

# Políticas integradas de protecção e promoção da saúde e segurança do trabalho nas empresas portuguesas

LUÍS GRAÇA

Foi construída uma tipologia com cinco grupos principais de políticas, programas e actividades: *A* (Higiene & Segurança no Trabalho/Melhoria do ambiente físico de trabalho); *B* (Avaliação de saúde/Vigilância médica/Prestação de cuidados de saúde); *C* (Prevenção de comportamentos de risco/Promoção de estilos de vida saudáveis); *D* (Intervenções a nível organizacional/Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho); *E* (Actividades e programas sociais e de bem-estar). Foi concebido e desenhado, para ser autoadministrado, um questionário sobre Política de Saúde no Local de Trabalho. Foram efectuados dois *mailings*, e um *follow-up* telefónico. O trabalho de campo decorreu entre a Primavera de 1997 e o Verão de 1998. A amostra ( $n = 259$ ) é considerada representativa das duas mil maiores empresas do país. Uma em cada quatro era uma multinacional. A taxa de sindicalização rondava os 30% da população trabalhadora, mas apenas 16% dos respondentes assinalou a existência de representantes dos trabalhadores eleitos para a S&ST (abreviadamente, Saúde & Segurança do Trabalho). É o sistema de gestão integrado de S&ST, e não o tamanho da empresa ou outra característica sociodemográfica ou técnico-organizacional, que permite prever a existência de empresas, mais activas e inovadoras no domínio da protecção e promoção da saúde no trabalho.

**Palavras-chave:** promoção da saúde no local de trabalho; saúde ocupacional; saúde e segurança do trabalho; política de saúde; Portugal.

□

Luís Graça é professor auxiliar da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Entregue em Março de 2007.

Na minha tese de doutoramento em saúde pública (ramo de especialização: saúde ocupacional), procurei mostrar que as empresas com um sistema integrado de gestão da saúde e segurança do trabalho (abreviadamente, S&ST) eram também, no final da década de 1990, as empresas potencialmente mais activas e inovadoras, ou pelo menos com:

- i) maior número de políticas, programas e actividades de saúde;
- ii) maior índice de saúde (Graça, 2004).

Por outro lado, as empresas com um sistema integrado de gestão da S&ST eram também as que tinham um mais elevado grau de modernização do seu sistema técnico e organizacional de trabalho. A integração do sistema de gestão da S&ST era, por sua vez, independente da modalidade de organização e funcionamento do(s) serviço(s) de S&ST (basicamente, serviços internos ou externos).

Para o efeito, levei a cabo um estudo, não experimental, transversal, descritivo e analítico, baseado no inquérito por questionário postal.

O questionário sobre *Política de Saúde no Local de Trabalho* foi concebido e desenhado para ser autoadministrado, ou seja, aplicado através de *mailing* directo, personalizado, dirigido ao representante máximo da empresa. Foram efectuados dois *mailings*, com *follow-up* telefónico de cerca de 10% da amostra do 1.º *mailing* ( $n = 1500$ ). O trabalho de campo decorreu entre a Primavera de 1997 e o Verão

de 1998. O questionário tinha cinco secções num total de 38 perguntas:

- a) caracterização da empresa (ou estabelecimento);
- b) sistema de gestão da S&ST;
- c) políticas, programas e actividades de saúde;
- d) planeamento, implementação e avaliação das actividades;
- e) planos e prioridades.

A amostra deste inquérito sociológico foi constituída por 259 respondentes, representando cerca de 300 empresas portuguesas, de controlo accionista público, privado e estrangeiro. A taxa de resposta aproximou-se dos 20%, o que é aceitável por comparação com outros estudos congéneres, a nível nacional ou internacional. O peso económico e social dos respondentes era considerável, face a indicadores como o volume de emprego, o volume de vendas líquidas, o montante do capital social, o montante da massa salarial bem como o valor acrescentado bruto, equivalente a mais de 8% do PIB nominal. Além disso, 45% dos respondentes constavam da lista das *Maiores e Melhores da Exame 500/97*. Uma em cada quatro eram empresas ou estabelecimentos de controlo accionista estrangeiro.

