larga implantação em países como a Alemanha – ou em multinacionais de origem alemã, a operar em Portugal (Graça, 1999c) – mas são também uma pretensa originalidade nipónica, e tal como os círculos de qualidade inserem-se no processo de melhoria contínua (*kaisen*) do processo de produção.

Estes programas “destinam-se a recolher ideias criadoras no trabalho que possam contribuir para a redução de custos, poupança de tempo, melhoria da qualidade dos produtos, condições de trabalho, higiene e segurança” (Cristovam, 1989. 81). Trata-se de uma ideia simples, fácil de implementar na empresa ou estabelecimento, e que permite aos colaboradores exprimir, por escrito, as suas ideias ou propostas para a melhoria de produção, para o aperfeiçoamento de um produto ou para a resolução de um problema concreto, desde que ligado ao sistema técnico e organizacional de trabalho.

Para além da redução de custos, há também uma aposta na iniciativa e na criatividade dos trabalhadores, um aproveitamento da sua experiência e do seu saber, uma tentativa de melhorar a comunicação e, por fim, uma clara preocupação em desenvolver o sentido de pertença à empresa e reforçar a *cultura identitária*. As sugestões apresentadas pelos trabalhadores, individualmente ou em grupo, são avaliadas pela direcção da empresa ou estabelecimento e, no caso de serem aceites (em função de critérios como a aplicabilidade, a originalidade, a pertinência ou o custo/benefício), dão lugar a uma recompensa com expressão monetária. As suas potencialidades não tem sido, porém, devidamente exploradas no domínio da SH&ST.

Outras formas de participação directa foram ensaiadas no âmbito de metodologias de participação como o *TQM – Total Quality Management* ou como os grupos de diagnóstico e melhoria (Creech, 1998; Graça, 1999c).

2.5.5.2.4. Círculos de saúde e segurança no trabalho

Uma das originalidades alemãs em matéria de novas formas de participação (directa) dos trabalhadores são os *Betriebliche Gesundheitszirkel*, os círculos de saúde no trabalho (CST) (Kuhn, 1992; Johannes, 1993; Schröer e Sochert, s/d). Em Portugal, só começaram a ser divulgados em finais da década de 1990, através da Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho (Graça, 2002a).

No seguimento da introdução, com sucesso, dos círculos de qualidade (*Qualitätszirkel*), alargou-se o campo de problemas a que eles estavam originalmente confinados (v.g., melhoria da qualidade dos produtos, melhoria dos procedimentos de fabrico, redução de custos, aumento da produtividade), de modo a incluir também as preocupações com a humanização do trabalho ou o desenvolvimento pessoal e organizacional. Os *círculos de saúde no trabalho* (CST) são grupos de resolução de problemas no domínio da saúde no trabalho, com um alcance mais vasto do que os *círculos de segurança*.

2.5.5.2.4.1. Círculos de segurança no trabalho

Trata-se de grupos de resolução de problemas que visam a segurança no trabalho, e que se constituem sobretudo em empresas com elevadas taxas de frequência e/ou gravidade de acidentes de trabalho. Não pretendem substituir a comissão SH&ST, que é uma estrutura formal, instituída na empresa, nem usurpar as funções que competem ao engenheiro de segurança e demais profissionais de SH&ST.

Basicamente, um círculo de segurança tem as seguintes características: (i) é um grupo de natureza consultiva, com duração limitada (aproximadamente 10 sessões); (ii) visa um sector de trabalho específico, reunindo os colaboradores desse sector; (iii) ou visa um problema específico (e, nesse caso, reunindo participantes de diversos níveis hierárquicos); (iv) tem como fim discutir problemas de segurança relativos, de um modo geral, ao posto de trabalho; (v) as soluções encontradas são implementadas por iniciativa do círculo ou são entregues aos serviços competentes para ulterior estudo, desenvolvimento e implementação; (vi) a animação está a cargo do superior hierárquico imediato dos participantes; (vii) um especialista de segurança desempenha o papel de co-animador e de formador.

Este tipo de grupos baseia-se na concepção dos círculos de qualidade. Nalgumas empresas este tipo de círculo dá lugar a reuniões ou conferências de segurança, sob a direcção de um animador (Schröer e Sochert, s/d).

2.5.5.2.4.2. Círculos de saúde no trabalho (CST)

Os CST desenvolveram-se no final dos anos 80, a partir de dos modelos teóricos, o de Berlim e o de Düsseldorf (Beermann *et al.*, 1999).

O *modelo de Berlim*, mais radical, é sobretudo orientado para a gestão do stresse e de outros riscos de natureza psicossocial. Foi desenvolvido pela Escola Técnica de Berlim e pela Volkswagen (Kuhn, 1992). Trata-se, pois, de um grupo: (i) com um número limitado de participantes (10 a 15); (ii) que fazem parte de um mesmo nível organizacional; (iii) com duração limitada, reúne-se 8 a 12 vezes durante o seu período de vida; (iv) sob a direcção de um animador externo; (v) com o objectivo de identificar as situações de risco psicossocial no trabalho, de trocar as suas experiências e de desenvolver e experimentar novas estratégias

para lidar com o stresse de maneira mais positiva, saudável e produtiva, incluindo medidas de prevenção e protecção a nível técnico, organizacional e individual.

Desenvolvido pelo Instituto Médico-Social da Universidade de Düsseldorf, sob a direcção do Prof. Von Ferber, o *modelo de Düsseldorf* pretende ser mais abrangente e mais consentâneo com a tradição de co-gestão alemã, estabelecendo uma ligação sistemática dos conhecimentos práticos dos trabalhadores com o saber dos especialistas em medicina do trabalho, segurança e ergonomia, e pondo o acento tónico na prevenção das doenças crónicas, relacionadas com o trabalho, tais como as lesões musculoesqueléticas ou as queixas do aparelho digestivo. Pode ser definido nestes termos: (i) um grupo misto, reunindo assalariados, chefias directas e representantes dos trabalhadores, além do engenheiro de segurança, do médico do trabalho e do chefe de secção; (ii) o número de elementos é limitado e os assalariados que participam são eleitos pelos seus pares; (iii) reúne-se a intervalos regulares, podendo o número de sessões andar entre as 8 e as 10 no tempo de vida útil do grupo; (iv) sob a direcção de um animador qualificado, em princípio externo à empresa; (v) o grupo propõe-se estudar a fundo todos os riscos para a saúde, tendo como referência a situação de trabalho dos assalariados presentes.

O modelo de Düsseldorf teve mais sucesso do que o de Berlim, e está hoje implementado numa grande diversidade de sectores e ramos de actividade, desde a indústria metalúrgica e automóvel até aos transportes públicos, o comércio e os hospitais públicos. Na prática os dois modelos têm vindo a aproximar-se e a fundir-se, dando origem a um terceiro modelo, a que podemos chamar o modelo BKK, já que foi adoptado e promovido pela BKK Bundesverband (em inglês, *Federal Association of Company Health Insurance Funds*). O seu sucesso, no âmbito de projectos de prevenção de (e combate contra) o stresse, tem vindo ultimamente a ser posto em evidência (Beermann *et al.*, 1999; Kompier e Cooper, 1999a).

2.5.6. Como participar ? Directa ou indirectamente ? Ou quanto, quando e porquê ?

Há uma certa tendência para ver os dois tipos de participação (directa e indirecta) em termos disjuntivos, e não como um *continuum*, no qual ambas as formas podem perfeitamente coexistir, sendo a sua adequação e eficácia vistas em termos contingenciais: nalguns casos, são mais adequadas e eficazes as formas indirectas; noutros, podem e devem ser usadas também as formas directas. Os argumentos a favor ou contra, implícitos ou explícitos, são conhecidos e decorrem em grande parte da própria atitude de cada uma das partes (representantes dos trabalhadores e dos empregadores).

Entre nós, os sindicatos e os trabalhadores sindicalizados tendiam, tradicionalmente, a manifestar uma clara preferência pelas formas de participação indirectas ou representacionais, já que a sua lógica se baseia na percepção de conflitos de interesse, potenciais ou reais, entre ambas as partes (os trabalhadores e os empregadores ou seus representantes) (Martinet, s/d; Seminário Sindical sobre Higiene e Segurança no Trabalho, 1980; Cerdeira e Padilha, 1988; Carrieri, 1995; Regalia, 1995; Cerdeira, 1997).

A par disso, há uma desconfiança atávica em relação às intenções da gestão quando esta pretende envolver directamente os trabalhadores em mudanças técnicas e organizacionais, como, por ex., a gestão da qualidade total numa multinacional (Graça, 1999c). Também não se pode pôr de lado, como hipótese explicativa da atitude dos sindicatos, o receio de perda de influência ou de controlo sobre fontes de incerteza pertinentes para a empresa e que, deste modo, constituem um trunfo para os representantes dos trabalhadores, aumentando a

sua margem de liberdade em termos de negociação (Crozier e Friedberg, 1977; UGT, 1987; Regalia e Gill, 1995; Regalia, 1997).

Em contrapartida, as formas de participação directa (ou não-representacional) parecem colher os favores de uma geração mais jovem de empregadores, de gestores, de quadros técnicos e de trabalhadores mais escolarizados, sobretudo daqueles que (i) tendem a desvalorizar o tradicional papel dos sindicatos como forma organizada de defesa dos interesses e direitos dos assalariados; ou (ii) trabalham em empresas, nomeadamente nacionais, em que o envolvimento do pessoal, a nível da organização do trabalho e da gestão operacional, é essencial, na perspectiva da melhoria da qualidade, produtividade e competitividade.

No caso das profissões de saúde, e nomeadamente a nível dos cuidados de saúde primários, não só é possível como é desejável a organização do trabalho em equipa: a Sub-Região de Saúde de Beja foi, no final dos anos 80 e início dos anos 90, um campo interessante de experimentação neste domínio, tendo-se tornado inclusive um polo de irradiação de exemplos de boas práticas e de modelos organizativos (Durval *et al.*, 1989; Graça, 1992; Silva, 1997 e 2001).

O debate, que continua a ser teórico-ideológico, sobre as formas indirectas *versus* formas directas de participação, deve ser reequacionado: assim, o problema hoje em dia não é tanto o de saber *como* participar mas sobretudo *quanto, porquê e quando* participar. Questões como a qualidade, relevantes para a competitividade (e, por essa via, para a empregabilidade) não podem ser vistas como aspectos isolados da gestão de uma empresa, tal como ficou demonstrado em diversos estudos de caso europeus ao longo da década de 1990 em que a participação, directa ou indirecta, dos trabalhadores em todo o processo de produção, e não apenas em algumas fases, foi apontada como um factor-chave do sucesso organizacional (Fröhlich e Pekruhl, 1996; Geary, 1996; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1998).

Os sociólogos do trabalho e das organizações alertam, no entanto, para o risco de a participação se tornar uma simples bandeira da “ideologia da competitividade” (Kovács, 1994.12): com a *japonização* dos sistemas de produção e de trabalho, nos finais dos anos oitenta e princípios dos anos 90, houve uma tendência para acabar com as formas de participação indirecta ou representativa, apostando nas formas de participação directa que muitas (i) não passariam de “uma participação dependente (Touraine) ou participação-brinde (Crozier)” e que, em última análise, (ii) visariam apenas “a redução dos conflitos, a integração e o aumento da produtividade” (Kovács, 1994. 17).

Para os sindicatos, as *transformações tecnológicas e organizacionais* por que estão a passar as empresas, com a consequente alteração das características sociodemográficas dos seus trabalhadores (por ex., desaparecimento gradual dos *blue-collar workers*, criados pelo taylorismo-fordismo, e base sociológica do sindicalismo de massa) continuam a levantar vários desafios. Citando Kovács (1989a. 60), as novas tecnologias de informação podem constituir “uma oportunidade para o desenvolvimento social das empresas e, por conseguinte, para a implementação da participação”. Para se tirar partido dessas potencialidades, há que adoptar uma abordagem antropocêntrica e optar por uma organização flexível e participativa (Caixa II.2). Acontece que a orientação dominante tem sido a tecnocêntrica (Moniz, 1989 e 1989a; Kovács, 1989; Castillo, 1990; Rodrigues, 1991; Kovács *et al.*, 1994; Moniz, 2002), reflectindo o fetichismo da técnica, a crença no determinismo tecnológico, típica de sociedades menos desenvolvidas.

Neste contexto, seria de esperar que os representantes dos trabalhadores tivessem um papel activo na defesa de uma abordagem alternativa, *antropocêntrica*, da introdução de novas tecnologias e participassem (ou fomentassem a participação dos trabalhadores) na definição das estratégias de modernização das empresas. Contudo, a posição dos sindicatos portugueses tem sido ambígua (UGT, 1987; Kovács, 1989). Além disso, as conjunturas de crise não favorecem a agenda de discussão dos parceiros sociais.

Caixa II.2 – Sistema antropocêntrico de produção
De acordo com Kovács <i>et al.</i> (1994. 56), um <i>sistema antropocêntrico de produção</i> (SAP) pode ser definido “como uma organização descentralizada de tecnologias avançadas e de recursos humanos qualificados em que no nível operacional se controlam a tecnologia e a organização do trabalho”.
Por oposição ao taylorismo, os princípios do SAP baseiam-se fundamentalmente no seguinte: (i) estrutura simples, com níveis hierárquicos reduzidos e descentralização de responsabilidade para as unidades de trabalho; (ii) descentralização da informação, decisão e controlo; (iii) integração da concepção e da execução do trabalho; (iv) trabalho qualificado e qualificante, alargado e enriquecido a nível horizontal e vertical; (v) trabalho realizado por equipas; (vi) cooperação entre os quadros superiores e intermédios (engenheiros e outros técnicos) e os operadores; (vii) cooperação entre o nível operacional e o departamento, serviço ou gabinete de projecto.
Fonte : Graça (2002a)

Analisando as mudanças organizacionais e tecnológicas operadas em Portugal nas duas décadas de 1970 e 1980, Moniz (1989 e 19989a) concluiu que eram ainda escassas as experiências realizadas, possibilitando a participação dos trabalhadores e dos seus representantes por via da inovação técnica e organizacional. Num inquérito sociológico que envolveu um universo de 198 empresas (correspondendo a 290 unidades industriais e a uma população de mais de 115 mil trabalhadores), constatou-se que os objectivos a médio prazo dos seus responsáveis eram o (i) *aumento da produtividade* (73%), seguido da (ii) *melhoria do nível tecnológico* (48%), do (iii) *crescimento equilibrado* (47%) e, em último lugar, da (iv) *melhoria das condições de trabalho* (35%).

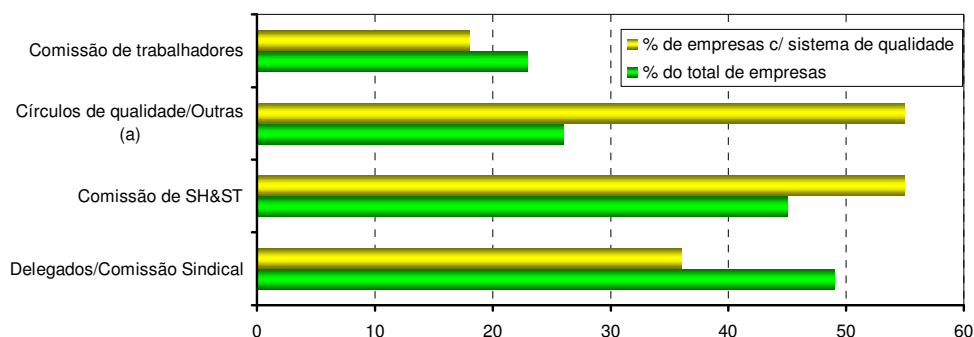
Interrogadas sobre novas formas de organização do trabalho a implementar, as empresas portuguesas tendiam a optar por processos mais convencionais de participação dos trabalhadores: (i) círculos de qualidade (41%); (ii) comissões (paritárias) de higiene e segurança no trabalho (34%); (iii) enriquecimento de tarefas (ou *job enrichment*) (33%); (iv) mudança de posto de trabalho (ou *job rotation*) (27%); (v) equipas semi-autónomas de trabalho (17%).

Num outro estudo que envolveu um amostra de 111 empresas (Kovács *et al.*, 1992), chegou-se às seguintes conclusões: (i) só uma em cada cinco empresas se afastava da lógica da organização tayloriana do trabalho, tendo as suas equipas de trabalho autonomia para planear, executar e avaliar as suas tarefas; (ii) em 45% ou mais das empresas havia delegados/comissões sindicais e/ou comissões de SH&ST; (iii) as empresas com círculos de qualidade e outras formas directas eram 26%, mas dessas pouco mais de metade tinham sistemas de qualidade. Em resumo, a existência de formas de participação directa era mais provável nas empresas que (i) utilizavam tecnologias avançadas e (ii) estavam a “desenvolver sistemas de qualidade numa perspectiva da qualidade total” (Kovács, 1994. 25).

A partir de estudos de casos (que incidiram em cerca de 20 empresas da indústria metalúrgica e metalomecânica, na sua maioria PME), Kovács (1989a) concluiu que a introdução de novas tecnologias, no nosso país, tendia a ser feita à margem dos próprios trabalhadores e dos seus

representantes. O procedimento típico seria o seguinte: (i) com base na prospecção feita nas feiras internacionais, a direcção da empresa tomava a decisão da aquisição de uma nova máquina ou equipamento; (ii) dispensavam-se os estudos preliminares complexos sobre as implicações técnicas, organizacionais e económicas do novo investimento, e muito em particular os que tinham a ver com a organização do trabalho, a gestão de recursos humanos, a ergonomia ou a SH&ST (iii) eram poucas as preocupações com a informação, formação e sensibilização dos trabalhadores os quais eram confrontados com a política do facto consumado; (iv) os únicos que eram consultados e/ou envolvidos nas mudanças a introduzir, eram os quadros e, nalguns casos, os futuros operadores das máquinas ou equipamentos.

Figura II.2 – Principais formas de participação dos trabalhadores, em % do total das empresas (n=111) e em % das empresas com sistema de qualidade



(a) Outras formas de participação directa: círculos de animação, grupos operacionais

Fonte: Kovács *et al.* (1992), cit. por Kovács (1994 e 2000)

2.5.7. A participação directa e mudança organizacional

Ainda no âmbito do projecto EPOC (*Employee Direct Participation in Organizational Change*), foi realizado, no último trimestre de 1996 um inquérito por questionário postal a uma amostra representativa das empresas de dez Estados-membros, incluindo o sector dos serviços (57%), a indústria (36%) e a construção (7%). A análise dos resultados permitiu pela primeira vez, ter-se uma visão global da implementação das formas de participação directa bem como dos seus efeitos a nível da UE (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1998).

Distinguiram-se duas formas de participação directa no local de trabalho e no grupo ocupacional mais representativo: (i) a *participação por consulta* (“consultive participation”), em que a gestão encoraja os colaboradores, sem responsabilidades de gestão, a manifestarem, individualmente ou em grupo, os seus pontos de vista sobre assuntos relacionados com o trabalho, embora com reserva do direito de os aceitar ou rejeitar; e (ii) a *participação por delegação* (“delegative participation”), em que a gestão atribui aos colaboradores, sem responsabilidades de gestão, uma responsabilidade acrescida para, individualmente ou em grupo, organizarem e fazerem o seu trabalho de maneira autónoma, sem terem que reportar ao superior imediato.

A *participação directa*, ou seja, a consulta e a delegação a nível individual e/ou a nível grupal, pode assumir seis formas diferentes: consulta individual (i) face a face (CI1); ou (ii) à distância (*at arm's length*) (CI2); consulta grupal, baseada em (iii) grupos temporários ou *ad hoc* (CG1); ou em (iv) grupos permanentes (CG2); e, por fim, delegação (v) individual (DI); ou (vi) grupal (DG).

Apenas 4% das empresas inquiridas usavam todas estas seis formas de participação directa. Quatro em cada cinco respondentes recorriam, pelo menos, a uma dessas formas (82%). A Holanda e a Suécia destacavam-se, neste conjunto de 10 países, como sendo aqueles onde era mais elevada a proporção de empresas com uma ou mais formas de participação directa: 90% e 89%, respectivamente. Notoriamente abaixo da média (82%), encontravam-se apenas Portugal (61%) e a Espanha (65%). Dos países geográfica, cultural e historicamente mais próximos do nosso, destacava-se a França, com o terceiro mais alto nível de participação directa (87%), posição explicável pelo impacto das Leis Auroux que nos anos 80 vieram instituir os grupos de expressão (Sechaud, 1994).

Quando comparadas com as restantes, as empresas portuguesas eram as que estavam em pior posição relativamente ao nível de utilização da *consulta individual à distância* (18%), da *consulta a grupos temporários* (20%) e sobretudo da *delegação individual* (26%). As empresas suecas, pelo contrário, eram as que apresentavam maior proporção de formas de participação baseadas na delegação, quer individual (69%) quer grupal (56%).

Outras conclusões do estudo são interessantes para se compreender a relação entre a participação e certas características organizacionais. Mais concretamente, a participação directa era independente da dimensão (ou volume de emprego). Em contrapartida, era mais provável nos locais de trabalho com determinadas características sociodemográficas ou técnico-organizacionais, tais como: (i) predomínio de profissões ou ocupações não-manuais (*white collars*); (ii) complexidade das tarefas; (iii) organização do trabalho baseada em equipas; ou (iv) operadores qualificados e com formação contínua. Por fim, havia uma maior proporção de formas de participação directa nos serviços (e em especial nos serviços públicos) do que na indústria ou na construção.

Deverá acrescentar-se, contudo, que no conjunto da amostra de empresas dos dez Estados-membros era reduzido o leque de questões sobre as quais os trabalhadores eram consultados ou tinham poder de decisão, por delegação. Quanto aos efeitos resultantes da utilização de múltiplas formas de participação directa, alguns eram *positivos* (v.g., melhoria da qualidade, redução do tempo do processamento da informação, redução de custos, aumento da produção, decréscimo do absentismo em geral e absentismo devido a baixa por doença) enquanto outros eram *negativos* (v.g., redução de efectivos, incluindo chefias directas e outro pessoal de gestão operacional).

O estudo da Fundação Europeia também nos deu informação útil quanto à proporção de locais de trabalho com formas de participação indirecta ou representacional: por exemplo, (i) a Suécia surgia com a mais alta proporção de locais de trabalho que tinham estruturas de representação dos trabalhadores (92%), e (ii) em que estava generalizada a representação sindical (85%); em contrapartida, (iii) apenas um terço dos locais de trabalho portugueses tinham representantes dos trabalhadores. Aliás, a não existência de representantes dos trabalhadores (e nomeadamente de delegado sindical) seria uma das razões principais do fenómeno da dessindicalização em Portugal no início dos anos 90 (Stolerooff e Naumann, 1993; Ribeiro *et al.*, 1994; Cerdeira, 1997).

A Suécia, juntamente com outro país nórdico, a Dinamarca, também tinha o nível mais alto de envolvimento dos representantes do pessoal no próprio processo de introdução das formas directas de participação. Portugal era, pelo contrário, aquele dos dez países com o mais baixo índice de envolvimento. Em 44% das empresas portuguesas que introduziram processos de participação directa, não houve sequer *nenhum envolvimento*; em 15% dos casos foi dada *informação alargada* e/ou houve *consulta limitada*; só em 19% das empresas terá havido processos de *consulta alargada* e, em claro contraste com a Suécia, apenas 14% dos gestores portugueses declararam que nas suas empresas as referidas inovações organizacionais tinham sido amplamente *negociadas e decididas em conjunto*.

2.5.8. Principais direitos dos trabalhadores em matéria de SH&ST

O actual regime jurídico da SH&ST reconhece explicitamente o direito à participação dos trabalhadores e seus representantes, sob a forma de certos direitos, individuais e colectivos, que irão ser aqui sucintamente explicitados ⁽⁸⁾.

2.5.8.1. Direito à informação

Tanto os trabalhadores como os seus representantes a nível da empresa ou estabelecimento devem dispor de informação actualizada no domínio da SH&ST (n.º 1 do art. 9º do D.L. n.º 441/91). E, mais concretamente, informação sobre os riscos profissionais a que eventualmente estejam (ou que possam vir a estar) expostos bem como as medidas de prevenção e protecção, adoptadas ou a adoptar pelo empregador. Esta informação tem de ser obrigatoriamente proporcionada aos trabalhadores, individual ou colectivamente, sempre que se verifiquem determinadas circunstâncias, implicando alteração da sua situação de trabalho, resultante de inovação tecnológica, mudança organizacional, reconversão profissional, promoção ou mudança de categoria, deslocação temporária para outro posto de trabalho, rotação, reestruturação do posto de trabalho, etc. (nº 2 do supracitado art. 9º).

A informação em SH&ST deve servir para conhecer e agir, e em última análise para permitir aos trabalhadores exercer, individual ou colectivamente: um maior grau de controlo sobre o seu próprio trabalho ou situação de trabalho (o conteúdo, a organização e as demais condições técnicas e sociais de trabalho); e um maior grau de influência no processo de negociação e decisão a nível da melhoria das suas condições de vida no trabalho, de modo a: (i) prevenir os acidentes de trabalho, as doenças profissionais e as demais doenças relacionadas com (ou agravadas pelo) trabalho; (ii) proteger a sua saúde; e (iii) promover o seu bem-estar físico, mental e social. Nesta perspectiva, o direito à informação não pode ser, taxativamente, limitado ao corpo da lei, tanto mais que a informação nas organizações é (e será) sempre um recurso organizacional e político, precioso, limitado e escasso; nessa medida, é uma fonte de poder e, em última análise, uma causa de conflito potencial (Crozier e Friedberg, 1977; Friedberg, 1995).

De qualquer modo, o direito à informação decorre do princípio geral que obriga o empregador a assegurar aos trabalhadores condições de SH&ST em todos os aspectos relacionados com o trabalho, de acordo com o disposto no n.º 1 do art. 8º do D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro de 1991 ⁽⁹⁾. Mas resulta também das próprias obrigações do trabalhador (art. 15º), nomeadamente as de intervir e de cooperar na defesa da sua saúde e segurança no trabalho, bem como de zelar pela saúde e segurança de todos os outros.

⁸ Vd. em especial o art. 275º do novo Código do Trabalho, que vai entrar em vigor em 1 de Dezembro de 2003.

⁹ Princípio geral consagrado, de resto, no art. 272º do Código do Trabalho.

Nessa medida, o direito à informação em matéria de SH&ST é também, subsidiariamente: (i) um *direito de fiscalização e reclamação*, em relação às obrigações gerais do empregador (prevenir os riscos e proteger a saúde dos trabalhadores); e (ii) um *direito ao conhecimento* de modo a possibilitar, ao(s) trabalhador(es), a identificação e avaliação dos riscos profissionais e, consequentemente, a adopção de medidas de prevenção e protecção (Oddone, 1984; Starrin e Lundberg, 1991; Hugentobler *et al*, 1992).

2.5.8.2. Direito à formação

De acordo com o art. 12º do D.L. n.º 441/91, o trabalhador deve receber uma formação adequada e suficiente no domínio da SH&ST, tendo em conta a sua qualificação, a sua responsabilidade, as suas funções e as características do seu posto de trabalho. Essa formação deve ser assegurada de modo a habilitá-lo a lidar com as diferentes situações de mudança que podem implicar um risco acrescido para a saúde e a segurança do próprio e/ou de outrem ⁽¹⁰⁾.

2.5.8.3. Direito de representação

Um terceiro direito reconhecido aos trabalhadores portugueses é o de eleger um ou mais delegados para exercer funções de representação em matéria de SH&ST ⁽¹¹⁾. Esta figura, de resto já consagrada na Convenção da OIT n.º 135 (*Workers' Representatives Convention*, 1971) (ILO, 1971), é distinta da comissão de trabalhadores enquanto direito colectivo de participação na gestão da empresa, consagrado na Constituição da República Portuguesa

O legislador não definiu as competências específicas do representante dos trabalhadores em matéria de SH&ST. Na interpretação do IDICT o papel dos representantes dos trabalhadores seria sobretudo o de: (i) interpretar e acompanhar a informação sobre SH&ST que é fornecida aos trabalhadores; (ii) pronunciar-se sobre as políticas, programas e actividades no domínio da S&ST; (iii) apresentar propostas de modo a minimizar qualquer risco profissional. Contrariamente à figura tradicional do delegado sindical, o representante dos trabalhadores em matéria de SH&ST teria assim um papel mais propositivo do que reivindicativo (Portugal. IDICT, 1999).

Reflectindo as posições dominantes do sindicalismo europeu, a UGT defende um papel mais alargado e interventivo dos representantes dos trabalhadores para a SH&ST, cabendo-lhes nomeadamente “o direito e o dever de representar os interesses das comunidades de trabalho em matérias tão diversas como a organização do trabalho e do tempo de trabalho, prevenção dos riscos profissionais, recuperação e reintegração das vítimas de acidentes ou doenças profissionais” (UGT, 1995. 31-32)

Comparando-se os direitos e as garantias mínimas contidas na Directiva 89/391/CEE e no D.L. n.º 441/91, verifica-se que alguns direitos ainda não estão consagrados na nossa legislação ou não foram explicitados pelo legislador: é o caso, por ex., do (i) direito de *inspecionar o local de trabalho*, (ii) o direito de *investigar eventuais queixas dos trabalhadores* relacionadas com a SH&ST, ou (iii) o direito de *apelar à autoridade competente* em matéria de SH&ST quando as medidas tomadas e os meios fornecidos pela entidade patronal não forem julgados adequados e suficientes para garantir a saúde e a segurança dos trabalhadores. Tais direitos são reconhecidos em países como a Suécia (Navarro, 1983). Trata-se, em todo o

¹⁰ O n.º 2 do art. 278º do Código do Trabalho fala inclusive em “formação permanente para o exercício das respectivas funções”, no caso dos trabalhadores e seus representantes designados para ocuparem uma ou mais actividades de SH&ST.

¹¹ Figura igualmente consagrada no Código do Trabalho (art. 277º).

caso, de requisitos mínimos essenciais para uma efectiva e concreta participação no domínio da SH&ST e que deveriam estar implementados, *de jure e de facto*, a partir de 1993 em todos os Estados-membros (Walters *et al.*, 1993; Walters, 1994).

2.5.8.4. Direito de consulta

Os representantes dos trabalhadores ou, na sua falta, os próprios trabalhadores, devem ser consultados sobre um leque variado de matérias que vão desde as medidas de prevenção e protecção a adoptar pelo empregador até aos programas de formação no domínio da SH&ST. A lei é omissa quanto à natureza da consulta, isto é, se nos casos previstos no n.º 3 do art. 9º do D.L. n.º 441/91, é obrigatório o parecer prévio dos representantes dos trabalhadores e com que efeitos práticos ⁽¹²⁾.

O processo consultivo pode (e deve) ser extensivo a outras actividades mais directamente ligadas ao sistema de gestão da SH&ST: por exemplo, a própria elaboração do relatório de actividade do(s) serviço(s) de SH&ST, cuja versão final deveria ser submetida, no mínimo, à apreciação dos representantes dos trabalhadores, à semelhança do que acontece com o balanço social.

Na prática, o direito à consulta significa que o empregador: (i) partilha um dado problema de SH&ST com os representantes dos trabalhadores, individualmente (*variante I*) ou em grupo (*variante II*), ouve as suas ideias, críticas ou sugestões, e depois toma uma decisão ou resolve o problema; (ii) mas a decisão tomada ou a solução encontrada pode ou não reflectir a influência, individual ou grupal, dos representantes dos trabalhadores (Vroom e Yetton, 1993).

Os trabalhadores e seus representantes têm igualmente o direito de apresentar propostas de modo a minimizar qualquer risco profissional (n.º 4 do art. 9º do D.L. n.º 441/91) ⁽¹³⁾. Este direito pode ser considerado como subsidiário do direito à consulta. Esta, por sua vez, é uma forma de participação distinta da negociação & decisão (*negotiation/joint decision*), da decisão baseada no consenso (*group decision*) ou da decisão por delegação.

2.5.8.5. Direito de recusar o trabalho

Um direito fundamental do trabalhador, em termos individuais ou colectivos, é o de recusar iniciar o trabalho, de interromper o trabalho ou de abandonar o posto de trabalho, em caso de percepção de perigo grave e iminente que não possa ser evitado.

Embora consagrada na legislação laboral de diversos países, a sua aplicação não é pacífica. Em Portugal, julgo que ainda não haja jurisprudência sobre o problema (vd. Fernandes, 1994; Veiga, 1995; Leite e Almeida, 2000). Recorde-se que o n.º 3 do art. 15º do D.L. n.º 441/91 prevê a imputação de responsabilidade disciplinar e civil ao trabalhador, em caso de incumprimento culposo das suas obrigações (que, em última análise, poderá configurar inclusive uma situação de despedimento por justa causa)⁽¹⁴⁾.

¹² O n.º 3 do art. 275º do Código do Trabalho diz explicitamente que “o empregador deve consultar por escrito e, pelo menos, duas vezes por ano, previamente ou em tempo útil, os representantes dos trabalhadores ou, na sua falta, os próprios trabalhadores”. Além disso, as consultas, respectivas respostas e propostas, devem constar de registo em livro próprio organizado pela empresa” (n.º 7 do citado art.).

¹³ Consagrado no n.º 4 do art. 275º do Código do Trabalho.

¹⁴ Este direito também é reconhecido pelo Código do Trabalho: n.º 1, alínea f), e n.º 2 do art. 274º do Código do Trabalho.

Para Walters (1994: 27), o direito de recusar o trabalho faz parte dos “minimum legal rights” contidos na Directiva 89/391/CEE da Comissão, de 12 de Junho de 1989: “In addition, there is the very important right to be able *to stop dangerous work without fear of victimisation* by the employee” (itálico meu). Este direito terá sido utilizado na Suécia como forma de pressionar os empregadores a melhorar as condições de trabalho na década de 1970. Nessa época, a Suécia (que, a par da Noruega, tem uma forte tradição histórica de concertação social), adoptou a legislação laboral porventura mais progressista do mundo, na sequência da crescente racionalização técnica, organizacional e económica por que passaram as suas empresas, com a consequente desqualificação dos trabalhadores e a degradação das suas condições de trabalho. As greves selvagens e a contestação social dos anos de 1969-1970 foram uma consequência dessas mudanças estruturais no aparelho produtivo, obrigando a renegociar o contrato social (Navarro, 1983; Deutsch, 1988; Graça, 2000a).

Esta legislação corresponde à década de ouro da “democracia industrial” (Gardell, 1983; Navarro, 1983; Deutsch, 1988; Johnson e Johansson, 1991). São dessa época, já na crise do pós-taylorismo, diplomas tais como: *Employee Representation on Company Boards* (1972-1977), *Status of Shop Stewards* (1974), *Worker Protection and Working Environment* (1974), *Joint Regulations of Working Life* (1977), *Workers Insurance Act* (1976) ou *Work Environment Act* (1977).

São também dessa época as “novas fábricas” – como as da Volvo, em Kalmar (1974) e Uddevalla (1985) –, caracterizadas por: (i) abandono da linha de montagem fordiana clássica, substituída pela montagem a cargo de grupos semi-autónomos de produção (Kalmar) ou de equipas autodirigidas (Uddevalla); (ii) delegação das tarefas de produção e de gestão operacional a estes grupos; (iii) introdução de sistemas informáticos que passam a coordenar e a centralizar tudo o que se passa a nível do *bottom line*; (iv) abordagem sociotécnica das condições de trabalho e concepção ergonómica do *layout* de produção, com vista a eliminar na origem ou minimizar o risco de stresse e de lesões musculoesqueléticas (Dundelach e Mortensen, 1979; Gardel, 1982; Haglund *et al.*, 1991; Berlin, 1993; Ekeloff, 1993; Graça, 2000a).

É também a época da consagração do *volvoísmo* enquanto abordagem sociotécnica, alternativa quer ao *fordismo* quer ao *toyotismo* (Taylor, 1911; Adler e Cole, 1993; Milkman, 1997; Nishiyama e Johnson, 1997; Berggren, 2000; Correia, 2000). A nível das condições de trabalho e da protecção da saúde dos trabalhadores, a década de 1970 foi marcada pela promulgação do *Work Environment Act* (1977) que veio substituir o *Work Protection Act* (1974). As alterações introduzidas pelo legislador não foram apenas semânticas mas sobretudo conceptuais (*Caixa II.3*).

Caixa II.3 – Uma concepção sociotécnica das condições de trabalho

Facilmente se reconhece na redacção da Secção 1 do Capítulo 2 do *Swedish Work Environment Act* os contributos dos investigadores da corrente sociotécnica que se desenvolveu nos países nórdicos nos anos 70, com especial destaque para a Noruega (v.g. Thorsrud) e a Suécia (v.g., Gardell):

“(i) The working environment shall be satisfactory with regard to the nature of the work and social and technical progress in the community. (ii) Working conditions shall be adapted to people's differing physical and mental aptitudes. (iii) The employee shall be given the opportunity of participating in the design of his own working situation and in processes of change and development affecting his own work. (iv) Technology, work organization and job content shall be designed in such a way that the employee is not subjected to physical or mental strains which can lead to ill-health or accidents. (v) Forms of remuneration and the distribution of working hours shall also be taken into account in this connection. (vi) Closely controlled or restricted work shall be avoided or limited. (vii) Efforts shall be made to ensure that work provides opportunities of variety, social contact and co-operation, as well as coherence

between different tasks. Furthermore, (viii) efforts shall be made to ensure that working conditions provide opportunities for personal and vocational development, as well as for self-determination and professional responsibility”.

Fonte: Swedish Work Environment Authority (2001)

Houve também mudanças substanciais nas competências dos *safety delegates* e alargamento dos seus direitos a partir de 1974, incluindo o direito de mandar parar o trabalho: “If a particular job involves immediate and serious danger to the life or health of an employee and if no immediate remedy can be obtained through representations to the employer, the safety delegate may order the suspension of work on that job pending a decision by the Work Environment Authority” (Section 7, Chapter 6, *Work Environment Act*) (*Swedish Work Environment Authority*, 2001).

Desde 1978 até 1982, registaram-se oficialmente mais de 600 casos de interrupção do trabalho por ordem dos representantes dos trabalhadores eleitos para a SH&ST, mas o seu número tendia diminuir a partir de 1979 (Gustafsson, 1984).

Nos locais de trabalho com 50 ou mais trabalhadores (ou sempre que requerido pelos interessados), deve haver uma *safety committee*, a qual desempenha um papel central na gestão no sistema de SH&ST, incluindo os *occupational health services* cuja criação, pelo empregador, é de resto voluntária, tal como acontece na Alemanha e no Reino Unido (Nicholson, 2003).

2.5.9. Cooperação ou co-determinação ? Um nível limitado de participação

O D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro de 1991, que tem como quadro de referência a Convenção n.º 155 da OIT, de 1981, ratificada por Portugal em 1985, e a Directiva 89/391/CEE, parece ter subestimado as potencialidades da formação mútua e da discussão pelos trabalhadores, colectivamente ou em grupo, das suas próprias condições de trabalho, ou seja, o direito de expressão directa, consagrado, por ex., na legislação francesa.

Em França, as Leis Auroux de 1982 (e legislação posterior) vieram reconhecer o *direito à expressão directa* (por iniciativa pessoal, sem ser pela via da representação ou da hierarquia) e colectiva (através de grupos de expressão) sobre: (i) o conteúdo e a organização do trabalho; (ii) a definição e a implementação de acções destinadas a melhorar as condições de trabalho na empresa (art. 461º e 462º do Código do Trabalho francês, Lei n.º 82-689, de 4 de Agosto de 1982, e Lei n.º 86-1, de 3 de Janeiro de 1986) (Sechaud, 1994).

Com o direito de expressão, o legislador francês vinha reconhecer o papel proactivo do trabalhador, tanto na análise dos diferentes aspectos do seu trabalho como na melhoria das suas condições de trabalho (incluindo o ambiente físico e psicossocial). Fazendo o balanço de quase duas décadas, há quem pense no entanto que “o seu funcionamento se transformou frequentemente em ritual”, acabando por provocar a perda de muito do *élan* contido no espírito da lei de 1982, ou seja, muitas das suas potencialidades enquanto forma de *experimentação social* (Petit e Dubois, 2000. 237).

De um modo geral, muitas das formas de participação directa aqui referidas são de origem patronal e, como tal, tendem a ser vistas com alguma reserva por parte dos sindicatos, o que se compreende. Na realidade, trata-se de (i) formas de participação integrativa e organizacional; (ii) que escapam ao controlo dos representantes sindicais; e sobretudo que

(iii) não estão consagradas no direito do trabalho (com excepção dos grupos de expressão franceses).

Julgo que esta posição ainda reflecte o pensamento actual do sindicalismo europeu, nomeadamente quando confrontado com as pretensas tentativas de *empowerment* dos trabalhadores por parte de algumas correntes do *management* internacional, consubstanciadas nas (i) experiências do *TQM* (*Total Quality Management*), nos (ii) modelos baseados na *lean production* e nas demais (iii) *novas formas de organização do trabalho* (Gelder, 1994; Roth, 1996; Frohlich e Pekruhl, 1996; Kochan *et al.*, 1997; Kovács e Castillo, 1998).

O receio de *canibalização* dos representantes dos trabalhadores para a SH&ST quando estes não têm ligação aos sindicatos nem enquadramento legal nem, muito menos, capacidade negocial é claramente manifestado por um representante da CISL (*Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori*): "Experiences with collective participation in recent years have often revealed the danger of a split opening up between workers' representatives and union representatives. This may happen, for example, when the worker representatives on a company health and safety committee have no structural relationship with a union or have no bargaining function. Schemes of this kind, which take an extreme view of the need for the total autonomy of workers representatives, run the risk of assimilation into the company's own culture and goals since they lack of the independence of union-based activity" (Stanzani, 1994. 16).

Também a UGT portuguesa defende a necessidade de protagonismo sindical na gestão do sistema de SH&ST: "As experiências de participação colectiva nalgumas grandes empresas nacionais (...) recordam que há risco de que a representação na empresa, desenquadrada do sindicato, possa isolar esta área e criar um fosso entre o sindicalismo de condições de trabalho e outros aspectos da reivindicação social" (UGT, 1995. 47-48), alguns dos quais tendem até a ser mais valorizados pelos trabalhadores (por ex., cláusulas com expressão pecuniária, organização do tempo de trabalho).

Esta observação crítica tanto da UGT como da sua congénere italiana, parece ser relevante no actual contexto: por um lado, e nomeadamente nos países da Europa do Sul começa também a ganhar terreno a concepção civilista das relações do trabalho em oposição à tradicional concepção juslaborista; por outro, a tendência a partir do último quarto de século é o aumento do número de PME, a precarização do emprego, a deslocalização industrial, a terciarização da economia, a flexibilização e fragmentação da força de trabalho, a desregulamentação da legislação laboral, o desemprego estrutural e o conseqüente declínio da representação sindical no local de trabalho, para além das implicações na saúde física e mental da população trabalhadora, incluindo o stress crónico (House, 1974; Dejours, 1980; Karasek e Theorell, 1990; Houben, 1991; Dejours, 1993; Houben e Nijhuis, 1996; Nishiyama e Johnson, 1997; Houtman e Kompier, 1998; European Commission, 2000).

De acordo com um estudo levado a cabo, no princípio dos anos 90, em oito países europeus (Alemanha, Espanha, França, Grécia, Irlanda, Itália, Reino Unido e Suécia) sobre a representação dos trabalhadores e dos sindicatos no domínio da SH&ST (Walters *et al.*, 1993), constata-se a existência de dois problemas principais no que dizia respeito à implementação da legislação e regulamentação em matéria de SH&ST (Walters, 1994. 28): por um lado, (i) essa implementação estava longe de estar completa e, por outro, (ii) dependia muito da dimensão das empresas, sendo o desenvolvimento das potencialidades da SH&ST mais provável "in large workplaces with strong organisation, supportive

management, well trained health and safety representatives and a high level of health and safety awareness".

A representação dos trabalhadores em matéria de SH&ST torna-se, pois, problemática e a prova disso é a sua fraqueza estrutural em países como os da Europa do Sul, incluindo a Itália que no final dos anos 60 e princípio dos anos 70 era justamente apontado como um dos países mais avançados em matéria de desenvolvimento da participação nesta área (Bagnara *et al.*, 1981 e 1985; Oddone *et al.*, 1984; Berlinguer e Biocca, 1987; Berlinguer, Conti e Smargiasse, 1991; Graça, 2000b).

No princípio da década de 1990, a área da SH&ST continuava a ser, na Europa do Sul, uma espécie de parente pobre dentro do movimento sindical, a maior parte das vezes confiada (e confinada) a um pequeno grupo de especialistas sem ligação aos locais de trabalho e à acção sindical (Stanzani, 1994. 16).

No que diz respeito à participação dos trabalhadores portugueses no sistema de gestão da SH&ST, a nível do local de trabalho, pode dizer-se que ela é, em termos jurídico-normativos, claramente limitada à simples informação e à consulta. O legislador português não prevê outras formas de nível superior como a negociação, o veto, a co-decisão, a supervisão da implementação ou até a gestão autónoma directa. Por outro lado, há um grande défice de consulta e participação nos nossos locais de trabalho, por razões estruturais e históricas (Kovács, 1989a; Cristovam, 1995; Graça, 2002). É não só possível como desejável um maior equilíbrio da participação nos locais de trabalho, em termos quer de (i) *formas* (directas e indirectas), quer de (ii) *nível* (cooperação e co-determinação).

A Convenção n.º 161, sobre os serviços de saúde no trabalho, adoptada pela OIT em 1985, insiste na co-responsabilização dos trabalhadores (ILO, 1985). No art. 8º diz-se explicitamente que o empregador, os trabalhadores e seus representantes devem cooperar e participar numa base equitativa ou igualitária – o que só pode ser entendido fora da relação hierárquica ou de subordinação, resultante do contrato de trabalho (Graça, 1992) –, tanto na organização e no funcionamento dos serviços de SH&ST como na definição e implementação de medidas de prevenção e protecção. Por outro lado, "todos os trabalhadores devem ser informados dos riscos para a saúde inerentes ao seu trabalho" (art. 13º da Convenção n.º 161). Os serviços de saúde no trabalho, por seu turno, devem ser informados pelo empregador e pelos trabalhadores de "todos os factores do ambiente de trabalho não só conhecidos como suspeitos, susceptíveis de ter efeitos sobre a saúde dos trabalhadores" (art. 14º).

Em 1991, a OIT aprovou um conjunto de directrizes práticas (*guidelines*) sobre o Sistema de Gestão da SH&ST (ILO, 2001; OIT, 2002). No que diz respeito à participação dos trabalhadores (ponto 3.2), as orientações não podem ser mais claras: (i) a participação dos trabalhadores é um elemento essencial do sistema de gestão da SH&ST a nível da empresa ou estabelecimento; (ii) o empregador deve assegurar que os trabalhadores e/ou seus representantes sejam devidamente consultados, informados e formados em todos os aspectos da SH&ST; (iii) os trabalhadores e/ou seus representantes devem dispor do tempo e dos recursos necessários para "participar activamente"- em todas as fases – concepção, planeamento, organização, implementação, avaliação e correcção – do sistema de gestão da SH&ST; e, por fim (iv) deve ser criada e ser posta a funcionar, de maneira eficiente, uma comissão (paritária) de SH&ST, onde tenham assento os representantes dos trabalhadores eleitos para a SH&ST.

Por outro lado, não são devidamente conhecidas e discutidas, entre nós, as vantagens da participação dos trabalhadores no sistema de SH&ST, a nível do local de trabalho (*Caixa II.4*), já que a questão tende a ser, muitas vezes, politizada. Há argumentos a favor e contra a participação (Wintersberger, 1985; Starrin e Lundberg, 1991; Wilson, 1994) que, por economia de análise, não vou aqui desenvolver, já o tendo feito noutro tempo e lugar (Graça, 1993).

Sem uma efectiva e concreta participação dos trabalhadores a prevenção dos riscos profissionais e a promoção da saúde no trabalho nunca poderão ser eficazes (Gardell, 1982; Wintersberger, 1985; Deutsch, 1988; Berlinguer, Conti e Smargiasse, 1991). Em contrapartida, os processos participativos são menos eficientes do que a tradicional abordagem tecnocrática no domínio da SH&ST, a qual assenta no protagonismo dos técnicos e especialistas (Mergler, 1987). A participação tem, obviamente, custos para a organização (por ex., custos homem/hora).

Os estudos neste domínio sugerem, por outro lado, que os efeitos da participação não seriam tanto a curto como sobretudo a médio e longo prazo, nomeadamente no que diz respeito ao aumento da produtividade, um resultado que, de resto, depende de muitas outras variáveis, quer endógenas quer exógenas (Wilson, 1994).

A Alemanha e o Japão, do pós-guerra, têm sido apresentados como dois exemplos em que o sucesso económico estaria associado ao desenvolvimento de um factor de produção, cada vez mais crítico: o envolvimento dos trabalhadores na tomada de decisão relativa a regras, procedimentos e medidas que afectam não apenas a política económica da empresa, como sobretudo a política social e de pessoal, incluindo a abordagem antropocêntrica das novas tecnologias e a reorganização flexível e participada do trabalho (Rodrigues, 1991 e 1992; Armbrüster, 1994; Rodrigues, 1995; Freire, 1995; Fröhlich e Pekruhl, 1996; Roth, 1996).

O que está em jogo no domínio da SH&ST não são meras questões técnicas e, como tal, neutras ou imediatamente consensuais, mas interesses nem sempre facilmente conciliáveis e, em última análise, verdadeiras questões de poder. E as relações de poder, que se revelam através da aliança, do conflito e da negociação, dificilmente são reguláveis por decreto ou por simples voluntarismo dos actores sociais. Mas também estão em causa, é bom não esquecerlo, direitos sociais que se tornaram factos civilizacionais.

Caixa II.4 – Dez vantagens da participação directa dos trabalhadores
1. Favorece a detecção precoce de sintomas e a prevenção da doença
2. Facilita a identificação das doenças de etiologia multifactorial, relacionadas com o trabalho ou agravadas pelo trabalho
3. Possibilita a prevenção e o diagnóstico precoce das doenças crónicas degenerativas
4. Permite colmatar as dificuldades e os custos da medição objectiva da carga mental e psíquica, resultante das constantes inovações técnicas e organizacionais, bem como habilitar os trabalhadores a lidar com os crescentes riscos de natureza psicossocial
5. Favorece uma abordagem mais global, compreensiva e dinâmica dos factores de risco e dos riscos profissionais
6. Obriga o empregador a assumir as suas responsabilidades na criação de um ambiente de trabalho seguro e saudável
7. Permite uma abordagem proactiva, uma intervenção mais orientada para os problemas concretos e para a sua solução
8. Minimiza os tradicionais riscos de solução de continuidade entre a investigação e a intervenção, o conhecimento e a acção
9. Implica um maior protagonismo dos trabalhadores em detrimento do tradicional papel de liderança dos profissionais ou especialistas de SH&ST (a chamada abordagem <i>topdown</i>)
10. E, por fim, é <i>cost-effective</i> , como dizem os economistas.
Fonte: Wintersberger (1985); Graça (1993)

As tendências actuais no campo da protecção e promoção da saúde no trabalho, a nível internacional, apontam cada vez mais para a crescente valorização do papel (activo) dos trabalhadores (Bagnara *et al.*, 1981 e 1985; Deutsch, 1988; Breucker e Schröder, 1996; Wynne, 1998; Graça, 1999e).

Em jeito de conclusão sobre a revisão de literatura relativamente a este tópico (a participação dos trabalhadores na gestão do sistema de SH&ST), pode dizer-se que há três direitos fundamentais. De acordo, por exemplo, com a legislação da província canadiana de Saskatchewan, promulgada no período de 1972-73, esses direitos seriam fundamentalmente (Sass, 1985): (i) o direito de *conhecer/investigar* os riscos e os factores de risco no trabalho; (ii) o direito de *participar* na gestão do sistema de SH&ST, incluindo a permanente detecção, avaliação e redução desses riscos, através da informação, da consulta, e da negociação & decisão; (iii) o direito de *recusar o trabalho* em caso de percepção de perigo grave e iminente que não possa ser evitado, sem receio de ser incriminado ou prejudicado.

São três direitos interdependentes: (i) seria ineficaz reconhecer ao trabalhador o direito de recusar o trabalho e o direito de participar (através da informação, da consulta e da negociação & decisão), excluindo o direito de conhecer/investigar os riscos e os factores de risco no trabalho (que fundamenta o modelo operário de análise das condições de trabalho, surgido na Itália dos anos de 1960) (Oddone *et al.*, 1984; Graça, 2000b); (ii) por outro lado, o direito de participar e o direito de conhecer têm de ser complementados pelo direito de recusar o trabalho, se se defende uma perspectiva global e integrada da prevenção da doença e da promoção da saúde no local de trabalho.

Um dos desafios que se põem, hoje em dia, aos empregadores e aos trabalhadores e seus representantes é o de encontrar formas de participação adequadas, eficientes e eficazes, além de mutuamente satisfatórias a nível da organização do trabalho e da gestão, tendo em conta que a modernização das nossas empresas, traduzida em melhoria da produtividade, qualidade e competitividade, passa também necessariamente pela (i) valorização estratégica dos recursos humanos, pela (ii) incorporação dos seus novos conhecimentos e competências, pela (iii) empregabilidade e pela (iv) manutenção da capacidade de trabalho ao longo da vida activa.

Este é um terreno onde trabalhadores e empregadores são *stakeholders*, ou seja, têm interesses em jogo que não são necessariamente antagónicos. Sem a competência e o empenhamento dos trabalhadores e dos seus representantes, será com certeza mais difícil responder aos desafios, ameaças e oportunidades que se põem hoje às empresas portuguesas. Sem vontade política, sem concertação social e sem inovação sócio-organizacional, também os empregadores não tirarão partido, a longo prazo, das potencialidades das novas tecnologias e das oportunidades abertas pela globalização da economia.

2.6. A natureza e a frequência dos programas e actividades de saúde no trabalho

2.6.1. EUA

2.6.1.1. Os *wellness programs*

A promoção da saúde nos locais de trabalho (*worksites/workplace health promotion*, abreviadamente *WHP*) começou por ser um fenómeno tipicamente norte-americano que

emergiu na década de 1970 e que não tinha paralelo no Canadá, na Europa ou no Japão (Castillo-Salgado, 1984; Conrad, 1988; Wynne, 1989; Muto *et al.*, 1997; Okubo, 1998). Mais: desenvolveu-se à margem da saúde pública, da profissão médica e da própria medicina do trabalho (Conrad, 1987; O’Donnell, 1996).

Só a partir da segunda metade da década de 80 é que se começa a falar da promoção da saúde no trabalho (abreviadamente, PST) no Canadá (Dooner, 1996; Canada. Health Canada, 1998?) e na Europa, incluindo Portugal (Graça e Faria, 1991 e 1992; Wynne e Clarkin, 1992). Em países como a Suécia, por exemplo, não havia sequer, até há poucos anos, um termo nacional equivalente para WHP, não obstante a tradição sueca tanto na aérea da saúde pública como da intervenção sociotécnica e da investigação psicossocial a nível do trabalho (Thomsson e Menckel, 1997 e 1998).

Na primeira metade da década de 1980, nos EUA, a natureza e a frequência das políticas, programas e actividades de saúde no trabalho variavam conforme a dimensão das empresas e o sector de actividade, para além da região. Um dos primeiros inquéritos no domínio da PST foi realizado por Fielding e Breslow (1983), justamente a uma amostra representativa das empresas e estabelecimentos da Califórnia com 100 ou mais trabalhadores (n=511). Cerca de quatro quintos da amostra responderam a um questionário por entrevista sobre as actividades de saúde, existentes ou planeadas.

Posteriormente foi feito um outro estudo, baseado numa amostra das 500 melhores empresas do ano de 1984, eleitas pela revista *Fortune* (Hollander e Lengeremann, 1988). Num total de 247 respondentes, cerca de dois terços reportaram a existência de actividades de saúde no local de trabalho. Reflectindo o peso das grandes empresas na lista da *Fortune*, o número médio de actividades era de 7.9 num total possível de 19. Por sua vez, os que não tinham actividades neste domínio, tencionavam implementá-las no futuro.

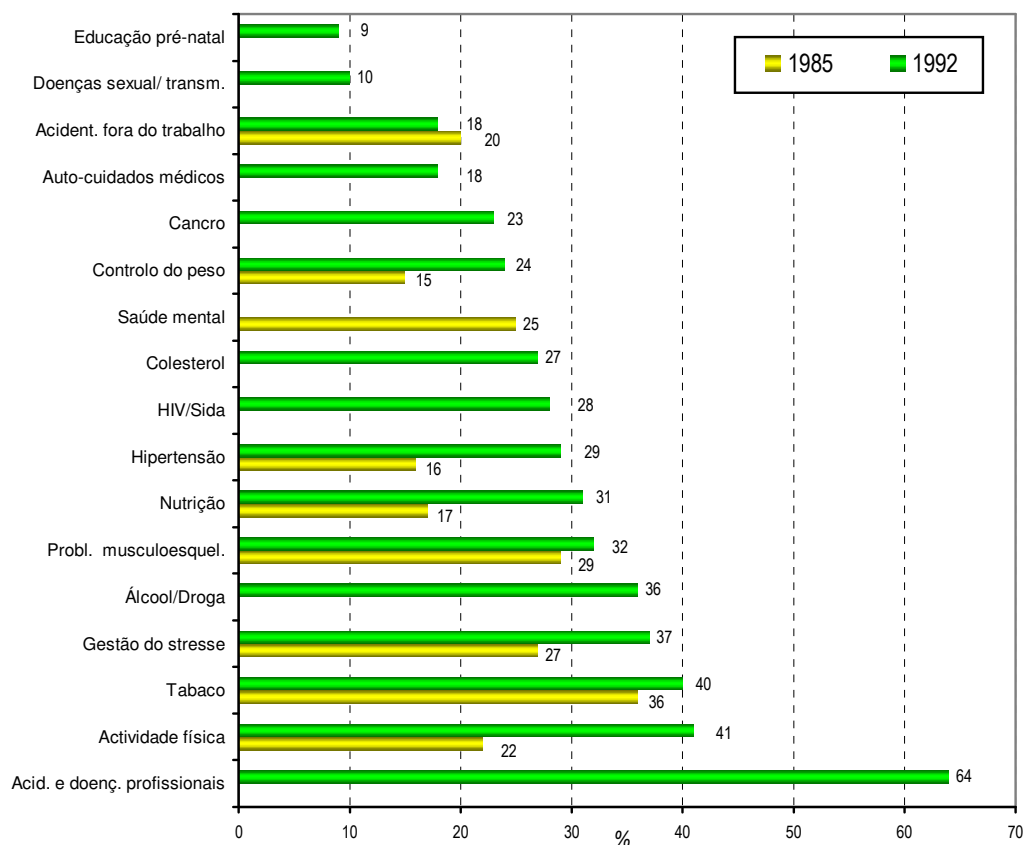
Só em 1985 foi realizado o primeiro *National Survey of Worksite Health Promotion Activities*, sob os auspícios do U. S. Department of Health and Human Services (1987): duas em cada três empresas ou estabelecimentos do sector privado tinham então em curso um ou mais programas de promoção de saúde (Fielding e Piserchia, 1989). A amostra abrangeu 1358 locais de trabalho, com 50 ou mais trabalhadores, correspondendo a uma taxa de resposta de 83.1%, e sendo os resultados generalizáveis para o universo das empresas ou estabelecimentos com 100 ou mais trabalhadores. O número médio de actividades (2.1) tendia claramente a aumentar em função do número de trabalhadores: 1.4 nos locais de trabalho de menor dimensão (50-99 trabalhadores); 4.6 nos locais de trabalho de maior dimensão (≥ 750 trabalhadores) (Fielding e Piserchia, 1989; Fielding, 1990).

Num segundo inquérito nacional realizado em 1992, também por iniciativa dos serviços de saúde pública (Fielding, 1998), verifica-se ter havido uma clara expansão dos programas mais típicos, orientados para o indivíduo e centrados nos estilos de vida (por ex., actividade física/*fitness*, consumo de tabaco, stresse, hipertensão, nutrição). Na *Figura II.3* comparam-se os resultados de 1985 com os de 1992.