Tratava-se de uma boa amostra do universo das nossas duas mil maiores empresas, a avaliar pelas comparações feitas com fontes de informação administrativa, além da lista da *Exame 500/97*:

- a) Ficheiro da Dunn & Bradstreet (B&D);
- b) Ficheiro Central de Empresas e Estabelecimentos (FCEE);
- c) Quadros de Pessoal;
- d) Balanço Social.

A elevada percentagem, entre os respondentes finais, de gestores de topo e de nível intermédio (quase 90%), dava não só (i) uma indicação do grau de *empenhamento* que foi posto na resposta ao questionário, como inclusive constituía (ii) uma certa *garantia* de que as respostas reflectiam o ponto de vista da administração/direcção da empresa ou, pelo menos, da linha hierárquica e não propriamente o ponto de vista do *staff* (e, muito em particular, dos médicos do trabalho e demais profissionais de S&ST).

### Políticas, programas e actividades de S&ST

Por políticas, programas e actividades de saúde no trabalho entendia-se todo o tipo de iniciativas visando, directa ou indirectamente, (i) a prevenção dos riscos profissionais e (ii) a promoção da saúde dos trabalhadores.

Foi construída uma tipologia com cinco grupos principais de políticas, programas e actividades, identificados pelas cinco primeiras letras do alfabeto (entre parêntesis, indica-se o respectivo número de categorias ou itens). O total categorias ou itens era 61, correspondendo a um índice de realização de 100%.

- A — Higiene e segurança no trabalho/melhoria do ambiente físico de trabalho ( $n = 16$ );
- B — Avaliação de saúde/vigilância médica/prestação de cuidados de saúde ( $n = 11$ );
- C — Prevenção de comportamentos de risco/promoção de estilos de vida saudáveis ( $n = 11$ );
- D — Intervenções a nível organizacional/melhoria do ambiente psicossocial de trabalho ( $n = 12$ );
- E — Actividades e programas sociais e de bem-estar ( $n = 11$ ).

Era esperado que a *prevalência* de algumas dessas políticas, programas e actividades (nomeadamente as de tipo C e D) fosse menos provável na maior parte das nossas empresas, por razões endógenas ou exógenas, de natureza histórica, política, social, económica, cultural, etc. (Graça e Faria, 1992; Graça, 1995; Graça, 2000): por exemplo, programas como o *stress management*, o *fitness* ou o *smoking policy* não tinham sequer uma tradição europeia, nomeadamente até meados da década de 1990 (Wynne e Clarkin, 1992).

Em contrapartida, aquele tipo de programas estava amplamente divulgado nos locais de trabalhos dos EUA (Murphy, 1985; Fielding, 1989; Fielding e Piserchia, 1989; Lansbergis *et al.*, 1992). Outros programas e actividades, pelo contrário, tinham já uma tradição enraizada, tanto na Europa como em Portugal (por exemplo, programas e actividades de tipo A e B). Pedia-se que fossem apenas assinaladas as acções *realizadas* ou *em curso*.

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 Promoção da Saúde no Trabalho (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 no local de trabalho, 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 Lengermann, 1988). Num total de 247 respondentes, cerca de dois terços reportaram a existência de acti-

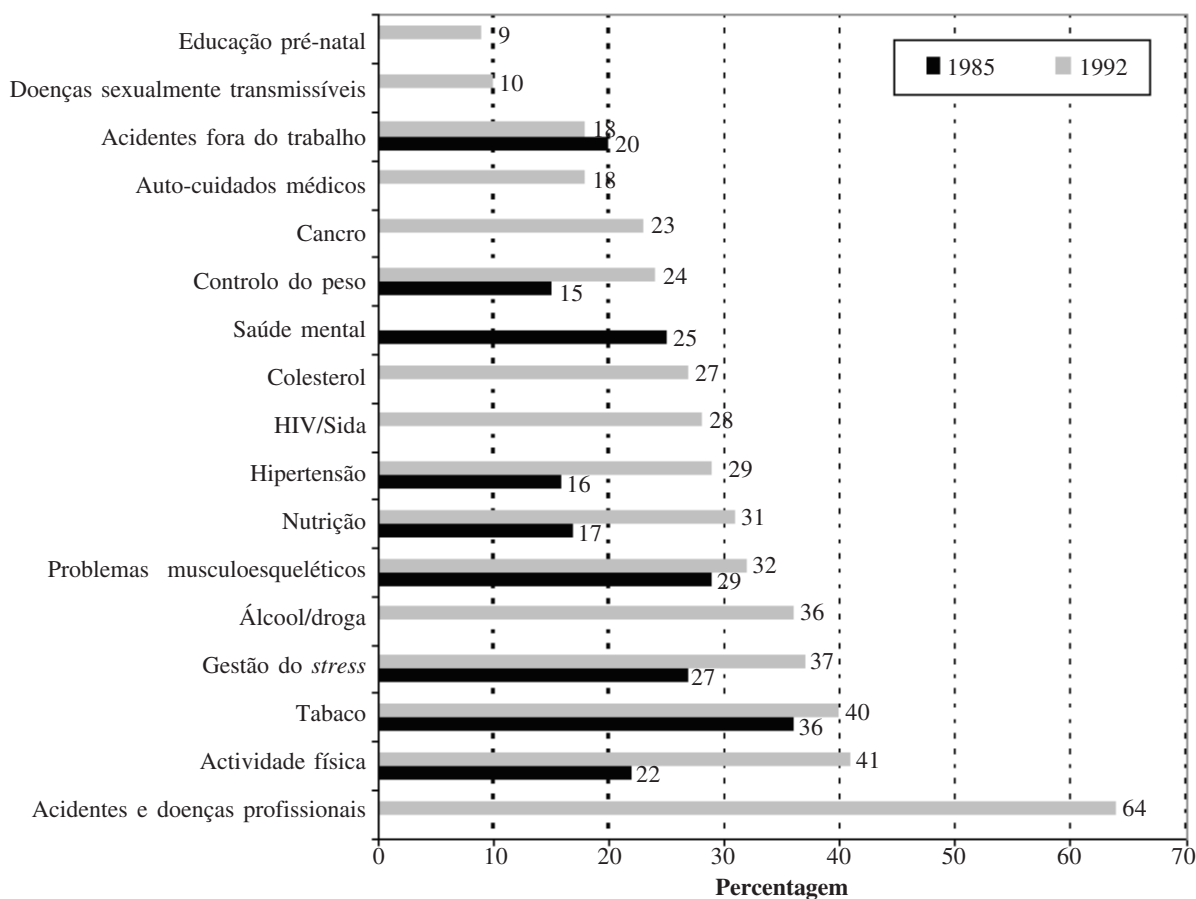
vidades de saúde no local de trabalho. Reflectindo o peso das grandes empresas na lista da *Fortune*, o número médio de actividades era de 7,9 num total possível de 19.

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 no local de trabalho (Fielding e Piserchia, 1989).

A amostra abrangeu 1358 locais de trabalho, com 50 ou mais trabalhadores, correspondendo a uma taxa de resposta superior a 83%, 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 ( $\geq 750$  trabalhadores) (Fielding e Piserchia, 1989; Fielding, 1990). Num segundo inquérito nacional realizado em 1992, também por iniciativa dos serviços de saúde pública verificava-se ter havido uma clara expansão dos programas mais típicos, os chamados *wellness programs*, orientados para o indivíduo e centrados nos estilos de vida (por exemplo, actividade física/*fitness*, consumo de tabaco, gestão do stress, hipertensão, nutrição) (Fielding, 1998). Na *Figura 1* comparam-se os resultados de 1985 com os de 1992.

**Figura 1**  
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: Adaptado de Fielding (1989 e 1998).

Outros, pelo contrário, eram identificados pela primeira vez (por exemplo, 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 S&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.

Nos EUA, 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 Nutebeam (1986), mas desapareceu da última versão (WHO, 1998). Se bem que o termo exista na língua inglesa desde meados do século 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 cuja origem remonta ao século V a. C., foram depois retomadas e reformuladas nos anos 60 e 70 por outros autores.