Outros, pelo contrário, eram identificados pela primeira vez (por ex., HIV/Sida, álcool/droga, colesterol, saúde mental, cancro, doenças sexualmente transmissíveis, educação pré-natal, autocuidados). Também, pela primeira vez, se discriminavam as actividades tradicionalmente associadas à SH&ST (*job hazards/injury prevention*): 64% das empresas declaravam ter programas de prevenção dos acidentes de trabalho e doenças profissionais, programas esses que não incluíam o *back problem prevention and care* (32%). De qualquer modo, em 1992, mais de 80% da amostra tinha um ou mais programas saúde no

trabalho, embora muitos deles se resumissem, muito provavelmente, a meras actividades de informação ou educação para a saúde.

Figura II.3 — Prevalência de programas e actividades de saúde nas empresas e estabelecimentos norte-americanos, do sector privado, com mais de 50 trabalhadores, em 1985 e 1992



Fonte: Adapt. de Fielding (1989 e 1998)

Programas como a gestão do stresse, por ex., eram claramente orientados para a formação e o treino do indivíduo com vista a melhorar a sua capacidade para lidar com o stresse (Wilbur *et al.*, 1986; Fielding, 1989). Tendia-se a privilegiar técnicas como a relaxação muscular, o *biofeedback*, a meditação ou a aquisição de capacidades cognitivas e comportamentais (Murphy, 1984; Sloan *et al.*, 1987), em detrimento das intervenções organizacionais com vista a eliminar ou reduzir os factores de stresse (por ex., mudança organizacional, *job enrichment*, *job design*, flexibilidade de horários, suporte social, participação) (Gardell, 1982; Israel *et al.*, 1987; Cooper e Payne, 1988; Aronsson, 1989; Karasek e Theorell, 1990; Israel *et al.*, 1992; Landsbergis *et al.*, 1992; May, 1992; Cahill, 1992; Smith e Zehel, 1992; Bravermann, 1992; Badura, 1993; Kompier e Levi, 1993; Gründemann e Vuuren, 1997; Kompier e Cooper, 1999).

Utilizando a conhecida metáfora do pé e do sapato (Kompier e Levi, 1993 e 1995), há três estratégias para prevenir e combater o stresse no trabalho: (i) “procurar o sapato certo para o pé certo” (medidas dirigidas à situação de trabalho, eliminando ou modificando as fontes ou causas de stresse); (ii) “adaptar o sapato ao pé” (medidas dirigidas ao trabalhador, mudando-o de posto de trabalho); e (iii) “fortalecer o pé para se adaptar ao sapato”

(medidas orientadas para o indivíduo, reforçando a sua resistência ao stress através de exercício físico, formação e informação, por exemplo).

Ao eleger o indivíduo, muito dos *stress management programs* em vigor nos locais de trabalho norte-americanos estariam a reproduzir a ideologia do *blaming the victim* (Crawford, 1977; Alexander, 1988; Green, 1988). Na realidade, "the potential for victim-blaming in workplace health promotion is vast, if you allow yourself to think about health as a solely individual responsibility (...)" (Sloan et al., 1987. 147).

Quanto à *elegibilidade* dos programas, era em geral bastante alta: à volta de 85% (Fielding, 1990). No caso da amostra da *Fortune*, o número médio de trabalhadores elegíveis para os programas em vigor (n=164), rondava inclusive os 90%, embora a taxa de participação fosse claramente mais baixa (cerca de 40%, em média), para os trabalhadores elegíveis do género masculino (Hollander e Lengermann, 1988).

2.6.1.2. Confusão semântica e conceptual: WHP ‘versus’ OSH ?

O termo *wellness* é sinónimo de *health promotion*, mas é intraduzível para as línguas latinas: significa, em inglês, "the fact or condition of being in maximum physical and mental health" (*Webster's Encyclopedic Unabridged Dictionary of the English Language*, New York, 1996. 2159).

Curiosamente o vocábulo fazia parte da primeira versão do famoso glossário sobre promoção de saúde, da autoria de D. Nutebeam (1986), mas desapareceu da última versão (WHO, 1998).

Se bem que o termo exista na língua inglesa desde meados do Séc. XVII, terá sido usado pela primeira vez nos EUA numa publicação médica, da autoria de Halbert L. Dunn: "Dr. Dunn promoted wellness in a variety of settings, most memorably in a weekly series of thirteen modest lectures at a Unitarian Church in the Washington, D.C. area in the late 1950's. The talks were published in 1961 in a book entitled *High Level Wellness* by Beatty Press of Arlington, VA" (Ardell, 2000). Algumas ideias deste médico sobre a saúde e o bem-estar, inspiradas na medicina hipocrática, foram depois retomadas e reformuladas nos anos 60 e 70 por outros autores.

Originariamente, nos EUA, os *wellness programs* distinguiam-se de outros programas existentes no local de trabalho: *Occupational Safety and Health* (OSH), *Employee Assistance Programs* (EAP), *Drug Screening Initiatives* (DSI)... Hoje o termo *Workplace Health Promotion* (WHP) tende a abarcar estas diferentes iniciativas (que só no caso dos OSH é que são obrigatórias por lei). Houve, pois, um alargamento e enriquecimento do conceito de saúde no trabalho (O'Donnel, 1989 e 1996).

Mais recentemente começou a falar-se em programas HPM (*Health and Productivity Management*) (Goetzel et al., 1999). Segundo o *Institute for Health and Productivity Management* (IHPM), no conceito de HPM podem e devem integrar-se os seguintes programas ou actividades de diferentes áreas da empresa: (i) prevenção da doença e promoção da saúde; (ii) gestão da doença e dos cuidados médicos; (iii) segurança do trabalho e saúde ambiental (*workplace safety and environmental health*); e, por fim, (iv) *corporate culture and organizational health* (IHPM, 2001).

O director do prestigiado *American Journal of Health Promotion* define a promoção da saúde como *uma ciência e uma arte* que ajudam as pessoas a mudar os seus estilos de vida "toward a

state of optimal health” (*sic*). Por esta última expressão, sinónimo de *wellness*, deve entender-se “a balance of physical, emotional, social, spiritual, and intellectual health”. Quanto à desejada *lifestyle change*, ela pode ser facilitada por uma combinação de estratégias “to enhance awareness, change behavior, and create environments that support good health practices”. Destas três, “supportive environments will probably have the greatest impact on producing lasting change” (O’Donnel, 1989. 5).

Convém aqui definir alguns conceitos. Green (1992. 787) faz uma clara distinção entre (i) *educação para a saúde* (“any combination of learning experiences designed to predispose, enable, and reinforce voluntary adaptations of individual or collective behavior conducive to health”) e (ii) *promoção da saúde* (“any combination of educational, organizational, economic, and environmental supports for behaviors and conditions of living conducive to health”). A primeira é, portanto, apenas uma das estratégias da segunda, embora o autor a considere “the primary and dominant strategy in health promotion”. Esta por sua vez seria uma componente da saúde pública e da medicina preventiva. Ainda outra distinção a operar, a educação para saúde seria mais especificamente limitada “to that range of behavior that is voluntary, self-directed, and relatively self-controlled” (Green, 1992. 788).

Difícilmente se pode aceitar a inclusão, no conceito de promoção de saúde, das *Drug Screening Initiatives* (DSI). A sua origem remonta a 1981, quando o Departamento de Defesa norte-americano passou a impor, ao pessoal civil e militar dos estabelecimentos das forças armadas, a aplicação de testes de consumo de droga. Com o *Drug Free Workplace Act of 1988*, sob a Administração Reagan, muitas empresas do sector público e privado passaram a adoptar o *drug screening* (Conrad, 1992; Mondy *et al.*, 1999). As DSI (e a que se vieram juntar, mais tarde, os testes de HIV/Sida) ainda hoje levantam uma série de questões éticas e deontológicas que estão longe de estarem resolvidas (Roman e Blum, 1987; Green, 1988; Hecker e Kaplan, 1989; Conrad e Walsh, 1992; ICOH, 1992). De qualquer modo, contribuíram para o desenvolvimento dos *Employee Assistance Programs* (EAP).

Estes programas também são uma originalidade norte-americana. Inspirando-se na experiência dos grupos de auto-ajuda, os EAP desenvolveram-se sobretudo a partir do início da década de 1970 (Roman e Blum, 1988). Durante muito tempo, o termo ficará conotado com o *alcohol abuse*. Aliás, a paternidade do termo é atribuída ao *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA), criado em 1971 (<http://www.niaaa.nih.gov/>).

Em sentido lato, os EAP podem ser definidos como iniciativas levadas a cabo, no local de trabalho, para garantir a manutenção do emprego e a própria empregabilidade de indivíduos cujo desempenho profissional e relacionamento humano são afectados negativamente por problemas de consumo de álcool ou de droga, outros comportamentos aditivos ou compulsivos (como o jogo, o sexo ou o *shopping*), a depressão ou outra doença psiquiátrica, dificuldades conjugais, familiares, financeiras ou outros problemas pessoais (Roman e Blum, 1988; Lee e Gray, 1994; Mondy *et al.*, 1999; Graça, 1999e). Embora tardiamente, o termo também chegou a Portugal, sendo conhecido nalgumas empresas portuguesas sob a designação de *Programas de Apoio aos Trabalhadores* (PAT) (Leal, 1993).

A *Employee Assistance Professionals Association* (EAPA), fundada em 1971, representa mais de 6200 profissionais nos EUA e em mais 30 países (<http://www.eapassn.org/>). Entre os seus membros conta-se um leque variado de profissionais, incluindo os assistentes sociais, os conselheiros em saúde mental e comportamentos aditivos, os especialistas em saúde comportamental, os profissionais em gestão de recursos humanos e os especialistas em gestão de riscos.

Em 1997, de acordo com o *Employee Benefits Survey*, 61% dos trabalhadores norte-americanos, a trabalhar a tempo inteiro em estabelecimentos do sector privado, de média e grande dimensão, podiam beneficiar de um EAP: Essa percentagem era muito menor em relação aos *wellness programs* (36%) e aos *fitness centers* (21%). Estes três *employee benefits* formavam em conjunto os *health promotion programs*. Em 1996, a proporção de trabalhadores a tempo inteiro, de estabelecimentos de pequena dimensão, elegíveis para cada um destes programas era significativamente muito mais pequena: 14%, 8% e 4%, respectivamente para os EAP, os *wellness programs* e os *fitness centers* (U.S. Department of Labor. Bureau of Labor Statistics, 1999).

Segundo os resultados do *1998 Business Work-Life Study*, cerca de 56% das empresas com 100 ou mais trabalhadores (incluindo organizações sem fins lucrativos) teriam em vigor um EAP, “designed to help employees deal with problems that may affect their work or personal life” (n=1057) (*The Institute of Families and Work*, 2000. VIII). A chamada *work-life assistance* tende hoje a integrar-se no conceito de *corporate health management* (incluindo a prevenção da doença, a promoção da saúde, a OSH, os EAP e os *wellness programs*).

Os *health promotion programs*, devido provavelmente a mudança de metodologia, passaram a englobar apenas dois tipos de benefícios no âmbito do *National Compensation Survey: Employee Benefits in Private Industry in the United States, 2000*: (i) os *wellness programs* e (ii) os *fitness centers*. Estes últimos podem funcionar dentro ou fora do local de trabalho, sendo financiados total ou parcialmente pelo empregador. Quanto aos *wellness programs*, “[they] are independent of health insurance plans and offer employees two or more of the following benefits: Smoking cessation clinics; exercise/physical fitness programs; weight control programs; nutrition education; hypertension tests; periodical physical examinations; stress management courses; back care courses; life style assessment tests” (U.S. Department of Labor. Bureau of Labor Statistics, 2003. 3).

Em 2000 a elegibilidade para estes dois benefícios específicos era variável conforme o grupo ocupacional e o tipo de emprego: de facto, havia acentuadas diferenças entre colarinhos brancos e colarinhos azuis e entre trabalhadores a tempo inteiro e a tempo parcial em termos de igualdade de oportunidades no acesso tanto aos *wellness programs* como aos *fitness centers* (*Quadro II.12*, em anexo). Menos de 20 milhões de trabalhadores do sector privado eram elegíveis para os *wellness programs*; e menos de 10 milhões podiam frequentar *fitness centers* no (ou junto do) local de trabalho. Só que a elegibilidade era proporcionalmente muito maior para os colarinhos brancos do que para os colarinhos azuis. Em números absolutos os dois grupos equiparavam-se (c. 53.6 milhões cada um).

As diferenças, quanto à estrutura e à natureza dos EAP e os *wellness programs*, nem sempre são fáceis de distinguir (Akabas, 1998; Graça, 1999e). Muito sumariamente, pode dizer-se que: (i) os EAP colocam-se mais na perspectiva da *prevenção secundária e terciária* (tratamento, cura, reabilitação e reintegração); e (ii) têm uma população-alvo mais restrita do que os programas especificamente orientados para a prevenção da doença e a promoção da saúde. Todavia, a tendência, nos anos 90, era para integrar os EAP nas actividades de PST.

Até ao final da década de 1980, a PST nos EUA tinha sobretudo como objectivo *facilitar a mudança de comportamentos ou estilos de vida* (*behavioural change*) do indivíduo enquanto trabalhador (Conrad, 1988). Daí a centrar-se mais nos estilos de vida do que nos factores de risco profissionais, numa altura em que já eram evidentes as dificuldades de implementação da *Occupational Safety and Health Act* de 1970, aprovada por Nixon numa conjuntura fortemente marcada pela contestação social e pela mobilização dos sindicatos contra o

business-controlled 'compensation-safety establishment' cuja origem remontava às primeiras décadas do Século XX (Berman, 1977).

Essas dificuldades irão depois ser agravadas, nos anos 80, sob a administração de Ronald Reagan, através das tentativas de (i) desregulamentação de importantes matérias no domínio da SH&ST e da protecção ambiental, e de (ii) desmantelamento de agências públicas como a *Occupational Safety and Health Administration (OSHA)* (<http://www.osha.gov/>), a par do (iii) corte drástico do financiamento a projectos inovadores de investigação e desenvolvimento nesta área.

Além dos EAP e dos exames de despistagem do consumo de droga os programas norte-americanos de PST também tendiam a excluir, nessa época (i) a *prestação de cuidados de saúde primários*; e (ii) as *medidas preventivas* que o empregador era obrigado a tomar em cumprimento do *Occupational Safety and Health Act 1970* (Roman e Blum, 1988; Fielding, 1990; Conrad e Walsh, 1992).

Não havia sequer consenso sobre a definição do conceito de promoção de saúde no trabalho (PST) (Warner, 1987; Guidotti, 1988; Warhsaw e Messite, 1998). No entanto, a tendência, no final dos anos 80, era ainda para operar a distinção entre as duas abordagens, a OSH e a WHP, de modo a clarificar o *papel do médico do trabalho* na prevenção dos riscos profissionais. Os programas de PST seriam "one clear way in which occupational medicine crosses the line, which may be thin indeed, from occupationally related disorders to non-occupational factors determining health (...). The occupational physician engaged in health promotion programs cannot use the same approach or thinking appropriate to occupational disorders. The control of personal health hazards requires a different strategy than occupational health hazards and tend to be more dependent on personal initiative and compliance" (Guidotti, 1988. 575).

Mas, já na época, havia autores que defendiam o ponto de vista segundo o qual a PST devia ser dirigida *simultaneamente* para (i) as *fontes de risco exteriores ao indivíduo* (por ex., a organização e as demais condições de trabalho) e para (ii) a *modificação do comportamento individual* em relação a um conjunto bem delimitado e conhecido de factores de risco, não directamente relacionados com o trabalho (consumo de tabaco, álcool e comportamentos aditivos, hipertensão, obesidade, elevado nível de colesterol, falta de actividade física regular, alimentação desequilibrada e dificuldades em lidar com o stress) (Sloan *et al.*, 1987).

Muitas das estratégias para mudar os comportamentos de saúde não tinham, originalmente, qualquer base teórica nem a maior parte dos promotores de saúde tinham formação específica em mudança comportamental relacionada com a saúde ("Most people developing and managing programs do not have knowledge of basic theories of health behavior") (O'Donnell, 1996. 52).

2.6.1.3. Exemplos de programas

2.6.1.3.1. O apoio da saúde pública à WHP

A análise dos exemplos que foram seleccionados pela brochura *Health promotion goes to work*, confirma a tendência da PST nos EUA para continuar a privilegiar, ainda no início dos anos 90, o *indivíduo* e os seus *comportamentos de saúde* em detrimento das iniciativas para melhorar o ambiente físico e psicossocial de trabalho (U.S. Department of Health and Human Services, 1993). Um dos poucos exemplos de articulação explícita entre a SH&ST e a PST era o da Texas Instruments. (*Quadro II.13*).

Conhecidas multinacionais e outras grandes organizações norte-americanas como a Coca-Cola, a General Motors, a Johnson & Johnson, a NASA ou a Blue Shield of California estavam representadas nesta selecção, organizada com o apoio dos serviços federais de saúde pública. Na realidade tratava-se de uma verdadeira selecção nacional de exemplos de boas práticas, (i) “a core representation among public and private organizations of outstanding examples of programs that have been successful in improving health and reducing risk of premature disease and disability”. Eram programas, além do mais, (ii) com um visível impacto “on health care cost containment, productivity, absenteeism, and morale”. Em terceiro lugar, (iii) a sua inclusão, nalguns casos, justificava-se “for their award-winning innovations and longevity alone”. E, por fim, todos eles (iv) beneficiavam de significativo apoio organizacional e (v) reflectiam um crescente interesse pelas questões da saúde no trabalho por parte dos empregadores, trabalhadores e seus representantes (U.S. Department of Health and Human Services, 1993. iii).

Embora se tratasse de uma amostra de conveniência, os exemplos seleccionados (n=61) reflectiam o peso do sector privado (n=49) e sobretudo das empresas de grande dimensão (> 1000 trabalhadores) e com mais recursos (n=42). As restantes (n=12) eram organizações do sector público como por exemplo a NASA ou a City of Birmingham, Alabama (*Quadro II.13*).

Os *wellness programs* não eram só dirigidos aos (i) trabalhadores activos, podiam abranger também o (ii) seu agregado familiar (v.g., Apple) bem como os (iii) trabalhadores reformados (v.g., Bank of America) ou até os seus (iv) clientes (v.g., Blue Shield of California). Por outro lado, compreendiam um leque relativamente variado de actividades: (i) avaliação e monitorização de risco de doença (*Health risk appraisal and screening*); (ii) *informação/educação para a saúde* (v.g., seminários, conferências e *workshops* sobre questões de saúde específicas, feiras da saúde, material audiovisual, revistas e boletins); (iii) actividade física e *fitness centers* (dentro ou fora do local de trabalho); (iv) *programas específicos* orientados para as necessidades de saúde de cada trabalhador (v.g., reabilitação, aconselhamento pré e pós-natal); (v) *incentivos e penalizações* (v.g., redução ou aumento da comparticipação dos prémios de seguro de saúde/doença, acesso gratuito ao *health club*, reconhecimento dos progressos individuais em matéria de redução do peso ou do abandono dos hábitos tabágicos).

Numa grande empresa química como a Du Pont Company (100 mil trabalhadores), podia-se encontrar, na segunda metade dos anos 80, cinco áreas-chaves de intervenção, de acordo com o resumo feito por Robert Bertera, gestor do respectivo programa (*DuPont's Health Horizons*, iniciado em 1981): (i) formação dos (e apoio aos) profissionais de saúde ocupacional e demais pessoal voluntário, responsáveis pela coordenação das actividades de promoção de saúde em cerca de 100 estabelecimentos; (ii) realização de *health risk appraisals*, de dois em dois anos; (iii) grupos de formação, grupos de auto-ajuda e reuniões sobre segurança “to enhance employee wellness and reduce risks in the areas of smoking, elevated cholesterol, high blood pressure, overweight, fitness, stress management, cancer screening, seatbelt use, and AIDS education”; (iv) mudanças ambientais, tais como restrição das áreas de fumo, informação sobre nutrição e produtos alimentares nas cafeterias, equipamentos para auto-medição do peso e da tensão arterial, instalações e equipamentos para a prática de actividade física/*fitness*; e, por fim, (v) prémios e outros incentivos, individuais e grupais (Bertera, 1991. 1119).

Quadro II.13 – Alguns exemplos de empresas norte-americanas com “wellness programs”

Empresa	População-alvo	'Core business'	Nome do programa (e ano de início)	Objectivo principal e/ou filosofia do programa
Apple Computer, Inc.	14 mil trabalhadores	Sistemas de computadores pessoais	<i>Apple Health & Fitness</i> (1984)	“to encourage positive lifestyle changes and enhance the quality of life for Apple employees and their families”
Bank of America	5 mil trabalhadores reformados	Actividades financeiras	<i>Senior Healthtrac Program</i> (1990)	“makes the assumption based upon research that seniors can make health changes in their lifestyles as well as medical utilization that can have a significant impact upon the quality of their lives”
Blue Shield of California	Pessoal em 30 estabelecimentos + clientes do grupo	Administração de planos de saúde	<i>Healthtrac</i> (1986)	Pretendia ser um programa “successful in helping individuals achieve better health and a higher level of involvement in health care decision-making process”
CIGNA Corporation	47 mil trabalhadores	Seguros e serviços financeiros	<i>Working Well</i> (1979)	“promotes wellness as a tangible way to continue CIGNA's partnership with employees, reaffirming the importance of fitness and a healthy lifestyle for all employees”
City of Birmingham, Alabama	4 mil trabalhadores	Administração local	<i>Wellness Programme</i> (1984)	“to curb alarming increase in medical benefits expenses that were almost twice the national average increase”
Dow Chemical Company	30 mil trabalhadores	Indústria química	<i>Up with Life</i> (1985)	“to encourage employees to develop healthy lifestyles”
Du Pont Company	100 mil trabalhadores	Indúst. química, farmacêut. e electrónica	<i>DuPont's Health Horizons</i> (1981)	“to change lifestyle behaviours related to major sources of morbidity and mortality”
General Motors Corporation	Saginw Division, Michigan: 10 mil trabalhadores	Fabrico de componentes automóveis	<i>SHAPE Program</i> 1983	“General Motors' corporate philosophy espouses the value of periodic screening throughout working life and into retirement as the most effective means of reaching health promotion goals, among all employees”
Johnson & Johnson	28 mil trabalhadores	Indústria transformadora	<i>Live for Life</i> (1979)	“a multifaceted health management system designed to encourage healthier lifestyles among employees”
National Aeronautics and Space Administration (NASA)	24 mil trabalhadores	Aeronáutica e exploração espacial (agência governamental)	<i>NASA's Fitness Challenge, Exercise for the Health of it</i> (1991)	“to produce a workforce that functions at his highest level of health, well-being and productivity”
Texas Instruments, Inc.	80 mil trabalhadores	Sector electrónico	<i>OSH</i> (1952) <i>LifeTrack</i> (1988)	“to provide a safe and healthy work environment and to promote and support the health of employees”
The Coca-Cola Company	Sede, Atlanta: 4 mil trabalhadores	Indústria de bebidas	<i>HealthWorks</i> (1985)	“a comprehensive wellness and fitness program for The Coca-Cola Company associates, spouses, and retirees that enhance health and productivity”

Fonte: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service (19939)

Repare-se que, mais uma vez, a PST aparece desarticulada da SH&ST e da melhoria do ambiente psicossocial de trabalho, limitando-se as “environment changes” (sic) a factores que não têm a ver directamente com o trabalho, as suas condições, o seu conteúdo e a sua organização (por ex., restrição das áreas de fumo, instalações para a prática de exercício físico).

Mas o *wellness program* mais famoso e talvez mais estudado era o da Johnson & Johnson, iniciado em 1979 e logo registado como marca comercial: *Live for Life*® (Wilbur 1983; Wilbur e Gardner, 1984; Bly *et al.*, 1986; Wilbur *et al.*, 1986; Breslow *et al.*, 1990; Holzapach *et al.*, 1990). Em finais de 1984, encontrava-se já disponível para mais de 25 mil empregados desta conhecida multinacional, repartidos por 43 estabelecimentos nos EUA, Porto Rico, Canadá e Europa.

2.6.1.3.2. *Live for Life*® da Johnson & Johnson

Segundo Wilbur *et al.* (1986. 340), “it is specifically designed to improve employee health by encouraging healthful lifestyles”. A longo prazo, o objectivo deste *comprehensive program* era (i) conter os custos com os cuidados de saúde. A curto e médio prazo, os seus objectivos incluíam (ii) melhorias na qualidade de vida, no desempenho e nas atitudes dos trabalhadores da Johnson & Johnson.

Ao grande investimento feito neste programa não seriam estranhas, também, as preocupações desta multinacional com a sua imagem de marca. O mesmo se poderia dizer, aliás, de outras conhecidas multinacionais como a Coca-Cola, a Pepsico, a Ford, a General Motor, a Apple Computer ou a American Express. Em termos de *marketing*, o programa *Live for Life*® era apresentando como estando “in the business of selling health to essentially healthy people” (Wilbur *et al.*, 1986. 349).

Live for Life® era um típico *kit* pronto a servir, concebido e desenvolvido por especialistas. A sua implementação também seguia uma metodologia própria, incluindo a sua avaliação sistemática e cientificamente apoiada. Aliás, em matéria de avaliação de eficácia e eficiência dos programas a Johnson & Johnson também foi pioneira (Canada. Health Canada, 1996?. 17-18).

O empenhamento da gestão de topo de cada estabelecimento ou empresa do grupo, dentro ou fora dos EUA, era considerada uma condição indispensável para o seu sucesso, tal como a existência de um coordenador central com funções de *marketing*, apoio e avaliação.

De qualquer modo, a concepção e a organização do programa são claramente *topdown* (de cima para baixo), não se prevendo a participação dos trabalhadores nas várias fases do processo, a não ser na implementação dos programas específicos: mas neste caso, a *employee participation* (sic) significava apenas *compliance*, indispensável ao *lifestyle change*.

Dentro do grupo Johnson & Johnson, havia um (i) *small corporate staff* que tinha a responsabilidade máxima pela gestão estratégica do programa (incluindo a sua concepção e avaliação), para além de prestar a assistência técnica e o apoio metodológico a cada uma

das empresas ou estabelecimentos envolvidos. A nível local havia depois um (ii) *program coordinator*, voluntário, sem quaisquer responsabilidades a nível de gestão, mas que fazia a ligação com a direcção ou administração e assegurava o êxito da implementação do programa.

Em linhas gerais, o programa-tipo que era oferecido aos trabalhadores de cada empresa ou estabelecimento dentro ou fora dos EUA começava com (i) um *exame global de saúde* (“health screen”), de cerca de uma hora de duração. Incluía avaliação de parâmetros *biométricos, psicométricos e comportamentais*. Os participantes, que eram voluntários, recebiam depois o respectivo *lifestyles profile*. O programa continuava com (ii) um *seminário sobre estilos de vida*, de cerca de três horas, efectuado no local e tempo de trabalho, e dirigido a grupos de cerca de 50 empregados. A partir daqui, cada participante tinha ao seu dispor (iii) um vasto repertório de *programas específicos*.

No essencial, tratava-se de programas de ensino/aprendizagem em grupo, de duração variável (4 a 12 sessões), visando a mudança de conhecimentos, atitudes e comportamentos com implicações na saúde. Por ex., a (i) *gestão do stresse* era um programa de oito sessões, “designed to teach basic mental and physical relaxation skills”; o programa de (ii) *actividade física* consistia em doze semanas de ginástica aeróbica; o (iii) *personal power* era um programa de 12 sessões “to teach employees how to manage stress through improved personal assertiveness”, e por aí fora (Wilbur *et al.*, 1986).

É esperado que a empresa (ou estabelecimento) fizesse, por seu turno, alguns “environment improvements in key health and lifestyle areas”, tais como: (i) disponibilidade de instalações e equipamentos para a prática do *fitness*; (ii) disponibilidade de *alimentos e bebidas saudáveis* no restaurante, na cafetaria e nas máquinas de venda automática; (iii) fornecimento de *kits* para a automedicação da tensão arterial; (iv) criação de EAP “to provide professional treatment and referral services to troubled employees”; (v) aprovação de uma política no domínio do *tabaco*; e (vi) atribuição de *prémios e outros incentivos* para a participação no programa *Live for Life*®.

Tirando o horário flexível, não vejo mais nenhuma sugestão no sentido de introduzir melhorias no ambiente físico e psicossocial de trabalho. Em resumo, no curto e médio prazo a estratégia global era “to surround the employee with *information and incentives* to spur healthier lifestyles”. A longo termo, pretendia-se “to create a *corporate culture thoroughly supportive of good health practices*” (Wilbur *et al.*, 1986. 344).

Com base nesta experiência pioneira, a Johnson & Johnson Health Care Systems Inc acabaria por criar a sua própria empresa de consultadoria em *health & fitness services* (<http://www.jjhcshealth-fitness.com/>), numa perspectiva claramente orientada para o “health management benchmarking and strategic development”.

2.6.1.4. Um contexto favorável

O conceito de saúde é hoje entendido numa perspectiva holística, de acordo com a Constituição da OMS, assinada em 1946: a saúde não é apenas (i) a ausência de doença, enfermidade, deficiência ou lesão; é sobretudo (ii) o estado do mais completo bem-estar físico, mental, psíquico, espiritual e social a que podem aspirar os indivíduos num dado tempo e espaço históricos (WHO, 1998).

A possibilidade de existir um tal estado de completo bem-estar (físico, mental e social), é apenas teórica. Nessa medida, a OMS tem sido acusada de *healthism*, ao transformar a saúde

num meta ideal a atingir. Mais: há quem veja neste conceito tão englobante de saúde um risco de *medicalização* generalizada de todas as esferas da acção humana (Chauvenet, 1978).

Este conceito de saúde marcou historicamente uma ruptura em relação à velha noção de *arte de curar*. É hoje associado ao chamado paradigma psicossocial, socioecológico, *salutogénico* (ênfase nos factores determinantes da saúde), por contraposição ao paradigma positivista, biomédico, organicista, etiológico, *patogénico* e sobretudo iatrocêntrico que herdámos do Sec. XIX (ênfase nas causas específicas de doença) (Breslow, 1972; Engel, 1977; Ahmed *et al.*, 1979; Idler, 1979; WHO, 1984; Nutbeam, 1986; Dejours, 1980, 1985 e 1995; Arnetz, 1996; WHO, 1998).