Originariamente, nos EUA, os *wellness programs* distinguíam-se de outros programas existentes no local de trabalho:

- a) *Occupational Safety and Health* (OSH), obrigatórios por lei e relacionados com as obrigações legais dos empregadores em matéria de prevenção dos riscos profissionais;
- b) *Employee Assistance Programs* (EAP), voluntários;
- c) *Drug Screening Initiatives* (DSI), (Conrad, 1987 e 1988)...Hoje o termo *Workplace Health Promotion* (WHP) tende a abarcar estas diferentes iniciativas... Houve, pois, um alargamento e enriquecimento do conceito de saúde no trabalho (O'Donnell, 1989 e 1996).

Em termos lógicos e cronológicos, pode, aliás, falar-se numa evolução de paradigmas de programas de promoção da saúde no trabalho (abreviadamente, PST) (Graça, 2004). Há uma *primeira geração* de programas de saúde, 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 remontam 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* (Roman e Blum, 1988; Akabas, 1998) e as actividades de S&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* (Conrad, 1988; Conrad e Walsh, 1992).

Uma *terceira geração* de programas tem mais a ver com a III fase dos serviços de S&ST, proposto no esquema dos finlandeses Matikainen e Rantanen (1996):

- a) há uma tentativa de abordagem integrada e multidisciplinar da saúde dos trabalhadores;
- b) há uma orientação para o desenvolvimento individual e organizacional;
- c) 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».

## A especificidade europeia

Fazendo o balanço daquele que foi provavelmente o maior projecto de investigação e desenvolvimento, levado a cabo na Europa, na primeira metade da década de 1990, no domínio da PST, pela Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, 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:

- a) muitas das actividades de saúde tinham mais a ver com a S&ST do que com a PST;
- b) a natureza e a frequência das actividades não podiam ser desligadas de factores macroestruturais, incluindo o país;
- c) o cumprimento da lei era apenas uma das múltiplas razões que podiam estar por detrás deste tipo de iniciativas;
- d) a participação dos trabalhadores e/ou seus representantes, a nível da concepção e planeamento dos programas, tendia a ser baixa;
- e) o maior protagonismo dos serviços de medicina do trabalho e dos próprios médicos do trabalho não favorecia a participação dos trabalhadores;
- f) não se fazia análise de custo/benefício, de maneira estruturada e sistemática;
- g) as empresas tendiam a apresentar mais do que um *prompting factor* e a referir também mais do que um benefício;
- h) 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.

De salientar ainda que o 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 S&ST, 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 das 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:

- a) a abordagem sistemática, pragmática, empírica, orientada para problemas concretos;
- b) a existência de líderes altamente motivados, não tendo necessariamente formação específica em saúde;
- c) o inequívoco apoio e o claro envolvimento da hierarquia da empresa a todos os níveis;
- d) a não dissociação das questões de saúde e das questões de gestão (incluindo a produção);
- e) a abordagem transdisciplinar e multisectorial (Wynne e Clarkin, 1992 ; Breucker *et al.*, 1998).

## Sistema de gestão da saúde e segurança no trabalho: a evolução do conceito e do modelo organizativo

Na Europa, a evolução dos serviços de saúde ocupacional (abreviadamente, SSO) (em inglês, *occupational health services*, OHS) 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 era apontada, no final da década de 1990, como um exemplo de sucesso no domínio da protecção e promoção da saúde dos trabalhadores (Ritva, 1996, Mizoue *et al.*, 1999; ILO; 2000).

Numa I fase (1850-1950), foram 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 e da enfermagem (associada aos primeiros socorros). 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 à 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 (Graça, 2002).

Na II fase (1960-1980), os SSO tornaram-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 homogêneos de trabalhadores) e o seu ambiente físico de trabalho. A ênfase era posta (i) nos exames médicos periódicos e (ii) na vigilância dos factores de risco ambientais (físicos, químicos e biológicos). O seu papel era mais activo, mas continuavam a ser medicocêntricos, se bem que mais especializados (abordagem monodisciplinar da medicina do trabalho, de acordo com o modelo francês). Os SSO nesta fase eram fundamentalmente *preventive health services* (Uva e Graça, 2004).