É, no entanto, difícil de operacionalizar. Mas a protecção e a promoção da saúde exigem a construção e a utilização de indicadores positivos de saúde em lugar dos tradicionais e grosseiros indicadores de morbimortalidade, baseados na nosografia médica. Este é claramente um problema de construção social contra o qual esbarra o paradigma dominante, resultante da forte aculturação médica que marcou os últimos cem anos. Citando Dejours (1980. 5), « parler de la santé est toujours malaisé. Évoquer la souffrance et la maladie est, en revanche, plus facile: tout le monde le fait. Comme si, à l'instar de Dante, chacun portait en lui assez d'expérience pour d'écrire l'enfer et jamais de paradis ».

Nos Estados Unidos, a saúde total é entendida em termos de *wellness*, com as suas diferentes dimensões: física, mental, emocional, psicológica, espiritual, profissional e social. O *wellness* faz parte do *continuum* Wellness ↔ Health ↔ Disease ↔ Death (Travis, 1988).

Na sociedade emergente a que chamamos a sociedade do conhecimento e no contexto da economia global, esta abordagem tende também a ser vista como uma oportunidade de negócios. Por exemplo, nos Estados Unidos a chamada *wellness industry* (v.g., *health clubs*, *fitness centers*, distribuição de produtos vitamínicos, restauração saudável) poderá atingir até 2010 o mítico patamar dos *one trillion dollars* (os mais de duzentos mil milhões de contos que hoje são gastos pelos americanos com o “health care”, os cuidados médicos e hospitalares).

Igual importância (equivalente a uma sétimo da economia!) é representada pela indústria alimentar, em grande parte responsável pelo facto de quase metade da população americana ter excesso de peso e sérios problemas de saúde. Segundo o economista Paul Zane Pilzer (*The wellness revolution: How to make a fortune in the next trillion dollar industry*), entre estes dois gigantes (a *food industry* e a *health care or sickness industry*), estaria já emergir um terceiro colosso, a *wellness industry*.

A *wellness industry*, que hoje já vale 200 mil milhões de dólares, seria (i) a mega-indústria do Séc. XXI, tal como o foram (ii) o automóvel a partir década de 1910 e (iii) o PC e a Internet nas duas últimas décadas. A *wellness industry* é o conjunto das empresas e demais organizações ligadas à protecção e promoção da saúde, entendida esta na perspectiva salutogénica, holística e integrada. As oportunidades que este sector emergente representa para a iniciativa privada poderão eclipsar as mais optimistas expectativas geradas pela expansão da Internet. Essas oportunidades de negócio estariam sobretudo no (i) sector da distribuição de produtos e na (ii) oferta de serviços ligados ao *wellness*.

Há muito que P. Pilzer, autor de vários *best-sellers*, tem vindo a defender a ideia de que, em termos de oportunidades de negócio, acabou a era da indústria transformadora e começou a era da “distribuição intelectual”. Esta seria diferente da simples distribuição física de bens ou produtos, tendo sobretudo a ver com o conhecimento de novos produtos ou serviços cuja

existência o consumidor até então ignorava. A Amazon.com seria um exemplo de “distribuição intelectual”, um conceito completamente novo na área da distribuição livreira: o que se vende não é tanto um produto físico, mas o conhecimento sobre esse produto (Pilzer, 2001 e 2003).

A *welness industry* teria como suporte, sociologicamente falando, a maioria relativa dos trabalhadores, consumidores e cidadãos dos países pós-modernos, cujas atitudes, representações, valores e comportamentos estão a sofrer uma lenta mas radical mudança de paradigma, do modelo patogénico para o modelo salutogénico. Basta referir, a nível do consumo, a crescente preocupação com a segurança alimentar ou o declínio do hábito de fumar, mas também a expansão dos seguros de saúde, a procura de *health clubs* e *fitness centers*, o aumento da literacia em matéria de saúde, etc. Por outro lado, estas tendências, reveladores de uma crescente preocupação com a qualidade de vida, só são possíveis devido ao aumento espectacular da esperança de vida ao longo do Séc. XX. Hoje as pessoas querem continuar a viver mais anos mas com o máximo possível de qualidade.

Na América, esta tendência é suportada pela geração dos *baby boomers*, que terão agora entre os 37 e os 55 (30% da população, representando 50% do PIB). A tendência nacional *to get fit, look good, eat well, and not smoke* faz parte da cultura da *health & fitness*, que é a da geração dos *baby-boomers*, em contraposição à cultura da doença, que era a dos seus progenitores (Conrad, 1988; O'Donnell, 1996; Ransford e Palisi, 1966).

Por outro lado, importa registar a emergência, em meados dos anos 60, de novo modelo etiológico ou teoria explicativa da saúde/doença, o *lifestyle-risk factor*, na sequência do famoso estudo epidemiológico que abrangeu a população residente do Condado de Alameda, na Califórnia (n=6928) (Human Population Laboratory, 1966; Belloc e Breslow, 1972; Berkam e Breslow, 1983).

O estudo associou hábitos de saúde e longevidade: (i) dormir diariamente 7 a 8 horas; (ii) tomar habitualmente o pequeno-almoço; (iii) nunca ou raramente comer entre as refeições; (iv) ter o peso adequado (ajustado à altura e ao sexo); (v) manter uma actividade física regular; (vi) nunca fumar; e (vii) não consumir álcool (ou beber moderadamente). Estas práticas de saúde (a que se juntou mais tarde o uso de cinto de segurança automóvel) foram rapidamente incorporadas nos programas de PST (Kronenfeld *et al.*, 1988; Donaldson e Blanchard, 1995).

Outros documentos de referência fundamentaram e popularizaram este novo modelo etiológico, sendo hoje considerados como marcos de referência na história da saúde pública. Cite-se, por exemplo, (i) nos EUA, dois relatórios do *Surgeon General*, o relatório de 1964 sobre *Smoking and Health*, e o de 1979, *Healthy People*; (ii) no Canadá, o relatório Lalonde (*A new perspective on the health of Canadians*, 1974) (Canada. Department of Health and Welfare, 1974; U.S. Department of Health and Human Services, 1979 e 1989).

No entanto, a liderança da WHP continuaria do lado da *Corporate America* e não propriamente dos serviços de saúde pública, não obstante o local de trabalho já figurar no *Healthy People 2000* como uma das 22 áreas prioritárias (a da SH&ST com 20 objectivos específicos, num total de 300) (U.S. Department of Health and Human Services, 1990).

2.6.1.5. Ética e saúde no local de trabalho

A introdução dos *employee assistance programs*, dos *wellness programs* e, mais tarde, das *drug screening initiatives*, veio trazer novos elementos para o velho debate sobre a ética e a saúde no local de trabalho. Até então havia, nos EUA, uma clara fronteira entre a esfera profissional e a esfera da vida privada. Essa fronteira acabou por diluir-se, podendo falar-se de uma *new corporate health ethic* por oposição à *old corporate health ethic*. Esta última estava ligada ao reconhecimento da medicina do trabalho e à extensão da protecção social dos trabalhadores, com o *New Deal*: “From the 1920s on, the gradual growth of industrial health programs in large corporations institutionalized a corporate medical presence in the workplace and established *occupational medicine* as a recognized speciality. Programs were developed to screen for disease and to identify and treat alcohol-abusing employees. *Insurance coverage for medical care* was attached to the employment relationship. As the employee health programs took shape, they developed a largely implicit but clearly circumscribed jurisdiction. *Occupational health programs would address only problems associated directly with work* – problems that either emanated from job exposures or affect work performance. A crucial distinction was thus made between *health on and off the job*, and a line was clearly drawn between *work and private life*” (Conrad e Walsh, 1992. 89. Itálicos meus).

A promoção da saúde veio introduzir, claramente, um elemento de perturbação na relação trabalho/saúde e levantar a questão do *locus* de controlo e do *empowerment*. Segundo Green (1988. 478), “workplace wellness programs typically deal only with factors which have *no direct relation to work* and which *are intrapersonal in nature*, such as diet and smoking”. Mas igualmente importantes são os “*institutional factors* specific to the individual’s role as a worker: the *physical work environment* (generally addressed by occupational health and safety professionals) and the *psychosocial work environment*, referring to such aspects as the degree of control over work, time pressure, and routinization (which is only beginning to be studied in the United States)”. Há ainda que ter em linha de conta os “social factors, referring to *laws and regulations*”, os quais pode, ter também “a significant impact on health through their effects at the institutional level”.

Os factores determinantes da saúde dos trabalhadores podem ser resumidos numa matriz de acordo com o *grau de controlo* que sobre eles exercem as duas partes em presença – o trabalhador e o empregador (*Figura II.4*):

- No quadrante I, figuram os factores que requerem *o envolvimento de ambas as partes*: por ex., a distribuição, pelo empregador, e a correcta utilização, pelo trabalhador, do equipamento de protecção individual (EPI), incluindo a informação e a formação necessárias para a sua utilização, mas também a respectiva manutenção;
- O quadrante II inclui, por sua vez, *variáveis intrapessoais* sobre as quais o empregador pode legitimamente exercer controlo mas só na medida em que estejam directamente relacionadas com o desempenho no trabalho (por ex., proibição de fumar ou de ingerir bebidas alcoólicas no tempo e local de trabalho); em contrapartida, os trabalhadores têm, em geral, um alto nível de controlo sobre estas variáveis, sem que todavia se possa ignorar ou escamotear o peso que têm outros factores, nomeadamente de natureza económica e sociocultural, nos conhecimentos, atitudes e comportamentos relacionados com estilos de vida e a saúde do indivíduo;
- O quadrante III representa o pólo oposto do quadrante II, na medida em que o controlo do sistema técnico e organizacional do trabalho é (e continua a ser) uma prerrogativa da gestão, embora o seu *design* possa eventualmente ser influenciado pelos trabalhadores e

seus representantes; a este propósito veja-se o exemplo de países como a Itália (Bagnara *et al.*, 1981; Oddonne *et al.*, 1984) ou a Suécia (Navarro, 1984);

- Finalmente, no quadrante IV estão agrupados todos os demais factores que estão fora do controlo de ambas as partes, desde a biologia humana até à envolvente socioeconómica da empresa e do trabalhador.

Figura II.4 — Factores endógenos e exógenos que influenciam a saúde no trabalho, por *locus* de controlo

Locus de controlo		EMPREGADOR	
		Alto	Baixo
T R A B A L H A D O R	A l t o	I	II
	A l t o	✓ Práticas de trabalho ✓ Cumprimento das normas de SH&ST, incluindo a utilização do EPI e a respectiva manutenção, etc.	✓ Comportamentos, hábitos, atitudes, crenças, valores no domínio da saúde etc.
B A I X O	B a i x o	III	IV
	B a i x o	✓ Ambiente de trabalho físico e psicossocial (conteúdo, organização e demais condições de trabalho) ✓ Política e sistema de SH&ST na empresa, etc.	✓ Biologia/genética ✓ Susceptibilidade individual à doença ✓ Estado de saúde ✓ História de vida ✓ Condições de vida ✓ Matriz sociocultural ✓ Envolvente socioeconómica da empresa, etc.

Fonte: Adapt. de Green (1988. 475)

A questão da *responsabilidade pela saúde no local de trabalho* pode (e deve) ser vista de acordo com o *locus* de controlo. A legislação sobre SH&ST nos EUA (cuja origem remonta a 1970) atribui ao empregador, como principal obrigação, a de garantir um ambiente de trabalho saudável e seguro (*Quadrante III*), para além do dever de cooperar com os trabalhadores e seus representantes em todas as matérias que exijam um esforço conjunto (*Quadrante I*).

Em contrapartida, a preocupação dos trabalhadores deve ser centrada nos seus comportamentos relacionados com a saúde, dentro e fora do local de trabalho (*Quadrante II*); por outras palavras, “they should not be held accountable for health problems arising from factors in the work environment which are beyond their control” (Green, 1988. 476).

Ora, uma das críticas que, na década de 1980, era dirigida à PST (incluindo os EAP) era a de que ela corria o risco de fazer diluir a atenção e a responsabilidade das empresas em relação à *protecção da saúde dos trabalhadores*, uma obrigação patronal decorrente do *Occupational Health and Safety Act of 1970*.

Voltando a citar Green (1988. 476), “two of the health-related programs which employers frequently provide – workplace health promotion and employee assistance programs, or

EAPs – are noticeably absent from this schema, because they represent the involvement of management in an area over which it lacks control (Quadrant 2) and therefore responsibility”. Tal não quer dizer que tanto a WHP como os EAP não constituam um benefício potencial tanto para os trabalhadores como para a empresa. O que seria desejável é que tais programas fossem concebidos, planeados, implementados e avaliados segundo uma *perspectiva integrada e participativa* (Castillo-Salgado, 1984; Wynne, 1998).

De acordo com as observações críticas de Conrad (1988. 487), “wellness advocates shift attention *from the environment to the individual*. They put very little energy into modifying the work environment and generally have ignored the health effects of working conditions”. Além disso, há sempre o risco de as empresas se tornarem “*more coercive* about promoting health and, for example, make *wellness a condition of employment*. This could lead to new and subtle discriminations on the basis of health” (Itálicos meus).

Conrad e Walsh (1992. 105) postulam a tese da *new corporate health ethic*: mais do que reduzir os custos com a saúde, o que estaria em jogo seria o controlo da produtividade, “by *shaping values and attitudes* of employees toward lifestyle and indirectly toward work *through a culture that rewards fitness, striving and strength, and invariably breeds intolerance for signs of weakness*” (Itálicos meus).

A prevalência e sobretudo a natureza das EAP, nos anos oitenta, seriam já um claro sinal da crise da “old corporate health ethic” e da intromissão do controlo da gestão na esfera da vida privada e familiar: “(...) The close connection between performance and the company’s intervention had been broken by the *new emphasis on self-referral into EAPs*. Employees who voluntarily sought the assistance of an EAP for help with personal or family problems could not be singled out for unacceptable job performance. The *old link* between alcohol or drug abused and tardiness, absenteeism, accidents, and shoddy workmanship has been generalized into a *diffuse concern on the part of corporate employers* with ways in which their employees’ personal lives might eventually compromise productivity and performance” (Conrad e Walsh, 1992. 94).

De qualquer modo, uma das menos desenvolvidas potencialidades da WHP tem sido justamente a mudança da *corporate culture*, não obstante o discurso (ideológico) dos promotores de saúde. Há dez anos atrás, Conrad (1987. 257) constatava que “very rarely, however, have proposed wellness interventions in the corporate culture included alterations in work organization, such as stressful management styles or the content of boring work, or even shop floor noise”.

Finalmente, Alexander (1988. 560) vê a emergência do discurso sobre a WHP no contexto das tentativas do Estado e da maioria das empresas “to curtail their share of the social wage” como parte de um estratégia para resolver os problemas da produtividade e da competitividade. Mais concretamente, o autor procura pôr em evidência a dominância de um *discurso do risco como construção ideológica*, através da análise de três exemplos: (i) a construção ideológica dos *custos com os cuidados de saúde* e do seu crescimento exponencial, imputados a uma procura crescente e a uma sobre-utilização por parte dos trabalhadores e suas famílias; (ii) a construção ideológica da *etiologia da doença como risco individual*; e, finalmente, (iii) a construção ideológica da *promoção da saúde como actividade empresarial*.

Nos EUA, a saúde tornou-se um poderoso *enjeu* não apenas ideológico, político e social como sobretudo económico. Seguradoras, empresas da *wellness industry*, médicos e consultores de saúde (o complexo *Business & Health*) estariam a vender habilmente aos

gestores das empresas um tipo particular de conhecimento teórico sobre a etiologia da doença (o modelo epidemiológico) e a levá-los a ligar o “health risk” ao “corporate risk management”, através aplicação das técnicas de “risk assessment” ao local de trabalho (Alexander, 1988. 565).

2.6.2. O papel da Organização Mundial de Saúde

A primeira conferência internacional sobre a promoção da saúde, realizada em Ottawa, em 1986, tem justamente como subtítulo: “the move towards a new public health” (WHO; Health and Welfare Canada; Canadian Public Health Association, 1986). O termo *nova saúde pública* é muitas vezes atribuído ao ministro da saúde do Canadá, M. Lalonde, e ao seu famoso e pioneiro relatório, *A new perspective of the health of Canadians* (Canada. Department of Health and Social Welfare, 1974).

A expressão passa a ser usada para designar programas de âmbito nacional no domínio da *prevenção da doença e da promoção da saúde* em que surgem preocupações inteiramente novas por parte das autoridades sanitárias: por ex., os novos riscos para a saúde das populações, a crescente prevalência das doenças crónicas, o controlo dos custos resultantes da prestação de cuidados de saúde, o custo/eficácia dos serviços de saúde públicos, a qualidade dos cuidados, a cooperação intersectorial em saúde ou a participação comunitária.

O termo surge, de resto, num contexto que é marcado pela crise económica dos meados dos anos 70, pela explosão dos custos com os cuidados médicos e hospitalares, pela crítica do paradigma biomédico e do modelo medicocêntrico e hospitalocêntrico de prestação de cuidados, incluindo a iatrogenese médica, a desumanização e a despersonalização dos cuidados, a medicina defensiva, etc. O sector da saúde é obrigado a preocupar-se cada vez mais com a fundamentação científica e a legitimação social das suas políticas e programas, ao mesmo tempo que nos hospitais e demais serviços de saúde se começam a sentir o efeito das políticas de racionalização económica, financeira e organizacional.

Na realidade, só a partir da década de 1970 é que passámos a ter um melhor conhecimento dos meios de prevenção da doença (e nomeadamente das doenças não-transmissíveis), a pôr mais ênfase na protecção e promoção da saúde, na responsabilização do indivíduo pela sua própria saúde a par da participação das comunidades e da cooperação intersectorial. É a época do conceito dos *cuidados de saúde primários*, consagrados em 1978 em Alma-Ata (WHO, 1978).

Os problemas de *equidade em saúde* são, por seu turno, um tema recorrente no final dos anos 70 e princípios dos anos 80, enquanto os sistemas de protecção social que herdámos do pós-guerra começam a evidenciar sinais de ruptura. O desemprego torna-se um problema sério, a par da nova pobreza e de outras formas de exclusão social.

Na Região da Europa, a OMS começa a interessar-se pela promoção da saúde, não só em termos de desenvolvimento teórico como de planeamento e desenvolvimento de programas. Em 1984, um grupo de trabalho da OMS define a promoção da saúde como o processo que habilita as pessoas a aumentar o controlo sobre a sua saúde e a melhorá-la (“the process of enabling people to increase control over, and to improve their health”) (WHO, 1984).

Mais importante, o conceito é explicitado através de cinco princípios fundamentais, decorrentes da *concepção socioecológica e psicossocial* da saúde: (i) “health promotion *involves the population as a whole* in the context of their everyday life, rather than focusing on people at risk for specific diseases”; (ii) “(...) is *directed towards action* on the determinants and causes of health”; (iii) “(...) *combines diverse, but complementary methods or approaches*, including communication, education, legislation, organisational change and community development”; (iv) “(...) *aims particularly at effective and concrete public participation*”; e, por fim, (v) “(...) is *basically an activity in the social, political and welfare fields, and not primarily a medical activity*”.

Nos últimos vinte anos aumentou o interesse científico, profissional e político sobre a promoção da saúde, traduzido numa já vasta literatura sobre o seu conceito, princípios e metodologia. Praticamente, todos os países europeus adoptam hoje como principal objectivo a atingir pelos seus sistemas e políticas de saúde a *promoção da saúde*, um termo que de repente se banalizou, mas que teve, pelo menos, o mérito de deslocar o enfoque das questões de saúde, até então muito centradas na doença, na prestação de cuidados médicos e, portanto, no protagonismo da medicina e dos serviços de saúde.

2.6.3. União Europeia

2.6.3.1. Um projecto pioneiro

O termo WHP chegou à Europa não tanto por via das multinacionais norte-americanas, com sobretudo com a (i) popularização do conceito de promoção da saúde através da Carta de Otava (WHO, 1984; Nutbeam, 1986; WHO *et al.*, 1986; Anderson, 1987) e com a (ii) nova política comunitária para a área da saúde e segurança no trabalho, consubstanciada na Directiva 89/391/CEE (*Medidas Destinadas a Promover a Melhoria da Segurança e da Saúde dos Trabalhadores no Trabalho*).

Por comparação com a América do norte, pode dizer-se que a conceptualização da promoção da saúde no trabalho é mais recente (Wynne e Clarkin, 1992; Wynne, 1998; Breucker e Schröder, 1996; Breucker *et al.*, 1998).

No âmbito do projecto *Innovative workplace action for health* (1989-1993), a cargo da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (Wynne, 1989), foi realizado um inquérito por questionário postal a uma amostra de mais de 1400 empresas de sete países da então CEE, para (i) identificar e descrever o tipo de programas e actividades de saúde que estavam a ser levadas a cabo nos locais de trabalho e, ao mesmo tempo, para (ii) saber até que ponto eram postas em prática com a preocupação de melhorar a saúde dos trabalhadores.

Pretendia-se ainda (iii) identificar obstáculos e oportunidades para a prevenção da doença e a promoção da saúde no trabalho, bem como (iv) as razões que levavam os empregadores a investir na saúde e os benefícios que daí decorriam para a empresa e para os trabalhadores.

Adicionalmente foram feitos cerca de 40 estudos de casos em empresas com experiências inovadoras neste domínio como potenciais exemplos de boas práticas. Portugal só foi incluído na segunda fase do projecto (Graça e Faria, 1992).

O conceito de *workplace health action* (abreviadamente, WHA), sinónimo de WHP, foi assim operacionalizado pela equipa de projecto (Wynne, 1989): WHA “can be *applied across all groups in the workforce*” (i); “is *directed at the underlying causes of ill health*” (ii); “combines *diverse*

methods of approach" (iii); "aims at effective worker participation" (iv); e, *por fim*, is not primarily a medical activity, but should be *part of work organisation and working conditions*" (v).

Nesta acepção, o termo promoção da saúde integra o de prevenção da doença mas é decididamente mais rico em termos semânticos e conceptuais (Stachtchenko e Jenicek, 1990; Ingrosso, 1993): (i) etimologicamente, prevenir vem do latim *prae-venire* (ir à frente de, chegar antes, antecipar-se a, preceder, evitar): utilizando uma metáfora, poderíamos dizer que prevenir é "viajar em auto-estrada"; (ii) por sua vez, promover vem do latim *pro-movere*: ir mais além, ir para a frente, avançar, dar impulso, apoiar, propor, fazer-por (alguma coisa) mas também fazer-com (alguém): a metáfora correspondente é "escalar o cume de uma montanha".

Quadro II. 14 — Programas ou actividades de saúde mais frequentes ($\geq 50\%$) levados a cabo pelas empresas europeias: tipo, percentagem e respectivo índice de saúde (n=1451)

Programas ou actividades mais frequentes	Tipo	%	Índice de Saúde (a)
Equipamento de protecção individual	A	80	87
Protecção colectiva de máquinas e equipamentos	A	76	86
Melhoria da iluminação	A	76	84
Melhoria da ventilação	A	76	85
Melhoria do sistema de aquecimento /climatização	A	74	84
Redução do ruído	A	68	86
Reestruturação do espaço interior	A	57	83
Flexibilização do tempo de trabalho (v.g. pausas, horários, férias)	D	56	67
Controlo de substâncias tóxicas	A	56	83
Formação e treino em comportamento organizacional / Gestão de recursos humanos	D	55	68
Melhoria dos espaços de trabalho individuais	A	54	82
Vigilância médica periódica /Todo o pessoal	B	51	78

A= Segurança & Higiene no trabalho; B= Avaliação de saúde/vigilância médica C= Estilos de vida saudáveis; D=Intervenções organizacionais; E= Programas sociais e de bem estar

(a) Escala: de 0 a 100 Fonte: Adapt. de Wynne e Clarkin (1992)

O grupo de investigadores identificaram previamente 30 actividades diferentes (WHA), vistas como podendo ter alguma influência ou impacto na saúde dos trabalhadores. Foram depois agrupadas em cinco grandes áreas (Wynne, 1990; Wynne e Clarkin, 1992): (i) *Higiene e Segurança no Trabalho*, tradicionalmente mais orientadas para o ambiente físico de trabalho (por ex., ventilação, climatização, ruído); (ii) *Exames de avaliação de saúde (health screening)*, incluindo a vigilância médica periódica de todo pessoal, dos quadros e de grupos de risco; (iii) *Prevenção de comportamentos de risco* (por ex., consumo de álcool e de tabaco) / *Promoção de estilos de vida saudáveis* (por ex., nutrição, actividade física); (iv) *Intervenções organizacionais* (por ex., reorganização do trabalho, horários flexíveis); (v) *Programas sociais e de bem estar (social and welfare services)*. Para uma mais fácil identificação, estas cinco áreas de actividades podem ser classificadas de acordo com as cinco primeiras letras do alfabeto (A, B, C, D, E) (*Quadro II.14*).

Fazia-se, no entanto, uma distinção entre (i) acções desenvolvidas com o principal objectivo de prevenir os riscos profissionais e/ou de promover a saúde, dirigidas tanto ao indivíduo como ao ambiente de trabalho (por ex., insonorização de uma oficina, exercício físico, educação nutricional, automatização ou robotização de operações perigosas, repetitivas ou monótonas); e (ii) acções que, podendo contribuir, directa ou indirectamente, para a

melhoria da saúde dos trabalhadores, eram prioritariamente realizadas por imperativos de racionalidade técnica ou económica (por ex., reestruturação do *layout* de produção, introdução de novos métodos de gestão, gestão da qualidade total).

O trabalho de campo decorreu durante o ano de 1991. Responderam ao questionário 1451 empresas de sete países comunitários (Alemanha, Espanha, Grécia, Holanda, Irlanda, Itália, Reino Unido), as quais eram maioritariamente do sector privado (75%), de propriedade nacional (73%) e de média dimensão (entre 100 a 500 trabalhadores) (53%).

As actividades e programas mais frequentes era então predominantemente as de tipo A (*Higiene & Segurança no Trabalho*): equipamento de protecção individual, protecção colectiva de máquinas e equipamentos, melhoria de certos parâmetros do ambiente físico do trabalho (v.g., ventilação, iluminação, climatização, ruído, espaço de trabalho), controlo de substâncias tóxicas ou perigosas (*Quadro II.14*). Mesmo assim nem sempre estes programas ou actividades eram motivados por preocupações exclusivas com a saúde dos trabalhadores, já que o seu índice de saúde era sempre inferior a 100, numa escala de 0 (mínimo) a 100 (Máximo).

Mais de 50% das empresas da amostra realizavam *exames de vigilância médica periódica* (B), dirigidos a toda a população e não apenas a certos grupos de risco. Todavia, o índice de saúde deste item era apenas de 78, o que significava que a preocupação com a saúde do pessoal não era então a única e exclusiva razão que levava as empresas europeias a planear e implementar este tipo de actividades com grande tradição na medicina do trabalho e, em muitos casos, impostas pela legislação e regulamentação no domínio da SH&ST.

As duas únicas actividades de tipo D (*Intervenções organizacionais*), referidas por 50% ou mais da amostra, eram a *flexibilização do tempo de trabalho* (pausas, horários, férias) e a *formação e treino em comportamento organizacional e em gestão de recursos humanos*. O respectivo índice de saúde era, todavia, mais baixo do que os restantes itens. Em contrapartida, de entre as actividades e programas menos frequentes figuravam as de tipo C (*Estilos de vida saudáveis*) e E (*Programas sociais e de bem estar*), embora em geral apresentassem índices de saúde mais elevados (*Quadro II.15*).

Quadro II.15 — Programas ou actividades de saúde menos frequentes (< 50%), levados a cabo pelas empresas europeias: tipo, percentagem e respectivo índice de saúde (n=1451)

Programas ou actividades menos frequentes	Tipo	%	Índice de saúde (a)
Actividade física / <i>fitness</i>	C	10	81
Gestão do stresse	E	11	88
Programas de apoio / auto-ajuda (v.g., <i>Alcoólicos Anónimos</i>)	E	16	89
Infra-estruturas desportivas	C	23	79
Reorganização do trabalho por turnos	D	24	74
Programas sociais e comunitários	E	25	71
Prevenção e controlo do álcool / droga	C	28	82
Aconselhamento / apoio (por ex., psicólogo)	E	30	89
Programas de assistência social/ <i>welfare</i>	E	31	73
Política no domínio do tabaco	C	37	81
Política de alimentação saudável	C	37	80
Reestruturação do posto de trabalho	D	39	83
Informação/educação para a saúde	C	40	85
Vigilância médica periódica / Quadros	B	45	76
Vigilância médica periódica / Grupos de risco	B	46	86
Automatização de operações perigosas	A	47	88
Reestruturação da organização do trabalho	D	47	75

Instalações para o pessoal (v.g., sala de repouso e de convívio)	E	47	73
--	---	----	----

(a) Escala: De 0 a 100

Fonte: Adapt. de Wynne e Clarkin (1992)

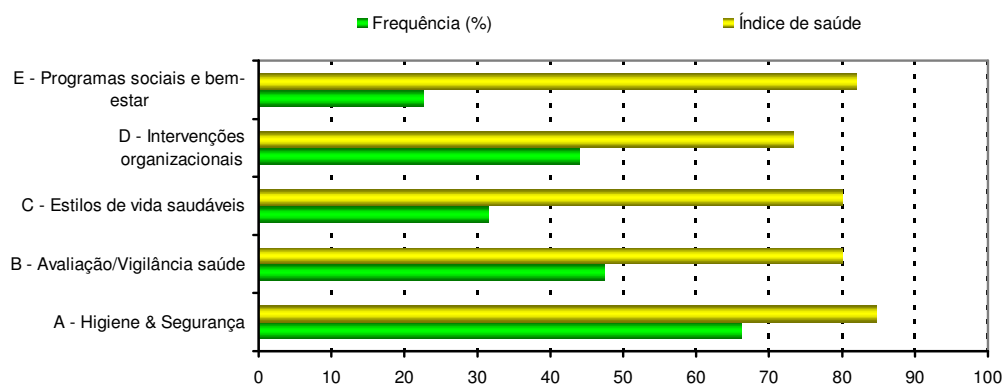
Das empresas inquiridas apenas 10% tinham programas de *actividade física ou fitness*, não obstante 23% referirem a existência de *infra-estruturas desportivas*. Uma percentagem maior tinha em curso programas de *prevenção e controlo do álcool e/ou da droga* (28%), uma *política no domínio do tabaco* (37%) e uma *política de nutrição* (37%). Finalmente, apenas 40% desenvolviam actividades ou programas de *informação e educação para a saúde*.

Quanto ao índice de saúde deste tipo de programas, mais orientados para a promoção de estilos de vida saudáveis (tipo C), ele era em média superior a 80, contrariamente aos programas de tipo D (*Intervenções organizacionais*) cujo índice de saúde estava abaixo dos 80. Por exemplo, a *reorganização do trabalho por turnos* tinha um índice 75 e a *reestruturação da organização do trabalho*, 73, o que significava que nem sempre as oportunidades para melhorar o ambiente psicossocial de trabalho, através da modernização tecnológica e organizacional, eram aproveitadas também para melhorar a saúde e o bem-estar da população trabalhadora.

Quanto às actividades de tipo E (*Programas sociais e de bem-estar*), refira-se na lista das menos frequentes a *gestão do stress* (11%) e os *programas de apoio ou de auto-ajuda* (v.g., Alcoólicos Anónimos) (16%). Em todo o caso, havia 30% das empresas com pessoal técnico qualificado que fazia *aconselhamento* ou dava um algum tipo de *apoio não-clínico* (por ex., psicólogos, técnicos de serviço social).

Em suma, na amostra de empresas dos sete países comunitários onde foi aplicado, em 1991, o inquérito por questionário, as actividades e programas de saúde no trabalho, mais frequentes e apresentando um maior índice de saúde, ainda eram as de tipo tradicional, ligadas à *segurança e higiene do trabalho* (A) e à *medicina do trabalho* (B). Contrariamente ao que se passava nos EUA, as actividades e programas de tipo C (*Promoção de estilos de vida saudáveis*), ainda eram claramente as menos frequentes (*Figura II.5*).

Figura II.5 — Frequência (%) e índice de saúde (base: 100) de tipos de programas e actividades de saúde, levadas a cabo pelas empresas europeias (n=1451)



Fonte: Adapt. de Wynne e Clarkin (1992)

2.6.3.2. Portugal

Apresentam-se, a seguir, alguns dados extraídos de quatro estudos de caso portugueses sobre políticas de saúde no trabalho. Esses estudos de caso dizem respeito, respectivamente, a uma empresa mineira (A), uma autarquia local (B), um estabelecimento fabril de uma multinacional da UE do sector eléctrico e electrónico (C) e uma instituição bancária, ligada a uma associação mutualista (D). No *Quadro II.16* faz-se uma rápida caracterização destas empresas.

As quatro organizações diferiam entre si não só pela sua sociodemografia como pelas suas características técnicas e organizacionais. Havia, no entanto, alguns traços em comum, relativamente ao seu sistema de gestão da SH&ST, a saber: (i) uma *política escrita ou explícita* de SH&ST e um *plano de actividades*, anual (A, B, D) ou bi-anual (C); (ii) um *orçamento específico* de SH&ST (excepto no caso C); (iii) uma *equipa de profissionais de SH&ST* (embora variável na sua composição, número dos seus elementos e número de horas de trabalho); (iv) a existência de *serviços internos* de SH&ST, mais integrados no Caso B do que nos restantes (e no caso D, apenas *serviços de saúde/medicina do trabalho*); (v) a existência de *encargos com a SH&ST* muito acima da média da generalidade das empresas portuguesas, com a excepção do caso D; e, por fim, (vi) a existência de *formas de participação* dos trabalhadores.

Quadro II. 16 — Quatro estudos de casos portugueses: Alguns elementos de caracterização (1997)

Caso	A	B	C	D
Sector de actividade (CAE-Rev. 2)	Ind. Extract. (C)	Administ. (L)	Ind. transf (D)	Activ. Financ. (J)
Forma jurídica	Sociedade anónima	Organ. Público Aut.	Sociedade anónima	Mutualidade
Volume de emprego	1075	1417	399	1916
Política escrita de SH&ST	Sim	Sim	Sim	Sim
Plano anual de actividades	Sim	Sim	Sim	Sim
Orçamento específico de SH&ST	Sim	Sim	Não	Sim
Serviço interno de SH&ST	Sim	Sim	Sim	Sim
Comissão paritária de SH&ST	Sim	Sim	Não	Sim
Formas de participação directas	Sim	Não	Sim	Não

Fonte: Graça (1999 a, 1999b, 1999c, 1999d)

Se bem que estas quatro empresas fossem apontadas, na década de 1990, como *exemplos de boas práticas* em matéria de protecção e promoção da saúde no trabalho, apresentavam alguns pontos fracos no seu sistema de gestão da SH&ST, com destaque para uma deficiente ou inexistente análise de custo/benefício (Graça, 1999).

Como seria de esperar, o núcleo duro da actividade dos serviços de SH&ST destas empresas centrava-se à volta da prevenção dos riscos profissionais e da vigilância da saúde dos trabalhadores (*Quadros II.17 e II.18*). Mas também se realizava actividades de tipo C, D e E (*Quadros II.19 a II.21*).

No caso A, por exemplo, a empresa definiu uma política de *protecção ambiental* e de *SH&ST* que correspondia a preocupações que eram então pouco usuais em Portugal na segunda metade da década de 1980. O objectivo era explicitamente: (i) promover a *responsabilização* de todos os trabalhadores na prevenção e redução dos acidentes; (ii) privilegiar *a saúde e o bem*

estar de todos; e (iii) preservar o *ambiente*. Em 1993 era uma das poucas ou raras empresas portuguesas a publicitar a sua política de SH&ST através do relatório e contas (Graça, 1999a).

Já no caso B, pretendeu-se, desde o início do projecto *Saúde Ocupacional, Prevenção e Qualidade de Vida* (1989), criar um verdadeiro *serviço integrado de saúde* (prestação de cuidados médicos de clínica geral e de outras especialidades médicas + serviço interno de SH&ST), à semelhança do da TAP—Air Portugal (1988) (Leal, 1993). Uma das suas principais áreas era justamente a *Unidade de Cuidados Médicos Integrados de Saúde* (Consultas de clínica geral, ortopedia, fisioterapia, dermatologia e psiquiatria), em articulação com a medicina e a enfermagem do trabalho. As restantes áreas funcionais incluíam a psicologia clínica e do trabalho, a fisiologia do trabalho e a ergonomia, a higiene e a toxicologia do trabalho, a segurança do trabalho e o serviço social ocupacional. Alguns programas e actividades então levados a cabo eram pouco usuais nos nossos locais de trabalho. No entanto, cerca de 2/3 das actividades planeadas eram do tipo A (*Segurança & Higiene no Trabalho/Melhoria do Ambiente Físico de Trabalho*) e B (*Avaliação de Saúde/Vigilância Médica/Prestação de Cuidados de Saúde*) (Graça, 1999b).

Quadro II.17– Políticas, programas e actividades de tipo A — Segurança & Higiene no Trabalho/Melhoria do ambiente físico de trabalho

Políticas, programas e actividades de tipo A	Estudo de caso	A	B	C	D
Equipamento de protecção individual (EPI)		✓	✓	✓	
Controlo de substâncias tóxicas, irritantes e perigosas (chumbo, mercúrio, etc.)		✓	✓	✓	
Protecção colectiva de máquinas e equipamentos		✓	✓	✓	
Prevenção e redução do ruído		✓	✓	✓	
Auditorias ambientais periódicas		✓	✓	✓	
Prevenção e redução dos acidentes de trabalho		✓	✓	✓	
Prevenção e controlo de vibrações			✓	✓	
Sistema de sinalização de SH&ST		✓	✓	✓	✓
Melhoria da iluminação		✓	✓	✓	✓
Melhoria da ventilação/qualidade do ar		✓	✓	✓	✓
Melhoria do conforto térmico/climatização		✓	✓	✓	✓
Melhoria dos espaços de trabalho individuais		✓	✓	✓	✓
Avaliação periódica das condições físicas de trabalho		✓	✓	✓	✓
Formação/treino em SH&ST		✓	✓	✓	
Edição do manual de SH&ST				✓	
Transporte manual de cargas			✓	✓	
Equipas de primeiros socorros e combate a incêndios		✓	✓	✓	
Auditoria e certificação do sistema de gestão da SH&ST		✓			
Design/decoração de interiores					✓

Segundo os princípios adoptados pela empresa do estudo de caso C e divulgados interna e externamente (pela sua revista e pela sua *webpage*), "a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho dos colaboradores constituem preocupação de grande importância para a Direcção (...) e consequentemente, uma das suas prioridades de gestão". O grupo tem igualmente uma política escrita de qualidade e de ambiente, que fazem parte dos seus *princípios fundamentais* (Graça, 1999c).

Mais de quatro dezenas de actividades terão sido realizadas pelo estabelecimento ao longo da década de 1990, com predominância das de tipo A (*Higiene & Segurança no Trabalho/Melhoria do Ambiente Físico do Trabalho*), B (*Avaliação de Saúde/Vigilância Médica/Prestação de Cuidados de Saúde*) e D (*Intervenções Organizacionais/Melhoria do Ambiente Psicossocial de Trabalho*) (*Quadro*). Em meados dos anos 90, esta unidade fabril estava a passar por um processo de mudança organizacional, com a introdução do *Total Quality Management* (TQM), na sequência da certificação do seu sistema de gestão da qualidade.

No caso D (um organização não-lucrativa do sector financeiro que no final da década de 1990 era um exemplo de sucesso empresarial), não havia propriamente um equipa de SH&ST mas tão só uma equipa de saúde ocupacional (2 médicos do trabalho em tempo parcial, 2 enfermeiras e 1 secretária). A medicina do trabalho remontava a 1981, tendo sido portanto criada ao abrigo da legislação de 1967. Oito anos mais tarde, em 1989, foi admitida a primeira enfermeira. A orientação do serviço de saúde no trabalho era então exclusivamente para a *prevenção da doença* e a *promoção da saúde*. Por outro lado, todo o pessoal da instituição, estando abrangido pelo Acordo de Contrato de Trabalho Vertical dos Bancários, tem acesso aos respectivos Serviços de Assistência Médico Social (SAMS) (Graça, 1999d).

Quadro II.18 — Políticas, programas e actividades de tipo B— Avaliação de saúde/Vigilância médica/Prestação de cuidados de saúde

Estudo de caso	A	B	C	D
Políticas, programas e actividades de tipo B				
Exames de vigilância médica periódica de grupos de risco	✓	✓	✓	✓
Exames de vigilância médica periódica de todo o pessoal	✓	✓	✓	✓
Exames de vigilância médica periódica dos quadros	✓	✓	✓	✓
Exames iniciais e ocasionais	✓	✓	✓	✓
Prevenção da doença bucodentária e reabilitação oral / Consultas de estomatologia	✓	✓		
Consultas de clínica geral	✓	✓	✓	
Consultas regulares de outras especialidades médicas	✓	✓		
Apoio de pessoal de enfermagem / Enfermagem do trabalho	✓	✓	✓	✓
Prevenção e tratamento de doenças relacionadas c/ trabalho (por ex. raquialgias)		✓	✓	
Prevenção e diagnóstico precoce do cancro do colo do útero e da mama		✓		
Prevenção das doenças cardiovasculares		✓		✓
Fisioterapia	✓	✓	✓	
Apoio de outros profissionais de saúde (psicologia clínica, serviço social)		✓		
Vacinação (por ex., tétano, hepatite, gripe, BCG)	✓	✓	✓	

Quadro II. 19 Políticas, programas e actividades de tipo C — Prevenção de comportamentos de risco/ Promoção de estilos de vida saudáveis

Estudo de caso	A	B	C	D
Políticas, programas e actividades de tipo C				
Consumo de álcool	✓	✓	✓	✓
Consumo de tabaco	✓	✓	✓	✓
Consumo de droga / Tratamento e reabilitação de toxicodependentes	✓	✓	✓	
Actividade física / Higiene postural / Exercícios compensatórios	✓	✓	✓	
Informação /educação para a saúde	✓	✓	✓	✓
Formação/ensino de grupo	✓	✓	✓	✓
Nutrição	✓	✓	✓	✓
Controlo da tensão arterial	✓		✓	
Controlo do peso			✓	

As actividades orientadas para a prevenção incluíam: (i) a vigilância de saúde individual (exames periódicos com consulta de enfermagem, consulta médica e exames clínicos complementares); (ii) a avaliação do estado de saúde da população; (iii) a avaliação das condições de trabalho. As actividades orientadas para a prevenção, a nível do ambiente de trabalho, tinham sido até 1997 limitadas aos principais factores de risco, mais de natureza física do que psicossocial (por ex., climatização, ventilação, ecrãs de visualização, posturas de trabalho, sobrecarga de trabalho). Quando solicitada, a equipa de saúde também tomava parte na análise ergonómica de equipamentos antes da sua aquisição (por ex., mobiliário, computadores). Contudo não interferia – até, pelo menos, meados de 1997 – na concepção da organização do trabalho, função que era então da competência do *departamento de informática, reengenharia e operações*. Não havia técnicos ou especialistas de S&HT.

Quadro II.20– Políticas, programas e actividades de tipo D — Intervenção a nível organizacional/Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho

Estudo de caso	A	B	C	D
Políticas, programas e actividades de tipo D				
Reestruturação do trabalho	✓		✓	
Flexibilização do tempo de trabalho	✓		✓	
Reestruturação dos turnos/trabalho nocturno	✓		✓	
Política de absentismo orientada p/ a prevenção das suas causas	✓	✓	✓	✓
Reabilitação/reintegração de casos c/ incapacidade de longa duração	✓	✓	✓	
Sistemas participativos como a gestão da qualidade total (TQM)	✓		✓	
Formação/treino em comportamento organizacional	✓		✓	✓
Ergonomia do posto de trabalho / <i>Job design</i>		✓		✓
Ergonomia: Ecrãs de visualização		✓		✓
Avaliação de trabalho repetitivo e monótono		✓	✓	
Formação/treino em gestão de recursos humanos	✓	✓	✓	✓
Formação dos representantes dos trabalhadores eleitos para a SH&ST		✓		
Assessoria à Comissão de SH&ST / Representantes dos trabalhadores		✓		✓
Avaliação periódica do clima organizacional	✓		✓	

Em 1997, a equipa de saúde ocupacional estava a preparar um programa de gestão do stresse no trabalho bancário. Este projecto, embora ainda em fase de concepção, mostrava-se cheio de potencialidades, tendo sido estudado por Graça e Kompier (1999) e seleccionado como um exemplo de boas práticas na área da prevenção do stresse no trabalho (Kompier e Cooper, 1999).

Quadro II.21 – Políticas, programas e actividades de tipo E — Actividades e programas sociais e de bem-estar

Estudo de caso	A	B	C	D
Políticas, programas e actividades de tipo E				
Instalações p/ o pessoal	✓		✓	✓
Transportes fornecidos pela empresa	✓			
Apoio a actividades recreativas e culturais/Festas e convívios	✓			✓
Protecção social complementar (por ex., seguro de saúde)	✓	✓	✓	✓
Outras formas de protecção social complementar	✓			✓
Aconselhamento psicológico/Assistência sociofamiliar	✓			
Formação em gestão do stresse				✓
Acompanhamento de distúrbios emocionais		✓		
Boletim/jornal da empresa/Outras formas de comunicação	✓		✓	✓

Do que fica dito sobre a prática desta pequena amostra de empresas portuguesas, pode concluir-se o seguinte: (i) realizam quotidianamente múltiplas actividades com implicações directas ou indirectas na melhoria da saúde, segurança e bem-estar das pessoas ao seu serviço; no entanto, (ii) é difícil traçar a linha de fronteira entre aquilo que decorre das obrigações legais e convencionais do empregador em matéria de SH&ST (por ex., realização de exames de medicina do trabalho) e aquilo que remete para as acções voluntárias ou facultativas (por ex., programa de diagnóstico precoce e prevenção do cancro da mama e do colo do útero).

As obrigações legais do empregador são as que constam, em grandes linhas, do art. 16º do D.L. nº 26/94, de 1 de Fevereiro, na sua redacção actual⁽¹⁵⁾. Por sua vez, o art. 26º diz que o empregador deverá elaborar relatório anual da actividade do(s) serviço(s) SH&ST. O modelo de relatório só recentemente foi aprovado (Portaria nº 1184/2002, de 29 de Agosto de 2002).

Quanto às actividades voluntárias ou facultativas, elas podem incluir grande parte das acções desenvolvidas no âmbito da *educação e promoção da saúde* no local de trabalho, orientadas para o indivíduo (ponto 4 do campo VIII do Modelo nº 1714 - INCM) (Graça, 2003).

O campo VIII do relatório tem a ver com a actividade desenvolvida no âmbito da *Saúde/Medicina do Trabalho*, distinta da *Segurança e Higiene do Trabalho* (campo VII). A informação que é requerida no campo VIII resume-se a: (i) exames periódicos e não periódicos efectuados pelo médico do trabalho; (ii) exames complementares (v.g., análises ao sangue); (iii) imunização ou vacinação (voluntária); e, por fim, (iv) promoção da saúde e educação para a saúde no trabalho.

Os dois primeiros pontos remetem para as obrigações legais do empregador em matéria de “vigilância da saúde dos trabalhadores”, a qual tende a resumir-se, em termos de senso comum, aos chamados exames médicos. Recorde-se que o art. 19º do D.L. nº 26/94, de 1 de Fevereiro, na sua redacção actual, refere-se aos exames de saúde e diz no essencial o seguinte: o empregador tem a obrigação de promover a realização de exames de saúde, com vista a verificar a aptidão física e psíquica do trabalhador para o exercício da sua profissão, bem como as implicações na sua saúde do conteúdo, organização e demais condições de trabalho.

Sem prejuízo do disposto em legislação especial (por ex., trabalhadores expostos a determinados substâncias perigosas como o chumbo ou o cloreto de vinilo monómero), devem ser realizados os seguintes exames de saúde: (i) *exames de admissão* (v.g., antes do início da prestação de trabalho ou, quando a urgência da admissão o justificar, nos 10 dias seguintes) ; (ii) *exames periódicos* (v.g., anuais para os menores de 18 anos e para os maiores de 50 anos e de dois em dois anos para os restantes trabalhadores ou com a periodicidade que for estabelecida pelo médico do trabalho); (iii) *exames ocasionais* (v.g., sempre que haja alterações substanciais nos meios utilizados, no ambiente e na organização do trabalho susceptíveis de repercussão nociva na saúde do trabalhador, bem como no caso de regresso ao trabalho depois de uma ausência superior a 30 dias por motivo de acidente ou de doença, ou sempre que o médico do trabalho achar oportuno e conveniente).

¹⁵ Já consagradas no Código do Trabalho (art. 273º).

Além disso, o médico do trabalho pode solicitar *exames complementares* ou *pareceres médicos especializados*, com vista a completar a sua observação e formular uma opinião mais precisa sobre o estado de saúde do trabalhador. Sabe-se que em muitas empresas portuguesas a actividade dos serviços de SH&ST tende a resumir-se à realização destes exames de saúde, e em particular os periódicos. O modelo do relatório anual aprovado pela Portaria nº 1184/2002, de 29 de Agosto, dedica uma página inteira à discriminação do número de exames de admissão, periódicos e ocasionais, desagregados por escalão etário (< 18 anos; 18-49 anos; ≥ 50 anos). Pede-se além disso a discriminação dos exames complementares realizados por tipo de exame (v.g., sangue, urina, telerradiografia do tórax, audiograma), incluindo o número de exames exigidos por legislação específica (v.g., protecção dos trabalhadores contra o risco de exposição ao ruído, cloreto de vinilo monómero, chumbo metálico e seus componentes iónicos).

Repare-se, em contrapartida, na configuração da informação que é requerida no ponto 4 do campo VIII do Modelo nº 1714 – INCM: 4. Promoção da saúde e educação para a saúde no trabalho: (i) actividades desenvolvidas; (ii) número de acções de educação para a saúde desenvolvidas; (iii) número de trabalhadores abrangidos, por sexo; e, por fim, (iv) principais temas abordados (sic).

Esta configuração sugere que a promoção da saúde no local de trabalho ainda tende a ser confundida, entre nós, com a (i) simples educação para a saúde ou a resumir-se às (ii) iniciativas dirigidas para a modificação do comportamento individual em relação a um conjunto bem delimitado e conhecido de factores de risco, não directamente relacionados com o trabalho (v.g., consumo de tabaco, álcool e outras substâncias aditivas). Em suma, visaria sobretudo a mudança de estilos de vida dos trabalhadores, de acordo com o paradigma norte-americano que se desenvolveu nas últimas décadas do Séc. XX (Graça, 1999e).

O projecto *Vida Activa Saudável no Local de Trabalho*, que pretende ser um “projecto de demonstração” e está em vigor desde 1998, é uma iniciativa da Direcção Geral de Saúde: “tendo como referência a Estratégia de Saúde Nacional 1998-2002, área (consumo de tabaco), área 7 (consumo de álcool), área 9 (vida activa, alimentação saudável e gestão do stresse) e área 22 (promoção da saúde no local de trabalho), (...) visa incentivar o desenvolvimento de iniciativas, nas empresas, de promoção de estilos de vida mais activos e saudáveis” (Portugal. Ministério da Saúde, 2002). Embora privilegiando os comportamentos individuais, o projecto adopta no entanto uma perspectiva integrada da promoção da saúde, de acordo com os princípios da Carta de Otava (WHO, 1986) e da Declaração do Luxemburgo (European Network for Workplace Health Promotion, 1997).

2.7. A saúde da população trabalhadora

2.7.1. Fontes de informação

Apesar dos inegáveis progressos da década de 1990 – traduzidos, por exemplo, na realização do *Inquérito Nacional de Saúde* a partir de 1987, do lançamento, em finais de 1996, da *Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002)*, da publicação do livro *A Saúde dos Portugueses* (1997) ou, já em 2001, da criação do *Observatório Português dos Sistemas de Saúde* –, continuam a subsistir grandes lacunas de conhecimento no que respeita ao estado de saúde da população, em geral, e da população activa, em particular. O reconhecimento das falhas do nosso sistema de informação de saúde é consensual: “Ninguém sabe com rigor se os portugueses gozam de boa ou má saúde. De facto, é possível conhecer com bastante

precisão a proporção da população que morre em determinado ano, discriminada por género, idade ou causa de morte. É impossível, porém, quantificar os indivíduos que, no mesmo período, contraíram uma doença cuja notificação não seja obrigatória, podendo apenas estimar-se esse número” (Portugal. Ministério da Saúde, 1997. 91).

Cinco anos depois, o relatório do Director Geral e Alto Comissário da Saúde (*Ganhos de saúde em Portugal: Ponto da situação*) vem falar em “assinaláveis progressos” no domínio do sistema de informação sobre a saúde. Mas se hoje conhecemos melhor as causas de morte, mesmo assim ainda temos “uma noção imprecisa dos fenómenos do adoecer e das doenças que, não sendo uma importante causa de morte, ainda assim, pelo sofrimento causado, pelo impacto na qualidade de vida ou pela onerosidade, têm um peso social importante” (Portugal. Ministério da Saúde, 2002.14).

Por exemplo, faltam-nos estudos epidemiológicos e sociológicos sobre as ausências ao trabalho, em geral, e sobre a incapacidade temporária para o trabalho, em particular, muito embora Portugal tenha participado, em 1995, no maior estudo sobre o problema até então levado a cabo na União Europeia: na realidade, tratou-se sobretudo de um projecto de investigação e desenvolvimento, que teve como principal objectivo identificar, descrever, analisar e avaliar estratégias, a nível do local de trabalho, para lidar com o absentismo por doença e acidente, as suas causas e consequências (Graça, 1995; Gründemann e Vuuren, 1997).

Falta-nos a compreensão global do problema e sobretudo a explicação das suas causas. A recolha e o tratamento da informação estatística disponível levanta questões de natureza teórico-metodológica, que não podem ser aqui discutidas. Em todo o caso, a informação existente é suficiente para se ter uma ideia da grandeza do fenómeno e das suas implicações: refiro-me mais concretamente ao ficheiro de dados do Inquérito Nacional de Saúde (abreviadamente, INS) mas também fontes de natureza administrativa como as estatísticas da Segurança Social e do Balanço Social. Uma outra fonte potencialmente interessante é o Inquérito Europeu sobre Condições de Trabalho (Paoli, 1992; Paoli, 1997; Paoli e Merllié, 1992). Mas os dados que estão divulgados, por país, não permitem uma análise do absentismo mais fina do que aquela que é possível obter a partir das nossas fontes.

2.7.2. Absentismo por doença e acidente de trabalho

2.7.2.1. Morbilidade diferencial no INS 1998/99

Uma das conclusões mais surpreendentes que se pode tirar da exploração do ficheiro de dados do INS 1998/99 é que cerca de 29% (!) da população trabalhadora do Continente não apresenta sinais de boa saúde: (i) uns não vão sequer trabalhar por motivo de *doença, acidente ou outro motivo de incapacidade temporária* (10.4%); e (ii) outros vão trabalhar, embora queixando-se de *alterações do seu estado de saúde* (18.2%). Refira-se, em todo o caso, que do total dos trabalhadores activos inquiridos, com 15 ou mais anos de idade ($n=21930$) e em situação de incapacidade temporária nas duas semanas anteriores à inquirição ($n=2273$), só menos de 40% ($n=892$) é que esteve acamado um ou mais dias. Infelizmente não é possível desagregar esta informação por variáveis sociodemográficas como a condição perante o trabalho, o sector de actividade ou a dimensão da empresa. (Graça, 2002b).

Os trabalhadores manuais ou *colarinhos azuis* tendiam a fazer uma pior apreciação do seu estado de saúde do que os trabalhadores não-manuais ou *colarinhos brancos* ($p < .001$) (vd. *Quadro II.22*, em anexo). Além disso, também faltavam mais vezes e mais dias ao trabalho do

que os *colarinhos brancos*. Na amostra do INS 1998/99 os *colarinhos azuis* representavam cerca de 57% do total dos trabalhadores activos.

As doenças do (i) *aparelho respiratório*, do (ii) *sistema osteomuscular e tecido conjuntivo* bem como (iii) *os sintomas, sinais e afecções mal definidas* representariam, só por si, mais de metade (56%) de todas as causas de doença resultantes em incapacidade. Entre os *colarinhos brancos*, as doenças do *aparelho respiratório* somavam 26% do total das causas de doença. Pelo contrário, entre os *colarinhos azuis* a causa principal de incapacidade eram as *doenças do sistema osteomuscular* (23%).

Repare-se, por outro lado, no peso relativo dos *transtornos mentais* no caso dos *colarinhos brancos* (7.5%) quando comparados com os *colarinhos azuis* (3.5%). O mesmo se passava com as doenças do *sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos*. É possível que estes problemas de saúde possam estar, directa ou indirectamente, relacionados com o stresse no local e fora do local de trabalho.

Segundo outra fonte, o *Second European Survey on Working Conditions* (1995), um em cada cinco trabalhadores portugueses declarou ter faltado ao trabalho devido a problemas de saúde, durante um ou mais dias, no período correspondente aos últimos doze meses anteriores à entrevista (o trabalho de campo realizou-se entre finais de 1995 e princípios de 1996). Portugal, juntamente com a Holanda, tinha a mais alta proporção de trabalhadores com *incapacidade de longa duração* (50 ou mais dias de ausência ao trabalho) (4%) (Paoli, 1997).

As dores nas costas (39%), a fadiga geral (28%) e o stresse (26%) surgiam, em 1995, como os três principais problemas de saúde relacionados com o trabalho, na percepção da amostra portuguesa (n=1000). Cinco anos depois a ordenação era a mesma, embora a incidência fosse menor: 34%, 22% e 18% (n=1502) (Paoli e Merllié, 2001; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2002).

O Inquérito Nacional de Saúde 1998/99 permite-nos ainda saber o seguinte, a respeito da população de trabalhadores activos, de idade igual ou superior a 15 anos: (i) há mais mulheres (12%) do que homens (10.1%) a referirem *incapacidade temporária*; (ii) há mais mulheres (4.8%) do que homens (3.5%), entre os que referem incapacidade temporária, a ficarem *acamados*; (iii) os *colarinhos azuis* (trabalhadores manuais) também faltam mais ao trabalho (11.9%) dos que os *colarinhos brancos* (trabalhadores não-manuais) (8.4%) devido a doença, acidente ou outro motivo relacionado com a saúde; (iv) tendem, além disso, a faltar mais dias ao trabalho: 6.7 dias em média ($d.p.=5.5$); (v) por seu turno, os *colarinhos brancos* tendem a faltar menos dias: 5.9 ($d.p.=5.3$); as diferenças são estatisticamente muito significativas ($p=.001$).

Os *colarinhos azuis* também tendem a queixar-se de problemas de saúde em maior proporção que os *colarinhos brancos*: as diferenças são muito significativas ($p < .001$) embora a associação seja muito fraca. São sobretudo os *Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas* (27.3%) e os *Trabalhadores não qualificados* (25.3%) quem se queixa de problemas de saúde em maior proporção do que a média (20.3%). Finalmente, também se constata que a incapacidade temporária está associada à idade: a partir dos 45 anos, há uma maior proporção de trabalhadores que referiram não poder ir trabalhar nas duas últimas semanas anteriores à inquirição.

As doenças do *aparelho respiratório* (código 8 da *Classificação Internacional de Doenças, CID-9*), do *sistema osteomuscular e tecido conjuntivo* (13) bem como os *sintomas, sinais e afecções mal definidas* (16) representam, só por si, mais de metade (56%) das causas de doença que resultam em incapacidade temporária na população de trabalhadores activos, de 15 ou mais anos de idade.

Em 4º e 5º lugares vêm as *doenças do aparelho digestivo* (9) e do *aparelho circulatório* (7), as quais contam para cerca de 16% da incapacidade. Em 6º figuram as *lesões e envenenamentos* (17), em 7º os *transtornos mentais* (2) e em 8º as *doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos*: estes três últimos grupos de doença contribuem, no seu conjunto, com 15% do total.

Entre os *colarinhos brancos* as doenças do aparelho respiratório representam 26% do total das causas de doença. Pelo contrário, entre os *colarinhos azuis* a causa principal de incapacidade são as doenças do sistema osteomuscular (23%) (*Quadro II.23*, em anexo). Repare-se no peso relativo dos transtornos mentais no caso dos *colarinhos brancos* (7.5%) quando comparados com os *colarinhos azuis* (3.5%). Também as lesões e envenenamentos contribuem mais para a incapacidade temporária dos *colarinhos azuis* (6.8%), por comparação com os *colarinhos brancos* (3.9%).

A principal causa de incapacidade na população de trabalhadores activos, independentemente da profissão, são sem dúvida as Doenças do Aparelho Respiratório. No entanto, estas atingem mais as *Profissões intelectuais e científicas* (33%) do que os *Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas* (16%). Em contrapartida, neste último grupo profissional o principal problema de saúde, originando incapacidade temporária, são as Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (28% contra apenas 7% nos *Técnicos e profissionais de nível intermédio*).

Convém, entretanto, não esquecer que pode haver aqui problemas de enviesamento relacionadas com: (i) a autopercepção do inquirido; e (ii) a codificação das respostas. Repare-se, por exemplo, no elevado peso relativo que têm os *sintomas, sinais e afecções mal definidas*: Aparecem em 3º lugar na lista dos principais problemas de saúde que originam incapacidade, estando provavelmente associados a factores de risco psicossociais no trabalho e fora do trabalho (Graça, 2002b).

Por seu turno, e ainda segundo o INS 1998/99, o acidente (no local ou fora do local de trabalho) contribui em 6% para a incapacidade temporária dos trabalhadores portugueses. Os *colarinhos azuis* estão mais sujeitos ao acidente de trabalho (incluindo o acidente *in itinere*) (68% dos casos) do que os *colarinhos brancos*, os quais por sua vez tendem a sofrer sobretudo de acidentes domésticos, de lazer ou outros (50% dos casos).

Em meados de 2003 foram divulgados, pela administração do trabalho, os primeiros resultados do tratamento estatístico da informação relativa aos acidentes de trabalho, baseada nas participações de acidente e nos mapas de encerramento de processo enviados pelas companhias de seguros. Esta informação estatística não é comparável com a de anos anteriores. Em síntese, pode dizer-se que: (i) o número de acidentes de trabalho (não incluindo os de trajeto) ascendeu a mais de 234 mil, dos quais 368 foram mortais; (ii) os cerca de 180 mil acidentes de trabalho com um ou mais dias de ausência foram responsáveis pela perda de quase 6.5 milhões de dias de trabalho (em média, 36 dias por acidente de trabalho com baixa) (Portugal. Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2003 a). Este valor representará cerca de 10% do total do absentismo por incapacidade devido a doença e acidente.

Por economia de análise, e devido aos problemas metodológicos que levantam as várias fontes de informação administrativa sobre os acidentes, não vou dedicar mais tempo a este tópico que, de resto, é hipervalorizado em Portugal em nome de uma *culture sécuritaire*, que é também a do local de trabalho enquanto estábulo-modelo (Brown, 1961; Oddone *et al*, 1984), e que tem muito pouco ou nada a ver com o conceito de protecção e promoção da

saúde dos trabalhadores. De qualquer modo sabemos mais sobre a incidência e gravidade dos acidentes de trabalho (incluindo os de trajecto) do que sobre as doenças profissionais e outras causas de incapacidade para o trabalho. Aliás, alguém ironicamente chamou às doenças profissionais as *doenças inexistentes*, no país campeão dos acidentes de trabalho (Rodrigues, 1992, 1992a).

2.7.2.2. Segurança Social: sociodemografia da baixa por doença

Outra fonte relevante para o conhecimento da incapacidade (temporária) para o trabalho são as estatísticas da Segurança Social, nomeadamente as referentes ao subsídio por doença (tuberculose e outras doenças).

Para efeitos de atribuição do subsídio de doença, que não inclui a maternidade, considera-se doença “toda a situação mórbida, evolutiva, de causa não profissional, que determine incapacidade para o trabalho” (D.L. n.º 132/88, de 20 Abril de 1988). No período que vai de 1990 a 1998, o número de *beneficiários activos* do Regime Geral da Segurança Social (RGSS) ultrapassou, em média, os 4 milhões (Mínimo: 3.9 milhões em 1991; máximo: 4.3 milhões em 1998). Os trabalhadores por conta de outrem representavam em média cerca três quartos do total (Máximo: 80.0% em 1998; mínimo: 71.6% em 1994).

Não se dispõe de dados para calcular a distribuição de beneficiários activos por sexo. Essa proporção era de 44% de mulheres, em média, no período de 1987-1993 (Graça, 1995).

Os beneficiários com processamento de *subsídio de tuberculose* têm vindo a diminuir, em termos relativos, passando de 0.9% em 1990 para 0.6% em 1998. Também a proporção de beneficiários do *subsídio por outras doenças* diminuiu, em termos relativos, passando de 19% para 15% no período em referência. No total houve uma média anual de 740.454 beneficiários activos, ou seja, cerca de 18.2% da população, a quem foi processado o subsídio por tuberculose e por outras doenças (19.2% em 1990; 15.2% em 1998). Cerca de 57.4% destes beneficiários eram mulheres (54.4% em 1990; 59.8% em 1998). Por sua vez, o número médio anual de dias, respeitantes ao subsídio por doença (excepto tuberculose), foi de 60 milhões, com tendência no entanto para decrescer na segunda metade da década de 1990 (Máximo: 66.5 milhões em 1991; mínimo: 50.7 milhões em 1998).

Desses 60 milhões de dias de subsídio processados anualmente, cerca de 63% em média foram usufruídos por beneficiários do género feminino. Tal significa que as mulheres estão aqui sobre-representadas. No período de 1990-1998, embora o número de baixas tivesse vindo a diminuir (mais de 1 milhão em 1990; e cerca de 850 mil em 1998), a proporção de mulheres com baixa teve tendência a aumentar (cerca de 60% em 1998 contra 55% em 1990).

Em resumo, as mulheres têm mais baixas por doença do que os homens, o que significa que faltam mais vezes ao trabalho. Além disso, há também grandes discrepâncias em relação à duração média da baixa por doença, por género e por distrito. Para além da *morbilidade diferencial* associada ao género, há seguramente *outros factores* de natureza sociodemográfica e epidemiológica que explicarão essa diferença, incluindo a conjuntura económica e o mercado de emprego (Gardner e Taylor, 1975; Taylor, 1983; Guerreiro, 1995; Gründemann e Vuuren, 1997).

Tratando-se de informação de fonte administrativa, secundária, e não podendo controlar-se os possíveis erros por enviesamento, há que ler com as necessárias cautelas um indicador

como o número médio de dias da duração das baixas, por distrito e por género, o qual está longe de ser um indicador válido e fiável de *gravidade* da incapacidade para o trabalho.

Infelizmente os dados sobre as baixas e o número de dias subsidiados por sector de actividade não estão disponíveis. Em contrapartida há informação sobre o número de beneficiários com processamento de subsídio por doença (excepto tuberculose) ao longo da década de 1990, por sector de actividade. De acordo com o *Quadro II. 24*, em anexo, (i) houve uma redução da proporção dos beneficiários titulares desta prestação em sectores como, por exemplo, a *Agricultura, silvicultura, caça e pescas* (-2.5); (ii) verificou-se um aumento, em termos relativos, em sectores como as *Indústrias transformadoras* (+4.2), o *Comércio e turismo* (+5.3), as *Actividades Financeiras* (+3.9) e *Outros serviços* (+6.2); e, por fim, (iii) houve sobretudo uma redução muito significativa da proporção de beneficiários classificados nas *Actividades mal definidas*, de 39% em 1990 para 19.8% em 1998, o que deve ser imputado, antes de mais, à melhoria do sistema de informação da Segurança Social.

Na ausência de dados desagregados por variáveis sociodemográficas como a idade, o género, o nível de qualificação, a situação no emprego ou o sector de actividade económica, é impossível avançar com hipóteses explicativas que não sejam meramente exploratórias. De facto, estes dados parecem indiciar outros problemas que ultrapassam o âmbito da chamada *doença natural ou de causa não profissional*, que determine incapacidade para o trabalho (D.L. n.º 132/88, de 20 de Abril de 1988). Na primeira metade da década de 1990 a atribuição do subsídio de doença, tal como a pensão de invalidez e a própria formação profissional, terá sobretudo contribuído para amortecer os efeitos sociais da crise económica e da reestruturação do aparelho produtivo (Graça, 1995).

A tutela da Segurança Social tem razões para se mostrar preocupada com a sobre-utilização do subsídio de doença que, no período de 1989 a 1998, representou uma despesa total superior a 780 milhões de contos (Portugal. Comissão do Livro Branco da Segurança Social, 1999). Em todo o caso, é notória a ausência de uma estratégia nacional para lidar com este problema, tendo-se optado ao longo da década de 1990 sobretudo pelo (i) reforço das medidas de fiscalização (a Segurança Social, através dos Serviços de Fiscalização da Incapacidade Temporária); pela (ii) introdução de incentivos monetários à assiduidade (as empresas); ou pelo (iii) acréscimo das barreiras legais e administrativas ao absentismo por doença (o Governo e a Segurança Social).

A nível das empresas e com relevância para a o sistema de gestão da SH&ST, impõe-se uma outra leitura e uma outra abordagem do absentismo, em geral, e o absentismo por doença, em particular, enquanto fenómeno individual e complexo, de *etiologia multifactorial*, variando em função de três grandes grupos de factores (Taylor, 1983; Gründemann e Vuuren, 1997): (i) *contextuais* (por ex., legislação laboral, política e sistema de protecção social – incluindo a saúde —, mercado de emprego, conjuntura económica, região, clima e estação do ano); (ii) *organizacionais* (por ex., dimensão da empresa, sector de actividade, condições e organização do trabalho, modo de remuneração, clima e cultura organizacionais, política e sistema de SH&ST); (iii) e *individuais* (por ex., idade, sexo, personalidade, qualificação, motivação e satisfação no trabalho, rede de suporte social, família, estado de saúde).

Em geral, tem sido dada pouca atenção, entre nós, à sociodemografia do absentismo e à segregação sexual no trabalho. Registe-se, por exemplo, que no período de 1996 a 1998 (i) há uma maior proporção de beneficiários do subsídio por doença no grupo etário dos 20-39 anos do que no grupo dos 40-59 anos, quando seria de esperar o contrário. As mulheres também são mais penalizadas pelo desemprego; (ii) há também diferenças por género, no que diz respeito à precarização do emprego e outras condições de trabalho; e, por fim, é

sabido que (iii) existem e persistem as desigualdades salariais entre homens e mulheres com a mesma qualificação (Barreto e Preto, 2000; Fagan e Burchell, 2002; Graça, 2002b).

2.7.2.3. Balanço social: o absentismo nas 2 mil maiores empresas

Os dados do INS 1998/99 não contradizem o essencial da informação que é disponibilizada pelas estatísticas do balanço social, no que diz respeito ao absentismo por incapacidade temporária.

De acordo com o *Quadro II.25*, a doença do trabalhador continua a representar mais de 50% das ausências ao trabalho, seguida das outras causas (40%). Nesta categoria residual — outras causas — incluem-se habitualmente todas as demais faltas, justificadas ou não, para além da doença e do acidente: as licenças de maternidade/paternidade e de assistência inadiável, a sanção disciplinar e outras. O peso das horas de ausência ao trabalho por motivo de doença profissional (0.2% em média, ao ano) não tem qualquer significado estatístico, enquanto o acidente de trabalho se situa, em média, nos 7%, embora com uma ligeira tendência para baixar ao longo da década de 1990.

No período de 1991 a 1998, regista-se uma clara redução do peso relativo das baixas por doença na estrutura do absentismo (de 60% em 1991 para 53% em 1998) e o correspondente aumento das faltas ao trabalho por outras causas (de 32% em 1991 para 40% em 1998).

Por *absentismo* deve entretanto entender-se as “ausências do trabalhador durante o período normal de trabalho a que está obrigado, devendo atribuir-se todas essas ausências ao trabalhador, independentemente das suas causas e de se converterem em faltas justificadas ou não” (Portugal. Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2001.10). Este conceito é distinto da *inactividade temporária*, por motivos que não podem ser imputados ao trabalhador mas sim à empresa (v.g., formação profissional, descanso suplementar, desemprego interno, redução legal da actividade ou *lay-off*) ou que remetem para as relações colectivas de trabalho (por exemplo, greves e paralisações).

De qualquer modo, esta categorização estatístico-administrativa das causas do absentismo é manifestamente insatisfatória, não permitindo distinguir com rigor o absentismo enquanto *indicador de disfuncionamento organizacional*, já que na categoria *outras causas* se incluem diferentes motivos de ausência ao trabalho, em maior ou menor grau susceptíveis de prevenção e controlo (Graça, 1995; Gründemann e Vuuren, 1997): (i) uns que decorrem do cumprimento de obrigações legais, sociais ou familiares do trabalhador; (ii) outros que têm a ver com vida social interna da empresa; (iii) e outros ainda que estão relacionados com o stresse no trabalho ou outros factores de risco psicossocial e organizacional. Este último tipo de ausências (em geral de curta ou curtíssima duração), juntamente com as que resultam da incapacidade temporária por doença ou acidente, pode e dever ser objecto de intervenção por parte do empregador, no sentido da sua redução, controle e prevenção (Graça *et al.*, 1997; Gründemann e Vuuren, 1997).

De acordo com o *Quadro II.26*, por cada 100 horas efectivamente trabalhadas, o pessoal das 2 mil maiores empresas do país (com um volume de emprego da ordem dos 757 mil trabalhadores) faltou 7.8 horas, em média, no conjunto de todos os sectores de actividade durante o ano de 1996: (i) 4.8 horas eram imputadas à incapacidade para o trabalho, devida a *doença* (4.2 horas) e a *acidente* (0.6 horas); (ii) o resto (3 horas) era atribuído a *outras causas*

(assistência inadiável, maternidade/paternidade, suspensão disciplinar e outras faltas, justificadas ou não). Por sectores de actividade, destacavam-se em 1996 as empresas das *Pescas* (B) com uma taxa de absentismo global de dois dígitos (11.6%). A taxa de absentismo específica, devida a doença e acidente, era também a mais alta de todos os sectores (7.6%). Outras actividades com taxas superiores à média (7.8%) eram as *Indústrias transformadoras* (D) (9.2%), o *Alojamento e restauração* (H) (8.1%), os *Transportes, armazenagem e comunicações* (I) (8.2%), bem como a *Saúde e acção social* (N) (9.1%).

Quadro II.25 — Estrutura do absentismo nas empresas com 100 ou mais trabalhadores (1991-1998)(%)

Ano	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Principal causa								
Doença do trabalhador	59.7	57.4	55.9	55.7	55.3	53.4	52.5	53.0
Acidente de trabalho	7.6	7.5	7.2	7.1	6.3	7.4	7.0	6.9
Doença profissional	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2
Outras causas	32.5	34.9	36.6	37.0	38.2	38.9	40.3	39.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fonte: Portugal. Ministério do Emprego e Segurança Social (1996); Portugal. Ministério do Trabalho e Solidariedade (1998, 2000 e 2001)

Quadro II.26 — Taxa de absentismo global e específica por sector de actividade (1996) (%)

Taxa de absentismo		Global	Específica	
Sector de actividade (CAE 92) (a)			Acidente	Doença
A	Agricultura, Produção Animal, Caça e Silvicultura (n=1698)	5.7	0.5	2.7
B	Pescas (n=1975)	11.6	1.2	6.3
C	Indústrias Extractivas (n=3378)	7.8	1.4	4.4
D	Indústrias Transformadoras (n=331401)	9.2	0.6	4.9
E	Produção e Distribuição de Electricidade, Gás e Água (n=18586)	6.8	0.4	4.5
F	Construção Civil e Obras Públicas (n=53813)	6.3	1.5	2.4
G	Comércio por Grosso e Retalho, Rep. Veic. e Bens Uso Pes. (n=79948)	6.0	0.5	3.1
H	Alojamento e Restauração (n=24739)	8.1	0.6	4.9
I	Transportes, Armazenagem e Comunicações (n=89300)	8.2	0.5	4.9
J	Actividades Financeiras (n=67193)	3.9	0.1	2.4
K	Actividades Imobiliárias, Aluguers e Serv. Prest. às Emp. (n=48229)	7.2	0.3	3.4
M	Educação (n=6852)	5.1	0.3	3.2
N	Saúde e Acção Social (n=14855)	9.1	0.2	5.2
O	Outras Actividades e Serviços Colectivos, Sociais e Pessoais (n=15323)	6.5	0.4	3.4
Total (n=757290)		7.8	0.6	4.2

(a) Entre parêntesis, o nº de trabalhadores em 31/12/96

Fonte: Portugal. Ministério do Trabalho e Solidariedade (1998); Graça (2002)

Sectores onde a taxa de absentismo específica, por motivo de acidente, era claramente superior à média (0.6), eram as *Pescas* (1.2), as *Indústrias extractivas* (1.4) e a *Construção civil e obras públicas* (1.5).

A tendência, no triénio de 1996-1998, nos três principais sectores económicos (primário, secundário e terciário), era para continuar a decrescer o peso da doença e do acidente no total das horas de ausência ao trabalho (*Quadro II.27*, em anexo).

Por uma questão de economia de análise, não se entra aqui em detalhe, desagregando os dados relativos às indústrias transformadoras. Os dados disponíveis sugerem a existência de

acentuadas diferenças por ramo de actividade (a dois dígitos): o peso do total das horas de ausências ao trabalho é mais gravoso, por exemplo, na indústria têxtil (DB) e na indústria do calçado (DC) do que na indústria química (DG) e na indústria de matérias plásticas (DH). Tradicionalmente o têxtil, o vestuário e o calçado são ramos de actividade com forte peso da mão-de-obra feminina, jovem, pouco qualificada, mal remunerada e com condições de trabalho penalizantes, e onde o recurso à baixa por doença tende a esconder problemas como a dificuldade em conciliar a vida profissional, pessoal e familiar (Guerreiro, 1995; Fargan e Burchell, 2002).

É de lembrar, no entanto, que o universo do balanço social é limitado, não podendo ser tomado como representativo do universo empresarial português nem da respectiva população trabalhadora: é actualmente de cerca de 2 mil empresas, empregando aproximadamente 800 mil trabalhadores, o equivalente a um quarto do total dos trabalhadores por conta de outrem (com exclusão da função pública). Em 1998, a população activa atingia praticamente os 5 milhões (50% do total) e a população empregada rondava os 4,739 milhões (47.5%) (Portugal. INE, 1999).

2.7.3. Prevalência de doenças crónicas

Segundo o INS 1998/99, há uma relativamente elevada prevalência, entre os trabalhadores activos, de queixas de dores nas costas (41.1%), tensão alta (12.9%), alergia (13.8%) e asma ou bronquite asmática (4.3%), quatro tipos de doença crónica que podem estar relacionadas com o trabalho ou ser agravadas pelo trabalho. A prevalência destas doenças na população não activa é 38.5%, 20.5%, 15.1% e 7.3%, respectivamente. Outras doenças são menos frequentes na população de trabalhadores activos: é o caso da diabetes (3.4%) e da bronquite crónica (1.8%), cuja prevalência na população não activa é superior (6.9% e 3.7%, respectivamente).

É sobretudo no grupo dos trabalhadores de meia idade que há maior prevalência de problemas de saúde como as dores nas costas, a tensão alta, à asma ou bronquite asmática e até mesmo a diabetes. Há diferenças estatisticamente muito significativas em relação às dores nas costas, à tensão alta, à asma e à diabetes, por grupo etário. Também há diferenças entre colarinhos brancos e colarinhos azuis, relativamente à prevalência destas doenças crónicas: com excepção da hipertensão arterial, elas atingem em maior proporção os colarinhos azuis (*Quadro II.28*).

Desagregando os dados por profissão, verifica-se que as dores nas costas são prevaletentes em três grupos: *Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas* (61%), *Operadores de instalações e máquinas e trab. de montagem* (44%) e *Trabalhadores não qualificados* (47%).

A tensão alta é também um problema dos *Quadros superiores e dirigentes* (14%), além dos *Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas* (16%) e dos *Trabalhadores não qualificados* (16%). A alergia parece atingir sobretudo as *Profissões científicas e técnicas* (19%), os *Técnicos e profissionais de nível intermédio* (17%) e o *Pessoal administrativo* (18%) (Graça, 2002b).

Quadro II. 28— População inquirida de trabalhadores activos, de 15 ou mais anos de idade, que declarou sofrer de dores de costas, tensão alta, de alergia, de asma e diabetes, por tipo de trabalho (Continente, 1998/1999)

Tipo de trabalho	Colarinho branco	Colarinho azul	Total
Doença crónica			
Bronquite crónica	1.3	2.1	1.8 (*)
Diabetes	2.7	3.9	3.1 (*)
Asma ou bronquite asmática	3.7	4.7	4.3 (*)
Tensão alta	10.7	14.7	13.0 (*)
Alergia	16.5	11.8	13.8 (*)
Dores nas costas	33.5	47.0	41.2 (*)

(*) $p < .001$ Fonte: Portugal. INSA (2001); Graça (2002b)

2.7.4. Outros indicadores de saúde

Falta-nos também um conhecimento aprofundado dos determinantes da saúde da população activa trabalhadora, relacionados com os estilos de vida (v.g., consumo de tabaco, de álcool e de drogas, dieta, actividade física, gestão do stress) (Portugal. Ministério da Saúde, 2002: 51). Impõe-se, no entanto, relacionar os *lifestyles* com os *workstyles* (Wenzel, 1994), por grupos homogéneos de trabalhadores.

Por exemplo, 7% dos homens e 18.1% das mulheres, de 15 ou mais anos de idade ($n=41543$), referiram ter tomado medicamentos para dormir nas duas últimas semanas anteriores à inquirição. Essa proporção tende a aumentar com a idade. Se nos limitarmos à população de trabalhadores activos ($n=21756$), a proporção é de 11.5% para as mulheres e 4.4% para os homens. São sobretudo os *colarinhos azuis* do sexo feminino (12.7%) quem toma medicação para dormir, em maior proporção do que os colegas do sexo masculino (3.9). As diferenças são estatisticamente muito significativas ($p < .001$) (Graça, 2002b)

Quanto aos hábitos tabágicos, dever-se-á ter em conta a diferenciação socioprofissional e não apenas a distribuição por género. Segundo o último relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde (Portugal. Ministério da Saúde, 2002: 52), “o consumo de tabaco é a principal causa evitável de morbilidade e mortalidade, sendo responsável por cerca de 20% da mortalidade total”, ou seja, o equivalente a 11 mil mortos. Há, por outro lado, uma crescente consciência dos efeitos negativos do fumo passivo no local de trabalho e em casa, sendo hoje “o principal poluente evitável do ar interior”. Sabe-se, por fim, que a desabitação tabágica, “em especial se ocorrer antes da meia-idade, contribui para uma redução do risco de doença atribuível ao consumo de tabaco, que atinge, passados 10 a 15 anos de abstinência, valores semelhantes aos dos não-fumadores”.

De acordo com o último Inquérito Nacional de Saúde, 19.2% da população com 10 ou mais anos de idade é actualmente fumadora. Há diferenças acentuadas por género, idade e categoria socioprofissional: (i) nos grupos etários mais jovens há uma maior proporção de fumadores actuais (por exemplo, 37% no grupo dos 25 aos 34 anos); (ii) em contrapartida é nos grupos mais idosos que se regista um maior número de ex-fumadores; (iii) 30.5% dos homens fumam, contra apenas 8.9% das mulheres; (iv) cerca de 22% dos homens são ex-fumadores e menos de 48% nunca fumaram; (v) no caso das mulheres, a proporção das que

nunca fumaram é muito maior (87%) do que a média na população (68%) (Portugal. INSA, 2001).

Se se seleccionar apenas os trabalhadores activos (n=21805), constata-se que 29.2% deles são fumadores actuais (30.2% entre os colarinhos brancos e 28.4% entre os colarinhos azuis). A proporção de ex-fumadores também é maior entre os primeiros (15.5%) em comparação com os segundos (13.5%) (*Quadro II.29*).

Quadro II. 29 — População inquirida de trabalhadores activos, de 10 ou mais anos de idade, por consumo de tabaco e tipo de trabalho (Continente, 1998/99) (n=21786) (%)

Tipo de trabalho Consumo de tabaco	Colarinho branco	Colarinho azul	Total
Fumador actual	30.3	28.4	29.2
Ex-fumador	15.5	13.5	14.4
Nunca fumou	54.2	58.1	56.4
Total	N=9348	N=12438	N=21786

Fonte: Portugal. INSA (2001); Graça (2002b)

O grupo profissional em que há maior proporção de fumadores actuais é o dos *Técnicos e profissionais de nível intermédio* (34.2%) e dos *Operários, artífices e trabalhadores similares* (35.2%). Os primeiros pertencem ao grupo dos *colarinhos brancos* e os segundos ao grupo dos *colarinhos azuis*. Em contrapartida, os *Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas* são os que registam a proporção mais alta (70.2%) dos que nunca fumaram. Por seu turno, é nas *Profissões científicas e técnicas* que se verifica a maior proporção de ex-fumadores (19.8%).

O Director-Geral da Saúde e Alto Comissário da Saúde registava, com agrado, o facto de (i) nos últimos anos ter havido uma diminuição do consumo de tabaco em Portugal; e de (ii) continuarmos a ser “o país da EU com menor prevalência de fumadores”. Em contrapartida, apontava como facto preocupante a tendência para continuar a aumentar o tabagismo nas mulheres: “Em 1987, 5% das mulheres com mais de 15 anos referiram fumar diariamente. Este valor subiu para 6.5% em 1996 e 7.9% em 1999”. Entre os homens parece registar-se alguma diminuição do consumo, “à excepção do grupo etário dos 35-44 anos” (Portugal. Ministério da Saúde, 2002. 54).

O facto de Portugal continuar a ter a mais *baixa taxa de prevalência* na União Europeia seria devida, em grande medida, ao peso das mulheres portuguesas não-fumadoras mas também ao impacto da interdição do tabaco na publicidade, introduzida em 1983 (WHO, 1997a).

Analisando a prevalência do tabagismo nas mulheres da UE no período de 1950-1990, e apesar dos problemas metodológicos que a comparação de dados entre países levanta, Graham (1996. 249-250) chama a atenção para a historicidade do fenómeno e para a especificidade da situação na Europa meridional. Em boa verdade a situação menos má de Portugal entre as Nações tabagistas teria mais a ver com controlo social e segregação sexual do que aos (des)méritos da saúde pública : “(...) Cigarette smoking among women is a relatively recent phenomenon in southern Europe. Surveys point to prevalence rates of 10% or less up until the late 1960s in Italy, the 1970s in Spain and Greece and the 1980s in Portugal, with a sharp increase since then (...). Southern EC countries appear to be at an earlier stage of the prevalence curve that has characterized women’s smoking in northern Europe”.

Por outro lado, há suficiente evidência empírica de que o declínio do hábito de fumar entre as mulheres tem-se verificado sobretudo entre os grupos de mais elevado *status* socioeconómico (Glendinning *et al.*, 1994; Graham, 1994; Vries, 1995). As lições que se podem tirar destas tendências são relevantes para Portugal e para as empresas que queiram introduzir programas de prevenção do tabagismo activo e passivo (Fielding, 1991a; 1992). “As southern EC countries move through a process of diffusion that has marked out the history of women’s smoking in northern Europe, there is a particular and urgent need to identify strategies to reduce the rate of recruitment of young women into cigarette smoking and to enable those in more materially-disadvantaged circumstances to match the rates of decline in prevalence achieved by women in higher socio-economic groups” (Graham, 1996. 253).

Refira-se, por fim, o elevado nível de sedentarismo dos portugueses e a sua atitude pouco favorável a uma vida activa saudável através da actividade física (European Commission, 1999; Portugal. INSA, 2001).

2.8. Os principais *prompting factors* da(s) política(s) de saúde no trabalho

2.8.1. Controlo dos custos de saúde

Os problemas de saúde dos trabalhadores (77%), os problemas de pessoal e de bem-estar social (*welfare*) (76%), o clima organizacional ou o moral do pessoal (73%), a produtividade/desempenho (72%), o absentismo (63%), a imagem externa da empresa (61%) e, finalmente, os acidentes de trabalho (56%) , constituíam os principais *problemas, motivos ou razões* que levavam mais de metade das empresas europeias, inquiridas no âmbito do estudo da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, a realizar actividades e programas de saúde (Wynne e Clarkin, 1992).

Em contrapartida, o principal *prompting factor*, no caso das empresas norte-americanas, seria a preocupação em controlar o aumento exponencial dos custos com os cuidados de saúde (Warner, 1987; Conrad, 1988; Warner *et al.*, 1988; Lynch, 1995): “A major goal of American employers as well as the United States government is to contain sky-rocketing health care costs and medical expenditures” (Whitte, 1993. 227).

Para o editor principal do prestigiado *American Journal of Health Promotion* , o desenvolvimento da PST nos EUA sempre teve uma clara motivação económica: por parte das empresas tratava-se de aumentar os lucros “by controlling medical care costs, and enhancing productivity and image” (O’ Donnell, 1996. 51).

O conhecido programa *Life for Life* ® da Johnson & Johnson era claramente assumido como “part of a comprehensive cost containment strategy” (Wilbur, 1983. 673; Bly *et al.*, 1986; Wilbur *et al.*, 1986).

Na literatura revista está, de resto, generalizada a ideia de que a PST é (ou pode ser) “a good business for all”, ou seja, económica e socialmente benéfica para as seguradoras, os empregadores, os trabalhadores e seus familiares, a economia e o a sociedade (Conrad, 1988; Hollander e Lengermann, 1988; U. S. Department of Health and Human Services, 1991 e 1993). Há uma década atrás discutia-se o uso e o abuso do argumento económico (Warner, 1987; Warner *et al.*, 1988; Conrad e Walsh, 1992). Hoje parece haver um novo interesse pelas implicações económicas da saúde na produtividade e competitividade das empresas (Goetzel

et al., 1999). Mas as preocupações dos gestores ainda vão mais facilmente para as questões da segurança e do ambiente do que para a promoção da saúde dos seus colaboradores (DeJoy e Wilson, 1995).

É sabido que, no essencial, são os empregadores quem suporta uma parte substancial dos encargos com a saúde do seu pessoal no activo e/ou na reforma, incluindo muitas vezes o respectivo agregado familiar, através dos esquemas privados de seguro de saúde/doença e de fundos de pensões (Sloan *et al.*, 1987; Fielding e Breslow, 1983; U.S. Department of Labor. Bureau of Labor Statistics, 1999 e 2003). Em 1997, 75.9% da população activa trabalhadora estava coberta por um *employment-based health insurance*, enquanto 14.7% não tinha qualquer seguro, público ou privado. Na população desempregada, essa proporção era muito diferente: 33.2% e 46.4%, respectivamente (Bhandari, 2002). Em 2001, cerca de 15% da população norte-americana, activa e não-activa, continuava sem seguro de saúde/doença (Mills, 2002).

Nos EUA, tal como no Japão (Muto *et al.*, 1997), o prémio do seguro de saúde/doença tem um peso significativo no total dos custos de pessoal. Segundo diversas fontes citadas por Warner (1987. 42), na década de 1980, as empresas norte-americanas pagavam cerca de 80% de todos os prémios de seguros de saúde/doença privados e eram responsáveis, em 1985, por cerca de 20 a 25% do total das despesas nacionais com a saúde (estimadas então em mais de 400 mil milhões de dólares). Em 1992, o custo médio dos *medical benefits* era estimado em 3968 dólares por trabalhador, o que representava 42% dos lucros líquidos das empresas (Whitmer, 1995. 79). Para este analista, durante a década de 1980, o aumento anual das despesas com os cuidados de saúde tinha sido o dobro da inflação geral. Em 1992 as despesas com a saúde cifravam-se em 817 mil milhões de dólares, prevendo-se que pudessem atingir os 940 mil milhões no ano seguinte. “Increases over the next 5 years are projected at 12% to 13% per year (...). If trends continue, by the year 2030 medical care will account for about 28% of the Gross Domestic Product (...)”.

Na realidade estas previsões não estavam totalmente erradas. O aumento anual médio das despesas de saúde (públicas e privadas) andou à volta dos 5% no período de 1995 a 2000. Mas em 1996 o seu montante global ultrapassavam o mítico limiar do *one trillion dollars* (leia-se: *one 1000 billion dollars*, nos EUA; ou um milhão de milhões de dólares, em português), e chegavam aos 14% do PIB em 2001 (Quadro II.30). Em termos simples, tal significava que no início do Séc. XXI, por cada dólar gasto na América 14 cêntimos iam para os cuidados de saúde. O interesse dos empregadores na redução dos custos com a prestação de cuidados de saúde era igualmente partilhado pelas *empresas seguradoras*, algumas das quais se tornaram muito activas, fazendo o *marketing* da PST e organizando, elas próprias, programas destinadas aos seus trabalhadores (por ex., a *Blue Cross of California*).

Quadro II. 30 – Evolução dos gastos com a saúde em % do PIB e outros indicadores (EUA, 1970-2001)

Indicador	Ano	1970	1980	1990	1995	2000	2001
PIB (a)		1040	2796	5803	7400	9873	(d)
Gastos totais c/ a saúde (a)		73.1	245.8	686.0	990.3	1299.5	(d)
% dos gastos totais c/ a saúde no PIB (b)		6.9	8.7	11.9	13.3	13.1	13.9
Gastos totais c/ saúde per capita (c)		348	1067	2738	3698	4637	(d)

(a) Em mil milhões de dólares (b) Dados actualizados da OCDE (2003) (c) Em dólares (d) Não disponível

Fonte: OECD (2003) – OECD Health Data 2003 (b); U.S. National Center for Health Statistics (2002) (a) (c) (d)

Quadro II. 31 – Algumas empresas europeias, seleccionadas como exemplos de boas práticas, em que a filosofia de gestão ou a cultura de empresa incorporam explicitamente o conceito de saúde e/ou promoção da saúde

Empresa	País	Nº trabalha- dores	Sector de actividade	Conceito
Aer Rianta	Irlanda	1600	Administração aeroportuária	Introduziu o princípio da “co-determinação construtiva” como parte da Gestão da Qualidade Total
ASTRA AB	Suécia	5760	Indústria farmacêutica	‘Slogan’ da empresa: “Tudo o que é bom, pode melhorar” (a saúde incluída)
CGD - Caixa Geral de Depósitos	Portugal	10532	Serviços financeiros (Banca)	“Highly committed to the health promotion of its employees”
Eimskip	Islândia	790	Transportes marítimos	O sucesso empresarial depende da “saúde e bem-estar” dos seus colaboradores
ELAÏS	Grécia	400	Indústria alimentar	A saúde e o bem estar dos trabalhadores e suas famílias integram a “cultura da gestão da qualidade total”
ELIS	França	8000	Indústria têxtil	Tem um departamento de promoção da saúde desde 1989; segue os princípios da sua subsidiária norte-americana
FASA RENAULT	Espanha	12400	Indústria automóvel	Cada trabalhador é um “factor de produção valioso”. A sua saúde e segurança são um pré-requisito do sucesso da empresa
Hydro Seafood Norway (Divisão de Movik)	Noruega	1400 (64 em Movik)	Pescas (Produção de salmão)	Afirmção da responsabilidade da empresa (pelas pessoas, pelo salmão e pelo ambiente)
Mannesmannröhren-Werke AG	Alemanha	12192	Siderurgia	Tem uma “longa história” de PST. Ganhou em 1993 o prémio BKK
NIKE	Bélgica	1500	Distribuição (Artigos e outro material desportivo)	A Nike tem “corporate principles on WHP”
NOKIA	Finlândia	21000	Engenharia eléctrica (telecomunicações)	“Total Wellness Programme”
Resibras SA	Portugal	25	Indústria química (Resinas sintéticas e semi-sintéticas)	A PST faz parte do princípio da “responsabilidade social” da empresa
SAB Tours	Áustria	159	Turismo e transportes públicos	Projecto “Active together”: Trabalhar em “círculos de saúde” para reduzir o stresse
SAS – Scandinavian Airles System	Dinamarca	7900	Aviação comercial (Transporte aéreo de passageiros e carga)	A PST faz parte da “corporate strategy” da SAS
Siemens	Holanda	3000	Indústria eléctrica e electrónica	A política da empresa tem como objectivo explícito “promover a saúde e o bem-estar dos trabalhadores e proteger o ambiente”
Soludec SA	Luxemburgo	466	Construção	Pioneira no seu país no domínio da saúde e segurança no trabalho
Wolkswagen AG	Alemanha	104000	Indústria automóvel (Fabrico de carros)	Na WW a protecção e a promoção da saúde “dão dividendos”

Fonte: Adapt. de European Network for Workplace Health Promotion (1999)

Face à escalada dos custos com os cuidados médicos e hospitalares, era do interesse das seguradoras e dos empregadores dar maior ênfase à óptica da prevenção da doença do que ao seu tratamento (Fielding e Breslow, 1983). Eram também as empresas seguradoras que se mostravam mais activas no apoio à realização de encontros científicos sobre o tópico da avaliação económica da PST (Kaman, 1995). Hoje são as associações profissionais de educadores e promotores de saúde que lideram este sector, numa versão do *Health & Business*. Poderia citar-se o *American Journal of Health Promotion* (<http://www.healthpromotionjournal.com>), a *Association for the Workplace Health Promotion* (<http://www.awhp.org>), o *Institute for Health and Productivity Management* (<http://www.ihpm.org>), o *American College of Occupational and Environment Medicine* (<http://www.acoem.org>), *The Wellness Councils of America* (<http://www.welcoa.org/>) ou a *American Association of Occupational Health Nursing* (<http://www.aohnjournal.com/>).

Por outro lado, a *reestruturação* de largos sectores industriais e as profundas alterações tecnológicas e organizacionais, a par da política neoliberal, no plano social e económico, de Ronald Reagan, vieram aumentar os riscos associados ao stresse no local de trabalho, riscos esses que terão custado às empresas, na década de 1980, um valor estimado em 150 mil milhões de dólares por ano (Fielding, 1989; Karasek e Theorell, 1990).

2.8.2. Filosofia de gestão e cultura de empresa

Por essa altura, a situação era bastante diferente na Europa. Estudos de caso feitos em multinacionais, europeias ou americanas, a operar no espaço comunitário no princípio da década de 1990 sugeriam que, em muitos casos, as razões então apresentadas como justificação do desenvolvimento de políticas de saúde no trabalho teriam mais a ver com *a filosofia de gestão ou a cultura da empresa* (Hauss, 1992 e 1992 a). As empresas norte-americanas mais do que as europeias tendiam a adoptar esta abordagem nos anos oitenta e noventa. “These policy statements can confine themselves to a search for excellence in all that the company undertakes, and this search extends into production and human resource management areas” (Wynne e Clarkin, 1992. 123-124). Exemplos de tais princípios, filosofias ou políticas podem ser encontrados em estudos de caso mais recentes, quer portugueses (Graça, 1999a, 1999c; Graça e Kompier, 1999) quer doutros Estados-membros (Gründemann e Vuuren, 1997; Kompier e Cooper, 1999; European Network for Workplace Health Promotion, 1999). Daí a sugestão de Wynne (1998a. 25) segundo a qual as “non-health issues can be important as prompting factors and as measures of success” (*Quadro II.31*).

Até à integração europeia, os empregadores portugueses não pareciam sentir ainda a pressão dos custos (directos e indirectos) ligados à protecção social dos trabalhadores (incluindo a protecção contra os riscos profissionais), contrariamente ao que se passava nos EUA e, mais recentemente, em Estados-membros da UE como a Holanda ou a Alemanha (Graça, 1995; Gründeman e Vuuren, 1997; Mossink e Licher, 1997).

O tradicional recurso à mão-de-obra *descartável*, barata, pouco ou nada qualificada, a par das políticas de *downsizing* e reengenharia dos últimos dez/quinze anos, da flexibilização do mercado de trabalho e da globalização, fazem com que, na generalidade dos casos, não haja uma premente necessidade de combater a rotação (ou saída) de pessoal. Mas os dados do

problema começam já modificar-se com as perspectivas de alargamento da União Europeia em 2004, com o envelhecimento da população portuguesa e com o défice de qualificação.

Por fim, a reconversão e a reestruturação das empresas não tendem a ser vistas como uma oportunidade excepcional para reequacionar e redefinir as políticas de pessoal e, muito em particular, a política de saúde no local de trabalho, enquanto estratégia de valorização (actual e futura) do *capital humano*.

2.9. Os custos e os benefícios da saúde e segurança do trabalho

2.9.1. Introdução

É legítimo esperar-se que da protecção e promoção da saúde dos trabalhadores resultem (i) benefícios para todos, incluindo os principais interessados, os trabalhadores e os empregadores, e que esses benefícios tenham (ii) relevância em termos sociais, económicos e financeiros (Mossink e Licher, 1997). A redução do absentismo por doença e acidente é um desses benefícios esperados pelas empresas portuguesas (Graça, 1995; Gründemann e Vuoren, 1997) e por outros *stakeholders* como a Segurança Social e as seguradoras: basta referir que, no período de 1985-1998, as despesas anuais com o subsídio por doença e com os encargos por doença profissional corresponderam em média a mais de 0.5% do PIB, valor ligeiramente abaixo do montante da despesa privada com os seguros de saúde e os acidentes de trabalho (0.6% em 1995) (Portugal. Comissão do Livro Branco da Segurança Social, 1999).

No entanto, não é vulgar entre nós fazer-se análises de custo/benefício ou de custo/efectividade no domínio das políticas de saúde no trabalho, incluindo a prevenção do absentismo por incapacidade temporária para o trabalho (Kaman, 1995; Gründemann e Vuoren, 1997; Graça, 1998; Mossink, 1998). O simples cumprimento da legislação e regulamentação em matéria de SH&ST ou a melhoria da imagem da empresa podem ser apresentados como benefícios, mais ou menos óbvios. O problema é que eles não são facilmente reconhecidos pelo sistema contabilístico da empresa. E não são reconhecidos justamente porque não existe um sistema integrado de gestão da SH&ST. Os próprios custos dos acidentes de trabalho e da doença, nomeadamente os indirectos, tendem a ser ignorados ou escamoteados, acabando por se diluir nos *overheads* ou custos gerais da actividade operacional da empresa.

Por outro lado, há dificuldades de natureza teórico-metodológica e prática na identificação e avaliação de certos benefícios imateriais como a melhoria do clima organizacional ou a melhoria da qualidade de vida no trabalho. De qualquer modo, não se pode dissociar o binómio custo/benefício, mesmo que seja mais fácil calcular ou estimar os custos do que demonstrar os benefícios (Finland. Ministry of Social Affairs and Health, 1999).

2.9.2. Os benefícios

A análise de custo/benefício tem de ser contextualizada, e nomeadamente deve ter em conta as especificidades próprias de cada país (v.g., mercado de trabalho, sistema de protecção social, estrutura empresarial, legislação laboral).

O estudo da Fundação Europeia, já atrás citado, mostrou como os benefícios percebidos no domínio da saúde no trabalho podem ser variáveis de país para país (Wynne e Clarkin, 1992). Por exemplo, só (i) as empresas alemãs é que davam importância à *melhoria da imagem externa*

como benefício resultante das suas políticas, programas e actividades de saúde e segurança no trabalho; (ii) as empresas holandesas, por sua vez, valorizavam a *melhoria da motivação do pessoal*. Em contrapartida, em (iii) países da Europa do Sul como a Espanha, a Grécia e a Itália a *melhoria das relações colectivas de trabalho* aparecia, algo surpreendentemente, como um dos três principais benefícios. Em todo o caso, (iv) a *melhoria da saúde dos trabalhadores* surgia como o benefício mais referido (Alemanha, Espanha, Irlanda e Itália).

Quadro II. 32 – Potenciais benefícios e beneficiários da protecção e promoção da saúde no trabalho no contexto específico dos EUA

Potencial benefício	Potencial beneficiário	Empregador	Trabalhador	Sociedade
Redução dos prémios de seguros de saúde		✓		
Redução das pensões e indemnizações por invalidez e morte		✓		
Redução dos custos de tratamento médico e hospitalar		✓	✓	
Redução de outros custos relacionados com a saúde/cuidados de saúde			✓	✓
Redução das despesas de saúde suportadas pelo Estado				✓
Redução do absentismo		✓		
Redução das baixas por doença			✓	
Redução dos acidentes de trabalho		✓	✓	
Redução da taxa de rotação de pessoal e dos custos de substituição		✓		
Aumento da produtividade		✓		
Aumento do moral dos trabalhadores		✓		
Melhoria do moral devido à preocupação da gestão com a saúde e o bem-estar			✓	
Maior apoio dos colegas e chefias devido aos comportamentos de saúde			✓	
Melhoria da saúde e da qualidade de vida		✓	✓	
Aumento da satisfação com as actividades de saúde			✓	
Redução de deslocações aos (e tempo de espera nos) serviços de saúde			✓	✓
Ênfase na protecção e promoção da saúde versus tratamento da doença				✓

Fonte: Adapt. de Hollander e Lengermann (1988. 492)

Num outro contexto, o dos EUA, a principal motivação das empresas, como já foi referido, teria a ver fundamentalmente com o controlo dos *custos com os cuidados médicos* e com os *prémios de seguros de saúde* (Warner *et al.*, 1988; Kaman, 1995). A realidade é, porém, mais complexa: tal como existem custos ocultos, também pode haver benefícios ocultos, como por exemplo, um maior controlo social no local de trabalho (Conrad, 1997; Conrad e Walsh, 1992).

Por outro lado, os benefícios, económicos e/ou sociais, que decorrem da protecção e promoção da saúde no trabalho, não revertem só para o *empregador*: são também para o *trabalhador e a sua família* (por ex., melhoria da saúde individual), para o *Estado* (através da redução das despesas do *Serviço Nacional de Saúde* e da *Segurança Social*), para as *seguradoras*, para a *economia* e para a *sociedade civil* em geral (*Quadro II.32*).

2.9.3. Os custos

No entanto, a generalidade das empresas (a começar pelas portuguesas) têm dificuldade em eleger e avaliar os custos com a protecção e a promoção da saúde (Graça, 1995; Dorman, 2000; JISHA, 2000; Portugal. Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2003). Não só os custos com a incapacidade temporária e de longa duração, resultante dos acidentes e das doenças, como também o investimento na melhoria das condições de trabalho, a par dos encargos com a organização e o funcionamento dos serviços de SH&ST: *despesas correntes*

(v.g., remuneração dos profissionais de SH&ST, exames médicos, material de consumo, formação) e *despesas de capital* (v.g., equipamento de SH&ST, viaturas, instalações). Estes elementos de informação contabilística e financeira deviam fazer parte integrante do *sistema de gestão da SH&ST* (OIT, 2002). Acontece que não constam sequer do modelo de relatório anual da actividade dos serviços de SH&ST.

Em 1992 os *custos directos* dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais na UE foram estimados em 27 mil milhões de Euros (cerca de 5400 milhões de contos). Mas este número, representa apenas a ponta do *iceberg*, já que os *custos indirectos e ocultos* são muito mais altos (Litske, 1998). Além disso, muitos desses custos tendem a ser *socializados*, repercutindo-se sobretudo no indivíduo, na sua família, na sociedade civil e no Estado (Dorman, 1998).

Quadro II. 33 - Custos económicos dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais nos EUA (1992)

Categoria	Nº	Custo em mil milhões de dólares (\$)	Custo em % do total
Acidentes de trabalho		148.4 (a)	85.4
Mortais	6 529	3.8	2.2
Não mortais	13 247 000	144.6	83.2
Doenças profissionais		25.3	14.6
Mortais	60 290	19.5	11.3
Não mortais	862 200	5.8	3.3
Total		173.7	100.0

(a) Directos= 50.1 mil milhões de dólares (33.8%); Indirectos= 98.3 mil milhões de dólares (66.2%) Fonte: Leigh et al. (1996), cit. por Dorman (2000)

Com referência ao mesmo ano, o custo económico dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais nos EUA foi estimado por uma equipa de investidores do NIOSH (National Institute of Occupational Safety and Health) em 3% do PIB (Leigh *et al.*, 1996; Dorman, 2000) (*Quadro II.33*). No entanto, quatro quintos desses custos eram suportados pelo trabalhador e sua família, 9% desses custos repercutiam-se no consumidor e apenas 11% eram suportados directamente pelo empregador.

Um terço dos custos dos acidentes de trabalho diziam respeito a custos directos: destes, metade eram custos *médico-hospitalares* (25.1 mil milhões de dólares), seguidos pelo prémio de seguro de acidentes de trabalho e de *overheads* para o sistema segurador, num total de 14.6 mil milhões de dólares (29.1%). Por custo directo entende-se aquele que assume a forma de uma pagamento em espécie, independentemente de ser um custo interno ou externo ou de ser ou não imputado ao centro de custos da SH&ST na empresa. Em contrapartida os custos indirectos são vistos como custos de oportunidade, sendo na sua grande maioria constituídos por *rendimentos do trabalho* perdidos (82.5 mil milhões de dólares, ou seja, 84%). As outras duas principais rubricas eram a *quebra de produção* (8.2 mil milhões de dólares ou 8.3%) e os encargos com formação, substituição e disfuncionamento do pessoal (5.2 mil milhões de contos ou 5.3%).

Para evitar a grande confusão que muitas vezes se depara ao leitor na revisão de literatura talvez valha a pena fazer alguns distinções a propósito dos custos da SH&ST e da sua relevância para o decisor individual (Dorman, 2000). Por exemplo, um custo diz-se (i) *directo* se esse custo puder ser identificado, medido e contabilizado através do sistema contabilístico da empresa. Permite saber até que ponto o decisor individual dá conta da existência de potenciais incentivos económicos. Se o custo for pago pela unidade económica que o produziu, diz-se que é (ii) *interno*. Esta distinção é relevante na medida em que

determina o grau de discrepância entre o incentivo económico para o decisor individual e o correspondente incentivo para a sociedade. Se o custo tomar a forma de dano aos bens e serviços produzidos e se estes tiverem (ou puderem vir ter) um preço, então o custo diz-se (iii) *económico*. Constitui um argumento de peso para o gestor intervir, independentemente das considerações de ordem ética ou de saúde pública. Por fim, um custo será (iv) *constante* se não estiver dependente das alterações da incidência e gravidade dos AT/DP: pode ser o caso, por ex., do prémio de seguro. Sendo um custo variável, ele determina um incentivo económico para o decisor individual tomar medidas de prevenção e protecção.

Há várias razões por que as empresas não se mostram muito empenhadas em identificar e medir os custos indirectos dos acidentes: (i) é complexo e caro; (ii) os gestores têm geralmente uma agenda de trabalho sobrecarregada; (iii) além disso, alegam não ter vocação nem formação para se envolverem em actividade de protecção e promoção da saúde; (iv) há enviesamento nos métodos contabilísticos; (v) não é fácil imputar responsabilidades a quem produz o acidente; (vi) os profissionais e os serviços de SH&ST têm um baixo estatuto na organização; e, por fim, (vii) há a regra de ouro das organizações *Don't ask, don't tell* (Dorman, 2000).

A título ilustrativo enumeram-se alguns dos custos indirectos mais característicos dos AT: (i) interrupção imediata da produção, na sequência do AT; (ii) moral dos colegas de trabalho é afectado; (iii) pessoal destacado para análise do AT e elaboração do respectivo relatório de investigação; (iv) recrutamento e formação de trabalhador substituto; (iv) danos e perdas causados a máquinas e equipamentos (desde que não detectados directamente pelo sistema contabilístico); (v) decréscimo da qualidade do produto, a seguir ao AT; (vi) redução da produtividade do trabalhador acidentado em posto de trabalho alternativo; (vii) *overhead* ou custos gerais por actividade suplementar necessária para absorver os custos específicos dos acidentes.

Recentemente o Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento do Ministério da Segurança Social e do Trabalho fez um pequeno estudo exploratório sobre os custos dos acidentes de trabalho, ocorridos nas empresas do Balanço Social, durante o ano de 2000. Nesse ano, os acidentes de trabalho representaram 7.5 milhões de horas de trabalho perdidas, ou seja, 6.5% do total do absentismo. Estamos a falar de uma população de 2214 empresas, com 100 ou mais trabalhadores, com um volume de emprego superior a 840 mil. A taxa de absentismo (calculada com base no Potencial Máximo Anual) foi de 7.6%, maior nas indústrias transformadoras (9.4%) e menor nas actividades financeiras (4.2%). No conjunto destas empresas ocorreram 64787 acidentes de trabalho, dos quais apenas 5% foram acidentes *in itinere*. Mais de 55% destes acidentes provocaram baixa igual ou superior a 1 dia. Houve 38 casos mortais (menos 39 do que em 1996). Com base no VAB horário de cada sector de actividade, multiplicado pelo número de horas perdidas por acidente, estimou-se em perto de 184 milhões de euros o valor do Valor Acrescentado Bruto que teoricamente terá sido perdido (Portugal. Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2003).

Acrescente-se mais a seguinte informação: (i) os acidentes de trabalho com baixa apurados no Balanço Social de 2000 correspondem apenas a menos de 20% do total das participações, feitas às companhias de seguros, relativamente a acidentes com um ou mais dias de ausência (Portugal. Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2003a); (ii) a estes custos (ocultos) há que acrescentar outros custos directos e indirectos, embora nem todos sejam suportados pelo empregador (v.g., prémio de seguros de acidentes de trabalho, custos de substituição,

custos judiciais em caso de litígio, imagem da empresa, clima organizacional, perda de rendimento).

2.9.4. A análise de custo/benefício

É legítimo que os diferentes *stakeholders*, do Governo aos empregadores, façam perguntas do género: (i) vale a pena investir na protecção e promoção da saúde da população trabalhadora?; (ii) neste domínio tem havido ganhos efectivos e concretos em saúde ?; (iii) até que ponto elevados padrões de SH&ST contribuem para melhorar não só a produtividade, a competitividade e qualidade como também a criatividade e a inovação nas nossas empresas ?; (iv) há suficientes incentivos (económicos, financeiros, fiscais, etc.) para se investir na melhoria das condições de trabalho e na saúde dos trabalhadores ? (v) não será excessiva e desproporcionada a regulamentação nacional e comunitária em matéria de SH&ST com efeitos negativos na competitividade das empresas, e em particular das pequenas e médias empresas (PME) ? (vi) sabe-se quais são os custos e os benefícios da participação dos trabalhadores e/ou dos seus representantes na gestão do sistema de SH&ST ?

Estas e outras questões têm vindo a ser debatidas ultimamente na União Europeia. Um marco de referência foi a realização da *European Conference on Costs and Benefits of Occupational Safety and Health*, em Haia, entre 28, 29 e 30 de Maio de 1997, durante a presidência holandesa da União Europeia (Mossink e Licher, 1997; Graça, 2002d).

Para os decisores e profissionais de saúde também é muita actual a discussão da análise de custo/benefício e sobretudo de custo/eficácia das políticas de saúde no trabalho. Mas estas questões não são de fácil e pacífica resposta (Kaman, 1995; Mossink e Licher, 1997; Dorman, 2000).

Por um lado, é geralmente reconhecida a necessidade de reduzir os custos resultantes do absentismo por doença, custos esses estimados entre 1% a 4% do PIB de cada Estado-membro da União Europeia com óbvias implicações na *produtividade, qualidade e competitividade* das empresas (Gründemann e Vuuren, 1997). Mas, por outro, não há consenso quanto aos possíveis resultados da análise de custo/benefício e à necessidade de reorientar as políticas e os serviços de SH&ST (Graça, 1999e): enquanto os empregadores pedem mais simplificação legislativa, mais desregulamentação e mais flexibilidade organizacional, os trabalhadores e os seus representantes receiam que a análise de custo/benefício, enquanto instrumento de gestão, possa ter efeitos perversos ou não-desejados (por ex., levar à redução do nível de protecção de saúde no local de trabalho).

2.9.5. Custos e benefícios da SH&S: alguns dados internacionais (Japão e EUA)

Não se sabe, com rigor, quais são os custos com a Saúde (incluindo a SH&ST) suportados pelas empresas portuguesas. Os elementos disponibilizados pelo Balanço Social são escassos e pouco rigorosos (Graça, 2002 b). Mesmo a nível internacional os estudos também não abundam (Dorman, 2000; JISHA, 2000).

Há um estudo, entretanto disponível, que foi realizado em quatro empresas japonesas, todas elas de grande dimensão, com mão-de-obra essencialmente masculina, uma média etária de 40 anos, e com um número variável de profissionais de SH&ST (entre 3 e 35). Os dados foram obtidos através de questionário postal, respondido pelo director financeiro da

empresa ou pelo coordenador dos respectivos serviços de SH&ST. Analisando o *Quadro II.34*, verifica-se que nestas quatro empresas japonesas (uma de transportes ferroviárias e as restantes das indústrias transformadoras) os custos, directos e indirectos, da Saúde (incluindo a SH&ST) representavam, em média, 5.5% da massa salarial ou *total payroll*.

O *total payroll* é constituído pelo essencial dos custos (directos e indirectos) com a mão-de-obra, incluindo salários e outras remunerações e excluindo as contribuições patronais para fundos de pensões, as regalias sociais e os custos com a SH&ST.

Em Portugal, é muito provável que o conceito de massa salarial seja mais abrangente do que no Japão. De acordo com os indicadores do Balanço Social (Quadro 2 do modelo n.º 1218 da INCM) bem como com o *Inquérito Quadrienal ao Custo da Mão-de-Obra* (Portugal. Ministério do Trabalho e Solidariedade, 1999), na composição dos *custos totais com o pessoal* há que distinguir os custos directos e os custos indirectos. Nos *custos directos* incluem-se explicitamente: (i) *ganho directo* (= remuneração base + subsídios e prémios regulares; (ii) *subsídios e prémios irregulares* (por ex., subsídios de férias e de Natal, participação nos lucros, distribuição de títulos, outras gratificações e pagamentos não periódicos); (iii) *pagamentos em género* (por ex., alimentação, habitação, gasolina).

Quadro II. 34 — Custos da Saúde (incluindo a SH&ST) por trabalhador, em quatro empresas japonesas (1995) Unidade: \$ Dólar (EUA)

Empresa	A (Indústria automóvel)	B (Indústria química)	C (Indústria electrónica)	D (Transportes ferroviários)	Média (A + B + C + D)
Custos					
Custo médio anual do pessoal (a)	98700	62900	67800	58200	71900
Custos directos da Saúde + SH&ST (b)	4520	2750	3800	3600	3668
Custos indirectos da Saúde + SH&ST (c)	535	40	277	146	250
Total dos custos da Saúde + SH&ST (d=b+c)	5055	2790	4077	3746	3918
Índice de Saúde + SH&ST (d/a) (%)	5.1	4.4	6.0	6.4	5.5

Fonte: Adapt. de Muto *et al.* (1998. 256)

Nos *custos indirectos* da mão-de-obra, estão incluídos os seguintes: (iv) *encargos legais, contratuais, convencionais e facultativos* a cargo da entidade patronal: por ex., contribuições patronais para a Segurança Social, prémio de seguro de acidentes de trabalho e outros montantes contratuais, convencionais e facultativos para regimes complementares de segurança social, nomeadamente privados; (v) *outros custos de carácter social*, tais como despesas de funcionamento dos serviços sociais; despesas liquidas ou subsídios para cantinas e outros serviços de aprovisionamento; despesas com instalações de serviços de carácter educativo, cultural e recreativo; despesas de manutenção e subsídios para creches, jardins de infância e escolas; despesas com subsídios ou bolsas de estudo concedidas aos trabalhadores e seus descendentes; outros custos sociais; (vi) *custos com a formação profissional* (quer de aprendizes e praticantes ligados ao estabelecimento por um contrato quer de trabalhadores ao serviço da empresa), desde que exclusivamente suportadas pela entidade empregadora (deduzidas, portanto, de eventuais subsídios); (vii) *outros custos com o pessoal* (montante das despesas efectuadas com o transporte de pessoal de casa para o trabalho e vice-versa, vestuário de trabalho, recrutamento).

Voltando aos estudos de caso japoneses, há que referir que, para a estimativa dos *custos indirectos*, foi tido em conta o tempo de trabalho perdido por cada trabalhador no âmbito das

actividades e programas de saúde (por ex., tempo despendido nas reuniões da Comissão de SH&ST, tempo de espera no gabinete do médico do trabalho, tempo gasto nas sessões de educação para a saúde ou outras actividades de promoção de saúde). Por fim, os custos indirectos foram calculados multiplicando o tempo pelo salário médio dos trabalhadores (Muto *et al.*, 1998. 255).

De acordo com o *Quadro II.35*, o prémio do seguro de saúde/doença constituía, em média, mais de dois terços dos custos directos (que, por sua vez, representavam 94% do total dos custos da Saúde, incluindo a SH&ST). Em segundo lugar, vinham os encargos com o seguro de acidentes de trabalho: cerca de 15%.

Quadro II. 35 — Estrutura dos custos directos da Saúde (incluindo a SH&ST) por trabalhador, em quatro empresas japonesas (1995) (%)

Empresa	A (Indústria automóvel)	B (Indústria química)	C (Indústria electrónica)	D (Transportes ferroviários)	Média (A + B + C + D)
Custos					
Prémio de seguro de saúde/doença	68.6	80.0	73.7	52.8	68.2
Prémio de seguro de acidentes de trabalho	25.0	9.5	12.1	9.4	14.9
Profissionais de saúde (médicos e não médicos)	3.9	5.1	8.2	2.2	4.8
Instalações e equipamentos	1.1	1.8	0.5	0.6	1.0
Exames de saúde (periódicos e ocasionais)	0.8	0.7	2.6	2.8	1.8
Administração geral	0.4	0.7	0.3	0.3	0.4
Melhoria das condições de trabalho	0.0	0.7	1.6	27.8	7.4
Melhoria da organização do trabalho	0.0	1.1	0.5	3.3	1.2
Educação/Promoção da saúde	0.0	0.4	0.5	0.8	0.4
Total (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total (\$ Dólar EUA)	\$ 4520	\$ 2750	\$ 3800	\$ 3600	\$ 3668

Fonte: Adapt. de Muto *et al.* (1998. 256)

Quadro II. 36 — Comparação dos custos directos da Saúde (incluindo a SH&ST) no Japão, por trabalhador (1995), segundo duas fontes
Unidade: \$ Dólar (EUA)

Custos directos	Muto et al. (1998)	%	FJAP (1996)	%
Custo médio do pessoal (a)	71900	100.0	61609	100.0
Prémio de seguro de saúde/doença (b)	2500	3.5	2278	3.7
Prémio de seguro de acidentes de trabalho (c)	548	0.8	329	0.5
Organização e funcionamento dos serviços de SH&ST (d)	620	0.9	103	0.2
Prestação de cuidados de saúde (e)	-	0.0	226	0.4
Custos directos específicos da SH&ST (g=c+d+e)	1168	1.6	658	1.1
Total (f=b+c+d+e)	3668	5.1	2936	4.8

Fonte: Adapt. de Muto *et al.* (1998. 257)

Os resultados respeitantes a estas quatro empresas podem, entretanto, ser comparados com os do inquérito anual sobre os custos da Saúde (incluindo a SH&ST), levado a cabo pela Federação Japonesa das Associações Patronais (abreviadamente, FJAP) (*Quadro II.36*).

Os *custos directos* da Saúde (incluindo a SH&ST) das empresas no Japão, em meados da década de 1990, eram mais ou menos equivalentes aos dos EUA (que, por sua vez, andariam à volta dos 3500 dólares, por trabalhador, em 1994). Esses custos representavam, em média, 5% do total do custo médio do pessoal.

Mais difícil era de estimar os *custos indirectos*: neste caso apontava-se apenas para 6% do total dos custos da saúde, o que parece pecar por defeito. Os próprios autores reconheciam que, na literatura sobre este tópico, os custos indirectos podiam ir de 20% dos custos totais a dez vezes mais do que os custos directos (Muto *et al.*, 1998. 257).

Se excluirmos o *prémio de seguro de saúde/doença* (que, só por si, representava mais de dois terços do total dos custos directos), o *índice de SH&ST* (=Custos directos específicos da SH&ST / Custo médio do pessoal) andaria à volta de 1.5% no Japão, em meados da década de 1990.

Um outro estudo japonês debruçou-se sobre a análise de custo/benefício das medidas de prevenção dos riscos profissionais. Dos 1368 questionários postais que foram enviados a empresas e estabelecimentos pela *Japan Industrial Safety and Health Association* (JISHA), foram considerados como válidas 139 respostas (10.9%). A amostra abrangia mais de 100 mil trabalhadores (média por empresa ou estabelecimento:732), com uma média etária de 39.3 anos, um salário médio mensal à volta de 3300 dólares e uma média de horas semanais de 8.15. Mais de 90% das empresas e estabelecimentos pertenciam à indústria transformadora (n=127) (JISHA, 2000).

Quadro II. 37 - Montante médio dos custos e benefícios da SH&ST por empresa ou estabelecimento no Japão (n=139) (*)

Custos	%	Benefícios	%
1. Medidas de prevenção e protecção	75.2	1. Efeito primário: Eliminação ou redução dos acidentes	83.7
2. Acidentes	24.8	2. Efeito secundário: Melhoria da produtividade e qualidade, prestígio e outros	16.3
Total (em milhões de dólares)	\$ 2.42	Total (em milhões de dólares)	\$ 6.54
Custo médio por trabalhador (em \$ dólares)	c. \$ 3310	Benefício médio por trabalhador (em \$ dólares)	c. \$ 8930

(*) N° médio de trabalhadores a tempo inteiro: 732

Fonte: Adapt. de JISHA (2000)

Em média, as empresas da amostra gastaram, no ano económico de 1999, 2.4 milhões de dólares com a SH&ST: 25% do total dos custos têm a ver com os acidentes de trabalho e doenças profissionais e os restantes 75% com a prevenção dos riscos profissionais, incluindo a organização e o funcionamento dos serviços de SH&ST. Em contrapartida, os benefícios resultantes da aplicação de medidas de prevenção e protecção seria 2.7 vezes superior aos custos (Quadro II.37).

Fazendo uma extrapolação destes resultados para o universo empresarial japonês, os autores do estudo concluem que o total dos custos anuais com a SH&ST seria da ordem dos 107 mil milhões de dólares: 62 mil corresponderiam a medidas de prevenção dos riscos profissionais (57.9%) ; e 45 mil a custos provocados pelos acidentes (42.1%). Este montante é equivalente a 2.2% do PIB japonês. Em contrapartida, os benefícios com a SH&ST seriam 2.7 vezes superiores aos custos, o equivalente ao VAB (Valor Acrescentado Bruto) do sector japonês dos transportes e comunicações. O rácio custo/benefício obtido seria, pois, claramente positivo (1 : 2.7).

De acordo com este estudo, que segue uma metodologia diferente da adoptada por Muto *et al.* (1998), as empresas japonesas despenderiam, por trabalhador e por ano, cerca de 2500 dólares (Quadro II.38), valor esse que pode pecar por excesso, já que no questionário usado pela JISHA (2000) não se faz a distinção (fundamental, em termos contabilísticos) entre

despesas de capital e despesas correntes. Nas primeiras dever-se-á incluir a aquisição de máquinas e equipamentos com protecção colectiva, além do equipamento de protecção individual (EPI): esta rubrica, só por si, representaria quase 50% do total. Em termos contabilísticos, não parece legítimo afectar as despesas de capital a um único exercício.

Quadro II. 38 - Estrutura dos custos da SH&ST no Japão (em dólares e em % do total)

I. Medidas de prevenção e protecção		II. Custos provocados pelos acidentes	
Item	%	Item	%
Protecção colectiva (máquinas e equipamentos) e individual (EPI)	48.7	Prémios de seguros de AT (incluindo complementos)	62.6
Custos de pessoal (Comissão de SH&ST, grupos de avaliação de riscos, etc.)	21.6	Prémios de seguros do ramo não-vida (11)	18.2
Organização e gestão dos serviços de SH&ST (incluindo remuneração dos profissionais)	14.4	Reparações em caso de responsabilidade civil (13)	7.8
Controlo de riscos	5.5	Remunerações complementares	3.7
Outros custos	5.1	Redução do VAB resultante da perda de capacidade de trabalho	2.1
Formação em SH&ST	2.5	Danos causados às próprias vítimas de acidentes	1.6
Programas e actividades de SH&ST (4)	2.4	Custos por litigação judicial	1.4
Primeiros socorros	0.2	Danos e perdas em máquinas e equipamentos	1.4
		Dias perdidos por colegas e superiores	1.2
Total (em dólares) (*)	\$ 1.82	Total (em dólares)	\$ 0.60

(*) Encargos c/ a SH&ST 'per capita' = \$ 1.820.000 x 732 trabalhadores (média) = \$ 2486

Fonte: Adapt. de JISHA (2000)

Se o principal benefício da SH&ST ainda é a eliminação ou redução dos acidentes de trabalho (84% do total), não é de ignorar ou desprezar os restantes benefícios colaterais ou de nível secundário, tais como: (i) melhoria da produtividade; (ii) melhoria da qualidade; (iii) melhoria da motivação no trabalho e outros aspectos do moral do pessoal, melhoria das relações hierárquicas de trabalho e melhoria das relações entre colegas; (iv) melhoria da imagem da empresa e reforço do seu prestígio no mercado e na comunidade, efeitos no recrutamento de pessoal e outros benefícios a nível da avaliação do desempenho social da empresa; e, por fim, (v) benefícios resultantes da redução do risco de baixas precoces, atrasos, absentismo, *turnover* e doença (JISHA, 2000).

De acordo com os dados do *National Survey of Worksite Health Promotion Activities* de 1992, em apenas 12% dos locais de trabalho se fazia uma *avaliação formal* das actividades e programas de prevenção da doença e de promoção da saúde. Na brochura *Health Promotion Goes to Work* (1993), editada pelos serviços de saúde pública norte-americanos, há exemplos de avaliações de processo e de resultados que vão desde a informação meramente subjectiva até às análises altamente sofisticadas (incluindo a análise de custo/benefício e de custo/eficácia, *longitudinal cohort studies*, estudos de caso/controlo). Na literatura pode ser encontrada informação detalhada sobre a avaliação de alguns dos mais conhecidos programas de PST bem como a metodologia usada (U. S. Department of Health and Human Services, 1993; Canada. Health Canada, 1996?).

Em geral trata-se de análises de custo/benefício. Entre outras poderia citar-se o caso de empresas já aqui mencionadas, tais como: (i) *Travelers Insurance Company* (que introduziu o seu

Taking Care Program em 1986, abrangendo cerca de 36 mil empregados e pessoal reformado) (Golaszewski *et al.*, 1992); (ii) *Du Pont Company*, com cerca de 100 mil trabalhadores (*Health Horizons*, iniciado em 1981) (Bertera, 1990 e 1991); (iii) *Johnson & Johnson*, com 28 mil (*Live for Life*, iniciado em 1979) (Wilbur *et al.*, 1986; Blair *et al.*, 1986; Bly *et al.*, 1986; Shipley *et al.*, 1988; Breslow, 1990); *AT&T Communications*, 250 mil (*Total Life Concept*, 1983) (Spilman *et al.*, 1986; Spilman, 1988); General Motors, 4 fábricas de montagem, com 1500 a 3000 trabalhadores cada uma (*Wellness Program*) (Erfurt *et al.*, 1990; Erfurt, Foote e Heirich, 1991; Heirich *et al.*, 1993).

2.9.6. Portugal: dados do Balanço Social

2.9.6.1. Custos de pessoal

Em Portugal, não é fácil obter este tipo de dados, ou seja, saber qual é a proporção dos: (i) *custos directos e indirectos da Saúde* (incluindo a SH&ST) no total dos custos com o pessoal; (ii) *encargos específicos, directos e indirectos, da SH&ST* no total dos custos com o pessoal.

A única fonte com alguma informação potencialmente interessante, embora limitada, é o Balanço Social. Todavia, não há uma *rubrica específica* sobre os encargos (legais, contratuais, convencionais e facultativos) relativos ao *sistema de gestão da SH&ST*, quer no Balanço Social quer no Relatório Anual da Actividade dos Serviços de SH&ST.

Nas cerca de 2 mil maiores empresas sujeitas à obrigação legal de apresentação do Balanço Social, a parte dos *custos directos* (remuneração-base e outras remunerações, regulares e irregulares) representava, em 1996, 72.9% do total. O custo médio do pessoal situava-se nos 3145 milhares de escudos. Havia, naturalmente, variações quer no montante quer na composição desse custo médio, em função do sector de actividade. Por sua vez, o peso dos *custos indirectos* no total do custo médio anual com o pessoal andava nos 27% (15.4% na *Saúde e Acção Social*; 30.8% na *Construção Civil e Obras Públicas*).

No período de 1991-1999, o peso dos *encargos legais, contratuais, convencionais e facultativos*, no total dos custos com o pessoal, andava à volta dos 19.3%, com tendência para decrescer a partir de 1994. Notava-se, por outro lado, uma ligeira tendência, em 1998, para aumentar o peso relativo do salário directo (ou fixo) enquanto a parte variável da remuneração (subsídios e prémios irregulares, incluindo o pagamento em géneros) atingia os 13%.

Os custos com a *formação profissional* bem com *outros custos de carácter social* continuavam a representar, em média, cerca de 3.3% Mas enquanto os primeiros se mantiveram constantes (0.8%) ao longo do período da década de 1990, a evolução dos *outros custos de natureza social* foi mais irregular e imprevisível: 2.7% em 1991, 2.5% em 1995, 2.4% em 1999 (Graça, 2002).

Nos custos com a formação profissional e nos outros custos de natureza social não é possível discriminar os que são imputáveis ao *sistema de gestão da SH&ST*. O mesmo acontece, aliás, com as outras rubricas (por ex., *encargos legais, contratuais, convencionais e facultativos*).

No conjunto das empresas abrangidas pelo Balanço Social, constata-se que o custo médio anual do pessoal teve um crescimento superior a 60%, entre 1991 e 1999 passando de cerca de 2100 contos para 3722 contos, muito embora a evolução do *salário directo* (salário base + remunerações regulares) tendesse a estabilizar-se nos 60% da massa salarial durante a

primeira parte da década de 1990. Por outro lado, o peso dos custos com pessoal no *Valor Acrescentado Bruto* (VAB) continuava a ser muito elevado, condicionando a melhoria da *produtividade do trabalho*: esse valor era superior a 60% em mais de metade das empresas. Em 2000, o custo médio anual do pessoal (N=840 495) das empresas (N= 2204) do balanço social situava-se nos 19230 euros.

Em 1993, cerca de 60% das empresas com 100 ou mais trabalhadores despenderam 9.2 milhões de contos em *complementos de subsídio por doença e doença profissional*, ou seja, mais de 20 contos, por trabalhador (Graça, 1995).

Também não se dispõe de informação desagregada de modo a poder calcular o montante, por trabalhador e por ano, dos *descontos patronais obrigatórios para a Segurança Social* (taxa única de 23.75%, incluindo 2.1% para cobrir as eventualidades de doença e de doença profissional), bem como o *seguro de acidentes de trabalho*, que é obrigatório por lei.

Por outro lado, e contrariamente ao que se passa no Japão e nos EUA, o *seguro de saúde/doença* não está generalizado nas nossas empresas; e naquelas onde existem (por ex., multinacionais e grupos económicos nacionais), o seu grau de cobertura das despesas médicas e hospitalares é limitado. Além disso, ainda é visto apenas como uma forma de *protecção social complementar*. E, em muitos casos, é considerado um *fringe benefit* de que só beneficiam certas categorias de trabalhadores (por ex., pessoal dirigente, quadros superiores e intermédios).

Lançado no mercado em meados da década de 1980, o seguro de saúde/doença conheceu uma certa expansão a partir de 1989 e sobretudo a partir de 1995. Em 2000 o número de apólices atingia já quase as 363 mil, para um total de segurados da ordem dos 1.4 milhões (62.4% no âmbito de seguro de grupo). O volume de prémios brutos deste ramo era então 248 milhões de euros (cerca de 175 euros por segurado) (Portugal. Instituto de Seguros de Portugal, 2002). Admitindo que uma parte dos trabalhadores das empresas abrangidas pelo balanço social estejam também cobertas pelo seguro de saúde/doença (grupo), o seu custo médio não deverá ultrapassar 1% da massa salarial.

Quadro II. 39 – Estatísticas dos seguros de acidentes de trabalho (1999 e 2000)

Ano	2000	1999	Δ %
Prémios brutos (1000 €)	636 213	462 084	+ 37.7
Custos c/ sinistros brutos (1000 €)	522 835	375 784	+ 39.1
Nº de apólices (seguro directo)	647 924	543 822	+ 19.1
Salários seguros	31 914 682	21 565 581	+ 48.0
Prémio/salário (%)	1.99	2.14	- 7.0
Nº de sinistros ocorridos	250 299	236 111	+ 6.0

Fonte: Portugal. Instituto de Seguros de Portugal (2002)

Estes valores, de qualquer modo, não se podem comparar com os do *seguro de acidentes de trabalho*. Ainda de acordo com a mesma fonte, os prémios brutos de seguros de acidentes de trabalho ultrapassavam os 636 milhões de euros em 2000 e o encargo para o tomador do seguro (empregador ou trabalhador independente) andaria à volta dos 2% da massa salarial (*Quadro II.39*).

No Balanço Social das empresas não é possível desagregar o montante dos encargos com o *seguro de saúde/grupo* do total dos custos com os *seguros especiais* (vida e acidentes pessoais, além da saúde) (vd. modelo n.º 1218 da INCM: 5. *Protecção social complementar*, 5.4. *Outras modalidades de apoio social*, 5.4.4. *Seguros especiais*).

Também não é possível distinguir, no quadro 2 do referido modelo (*Custos com pessoal*), os *encargos legais, convencionais e facultativos* a cargo da entidade empregadora (2.4), onde se incluem os *prémios de acidentes de trabalho* e os *descontos obrigatórios para a Segurança Social* (TSU—Taxa Social Única cujo montante máximo é de 34.75%, sendo imputado 23.75% à entidade patronal). De acordo com a desagregação da TSU, feita pela Comissão do Livro Branco da Segurança Social (1999. 64), com base na Conta de 1995, 3.1% dos descontos dos empregadores e dos trabalhadores destinam-se a cobrir os custos das eventualidades *doença* (2.6%) e *doença profissional* (0.5%). Proporcionalmente, estas duas eventualidades têm um custo fixo de 2.1% ($=3.1 \times 23.75 / 34.75$), para a entidade patronal (Portugal. Comissão do Livro Branco da Segurança Social, 1999).

Como é sabido, os encargos com a prestação de cuidados de saúde, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), são financiados pelo Orçamento Geral do Estado e, portanto, são também suportados pelas empresas, embora indirectamente, através dos impostos. Nalguns casos e para algumas categorias de trabalhadores (por ex., quadros superiores e intermédios), verifica-se um duplo encargo em relação à protecção na saúde/doença: descontos (obrigatórios) para a Segurança Social, e prémio (facultativo) de seguro de saúde/doença (grupo).

Ainda no âmbito do Balanço Social, há que referir o quadro 3.3 (*Actividade da medicina do trabalho*), e em particular o item 3.3 (*Despesa com a medicina do trabalho*). Não é feita a distinção entre despesas *correntes* (v.g., remuneração dos profissionais de saúde ocupacional, materiais consumíveis, exames de saúde) e despesas de *capital* (v.g., viaturas, instalações, máquinas e equipamentos).

Este item (actividade da medicina do trabalho) presta-se, de resto, a confusão, havendo um claro risco de sobreposição de informação com os indicadores que são pedidos no quadro 3.7 (*Custos com a prevenção de acidentes e doenças profissionais*), a saber: 3.71. *Encargos de estrutura* da medicina do trabalho e segurança no trabalho; 3.72. *Custos com equipamento de protecção* (presume-se que seja apenas o EPI-Equipamento de Protecção Individual, embora o empregador deva privilegiar a protecção colectiva); 3.73. *Custos com formação* em prevenção de riscos; 3.74. *Outros custos* (directa ou indirectamente ligados à prevenção).

No quadro 5.4 (*Outras modalidades de apoio social*), há ainda um outro item relativo à *saúde* (5.4.3) que também é uma verdadeira *black box*: pode incluir as mais diversas rubricas, desde a assistência médica e medicamentosa até aos programas educação para a saúde (álcool, tabaco, nutrição, etc.), passando pelos *Employee Assistance Programs* (EAP) e outros programas que não fazem parte das chamadas obrigações legais do empregador em matéria de SH&ST (por ex., formação em gestão do stresse, programa de actividade física).

Por tudo o que ficou dito (e confirmando a grande confusão conceptual de que enfermam uma boa parte dos indicadores do Balanço Social), é compreensível que a generalidade das empresas portuguesas (mesmo as maiores e até as melhores!) não esteja em condições de saber verdadeiramente qual é o montante (anual) dos custos com a saúde dos seus trabalhadores (incluindo os encargos obrigatórios com a SH&ST). Mas, muitas delas, no mínimo têm de encargos fixos relacionados com a saúde (incluindo a SH&ST) da ordem dos

5%, assim distribuídos: 2.1% para a protecção na doença e doença profissional; 2% para o seguro de acidentes de trabalho; 1% para o seguro de saúde/doença (grupo). Para um custo médio anual, por trabalhador, de 19230 euros, isto representaria cerca de 980 euros/ano.

2.9.6.2. Índice de SH&ST

Quanto é que as empresas portuguesas despendem mais especificamente com a organização e funcionamento dos serviços de SH&ST? Esse valor era ainda muito baixo no princípio da década de 1990: (i) quase metade das empresas (empregando mais de 53% da população trabalhadora abrangida pelo Balanço Social) despendia *menos de 20 mil escudos por trabalhador*, em 1993, em actividades de prevenção dos riscos profissionais, incluindo a organização e o funcionamento dos serviços de SH&ST; (ii) uma em cada quatro empresas (com um volume de emprego de 27% em relação ao total) *nem sequer gastava, em média, cinco mil escudos*; (iii) em relação às restantes empresas (cerca de 37%), não havia sequer quaisquer elementos informativos (Graça, 1995). Para se ter um elemento de comparação, refira-se que, nesse ano, vinte mil escudos representavam 0.75% da massa salarial ou do custo médio anual do pessoal.

Mesmo sabendo-se que os diversos anos não são, em rigor, comparáveis entre si, dadas as mudanças anualmente operadas no universo das empresas, são de assinalar algumas tendências na primeira metade da década de 1990.

Tome-se, por ex., o *índice de SH&ST* (=Custos com a medicina do trabalho + Custos com a prevenção dos acidentes e doenças profissionais) / Total de custos com o pessoal) (*Quadro II.40*): (i) em 1991 era de 1.0, baixou para metade (0.5) em 1992 para depois se manter nos 0.8 em 1995; (ii) por dimensão (ou volume de emprego), esse índice em 1991 era bastante maior nas empresas com 500 ou mais trabalhadores (1.1), relativamente às empresas com 100 a 199 trabalhadores (0.7); em 1995, essa diferença reduziu-se substancialmente (0.7 e 0.6, respectivamente); (iii) apenas nas empresas com 200 a 499 trabalhadores, houve um ligeiro aumento do índice de SH&ST: passou de 0.8 (em 1991) para 0.9 (em 1995), embora com uma quebra acentuada em 1992 (0.4).

A leitura destes dados sugere que, no período de 1991/95, as empresas abrangidas pelo Balanço Social tinham vindo a reduzir o seu esforço financeiro no domínio da SH&ST, pelo menos em termos relativos. A desvalorização do índice de SH&ST era mais acentuada nas empresas com 500 ou mais trabalhadores (-0.4) e no ano de 1992 (-0.6) em relação a 1991. Em contrapartida, o custo médio com a prevenção dos riscos profissionais em percentagem do total dos encargos com a SH&ST (incluindo as despesas de organização e funcionamento da medicina do trabalho) terá duplicado, passando de 11.4% (em 1991) para 23.8% (em 1995) (*Quadro II.41*).

Quadro II.40 – Índice de SH&ST, segundo a dimensão da empresa (1991-1995)

Ano	Dimensão	1991	1992	1993	1994	1995	Diferença 1995/91
	100-199	0.7	0.3	0.7	0.6	0.6	-0.1
	200-499	0.8	0.4	0.8	0.8	0.9	+0.1

500 ou +	1.1	0.5	1.0	0.8	0.7	-0.4
Total	1.0	0.5	0.9	0.8	0.8	-0.2

Fonte: Portugal. Ministério do Emprego e Segurança Social (1996. 37)

Quadro II. 41 – Custo médio com a prevenção dos acidentes e doenças profissionais, em percentagem do total dos encargos com a SH&ST, por dimensão (1991-1995)

Ano	Dimensão	1991	1992	1993	1994	1995	Diferença 1995/91
	100-199	6.0	6.4	15.9	14.1	16.5	+10.5
	200-499	8.0	8.0	19.6	20.5	24.1	+16.1
	500 ou +	13.9	15.3	31.6	25.9	25.6	+11.7
	Total	11.4	12.3	26.6	22.8	23.8	+12.4

Fonte: Portugal. Ministério do Emprego e da Segurança Social (1996. 37)

A leitura da *Quadro II.41* é interessante por outro motivo: (i) em 1991, as despesas com a organização e o funcionamento da *medicina do trabalho* absorviam quase 90% do orçamento dos serviços de SH&ST, confirmando a natureza medicocêntrica destes serviços; (ii) essa proporção era maior nas empresas com 100 a 199 trabalhadores (94%) e nas empresas com 200 a 499 trabalhadores (92%); (iii) em 1995, as despesas com a medicina do trabalho representavam apenas 76% do total, embora nas empresas mais pequenas essa proporção continuasse a ser maior (84%).

Só há uma explicação plausível para esta redução do peso da medicina do trabalho no total dos encargos com a SH&ST: (i) a partir de 1991, com a promulgação do D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro, e com a reestruturação de muitas empresas, terão começado a ser desmantelados os *serviços internos* de medicina do trabalho até então existentes (e que se enquadravam na legislação que remontava ao período de 1962/67); (ii) ao mesmo tempo, aumentava a oferta de *empresas prestadoras de serviços externos de SH&ST*, em particular de medicina do trabalho.

Entre 1996 e 2000, o índice médio anual de SH&ST situou-se nos 0.8% da massa salarial, independentemente do sector de actividade (CAE Rev. 2) e da dimensão da empresa. Em 1998, por exemplo, as poucas excepções eram as empresas com 500 ou mais trabalhadores das indústrias extractivas (3.7) e das indústrias transformadoras (1.3). De entre estas últimas havia diferenças acentuadas por ramo de actividade, quando comparamos as empresas com 500 ou mais trabalhadores: por exemplo, a indústria petrolífera (CAE DF) (3.2) gastava cinco vezes mais em SH&ST do que a indústria do calçado (CAE DC) (0.6); a indústria automóvel (CAE DM) (2.5) também investia cinco vezes mais do que a indústria têxtil (CAE DB) (0.5).

As empresas do sector terciário também apresentavam um índice de SH&ST inferior às do sector produtivo: por exemplo, as maiores empresas da banca e dos seguros (CAE J) gastavam três vezes menos (0.6) do que as empresas, de igual dimensão, da indústria química (CAE DG) (1.7) (Portugal. Ministério do trabalho e da Solidariedade, 2001). Mesmo assim estes valores são irrisórios quando os comparamos aos custos (directos, indirectos e ocultos) do absentismo que poderão ir até aos 5% do PIB! (*Caixa II.5*).

Caixa II. 5 – Estimativa dos custos das baixas por doença em termos de VAB teoricamente perdido

Como já foi referido atrás, no período de 1991 a 1998, a Segurança Social pagou, em média, anualmente, só de subsídio por doença (excepto tuberculose), o correspondente a 60 milhões de dias (Máximo: 66.5 milhões em 1991; mínimo: 50.7 milhões em 1998).

Como termo de comparação, refira-se que: (i) no mesmo período a proporção de dias de subsídio de maternidade processados, em relação ao total de dias subsidiados por doença, foi de 9.3% em média (cerca de 5.6 milhões de dias por ano); (ii) em 1998, as duas mil maiores (e, em princípio, melhores) empresas do país, com 100 ou mais trabalhadores, e um volume de emprego de cerca de 777 mil trabalhadores, foram responsáveis por um VAB (Valor Acrescentado Bruto) de mais de 7.2 mil milhões de contos (mais de um terço do PIB nominal desse ano, que era da ordem dos 20240 milhões de contos); (iii) o número de dias efectivamente trabalhados foi de 225 (em média, por trabalhador), o que correspondeu a mais de 1335 milhões de horas ou cerca de 175 milhões de dias; (iv) a produtividade média do trabalho, nas empresas do balanço social de 1998, era de 9268.6 contos (o equivalente hoje a 46232 euros); (v) o VAB médio diário, por trabalhador, era da ordem dos 41.1 contos (cerca de 205 euros).

Embora a produtividade do trabalho varie de empresa para empresa e de sector para sector, pode-se fazer um cálculo grosseiro da produtividade média do trabalho em Portugal nesse ano, dividindo o PIB nominal (20240 milhões de contos) por 4863 mil trabalhadores. Nesse caso o VAB diário será da ordem dos 18.4 contos (91.8 euros). A partir daqui pode-se calcular o VAB teoricamente perdido com as baixas por doença. Adicione-se agora aos 50.7 milhões de dias de subsídio de doença mais meio milhão de dias de subsídio por tuberculose e mais 2.3 milhões de dias, não pagos pela Segurança Social, correspondentes ao período de espera de 3 dias: o total são, pois, 53.5 milhões de dias de trabalho perdidos que, teoricamente, poderão ter custado à economia nacional um máximo de 984.4 milhões de contos (4910.2 milhões de euros), ou seja, 4.9% do PIB!

Fonte: Portugal. Instituto de Informática e Estatística da Solidariedade (2000); Portugal. Ministério das Finanças (2003)