Na III fase (a partir de 1990), as alterações legislativas e a integração europeia obrigavam os SSO a seguir uma orientação mais compreensiva e integrada 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 incorporado na nova legislação finlandesa sobre S&ST em 1994 (ILO, 2000).

A S&ST passava a ser vista sobretudo como um recurso estratégico para o *desenvolvimento pessoal e organizacional*. Principais características dos SSO:

- a) tinham um papel proactivo e estruturador;
- b) eram multidisciplinares;
- c) estavam orientados não só para os riscos específicos, como para as doenças relacionadas com o trabalho;
- d) davam igualmente importância aos factores de risco de natureza psicossocial e organizacional;
- e) tinham também uma importante componente curativa (prevenção secundária e terciária, tratamento, reabilitação e reintegração);
- f) era dada ênfase tanto ao ambiente de trabalho como ao indivíduo e os seus estilos de vida;
- g) passava a haver um sistema de gestão da saúde dos trabalhadores;
- h) eram serviços integrados, orientados para a prevenção da doença e a promoção da saúde dos trabalhadores.

Na Alemanha como no resto dos países europeus 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 S&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* de 1997 (revista em 2005) (European Network for Workplace Health Promotion, 2005).

Uma das críticas correntes que se faz à S&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 S&ST pretende obviar aos inconvenientes da prática dos médicos do trabalho, engenheiros de segurança e outros técnicos, 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 gestores e dos trabalhadores); (ii) sobrevaloriza a *compliance* e o cumprimento das normas técnico-legais em detrimento das 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 S&ST podem ser sumariamente enumeradas desta maneira:

- a) alinhamento e congruência dos objectivos de S&ST com a estratégia e os objectivos da organização;
- b) integração da S&ST no sistema organizacional e nos seus diferentes subsistemas (*v.g.*, produção, vendas, finanças, recursos humanos);
- c) definição dos programas e actividades de S&ST num modelo de análise lógico e coerente;
- d) estabelecimento de um conjunto consistente de políticas, objectivos, programas e procedimentos, e sua eficiente e eficaz divulgação;
- e) criação de uma sistema de informação e documentação permitindo a realização de auditorias periódicas;
- f) 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 S&ST (IOHA, 1998; Graça, 2004).

## Integrar a saúde e a segurança dos trabalhadores no sistema de gestão da empresa: qualidade, ambiente e S&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 S&ST (em inglês, *Occupational Safety and Health Management 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), traduzidas para português, em edição do ex-IDICT (OIT, 2002).

O Sistema de Gestão da S&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 S&ST da empresa ou estabelecimento (Rodrigues, 2003). No entanto, em minha opinião, a filosofia que está subjacente a este documento (OHSAS 18 001: 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 S&ST. Recorde-se que, de acordo com o n.º 2 do art.º 272.º do Código do Trabalho em vigor, o sistema de gestão da S&ST visa explicitamente «a prevenção dos riscos profissionais e a promoção da saúde do trabalhador».

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 pretendem 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 S&ST é um subsistema do sistema integrado de ges-

tão 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 S&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 S&ST, tendo em vista a melhoria contínua dos resultados em matéria de protecção e promoção da saúde dos trabalhadores (ILO, 2001). De acordo com o modelo proposto pela OIT, são cinco os elementos estruturadores do sistema de gestão da S&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 S&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., tutela do trabalho e 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 S&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 S&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 S&ST; (iv) a melhoria contínua da eficácia, da eficiência e da qualidade do sistema de gestão da S&ST.

A *participação dos trabalhadores* é um elemento essencial do sistema de gestão da S&ST. Os trabalhadores e os seus representantes eleitos para a S&ST têm direito, no mínimo, à *informação, formação e consulta* em todas as matérias relacionadas com a S&ST e com o seu posto de trabalho. Para uma participação activa nas diferentes fases do processo de gestão da S&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) (Graça, 1993).

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 assumpção da liderança da S&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 S&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, 1999).

A avaliação é sobretudo: (i) a monitorização e avaliação de estruturas, processos e resultados; (ii) a auditoria periódica do sistema de gestão da S&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 S&ST (ILO, 2001).

### Índice de integração do sistema de gestão da S&ST

No meu estudo *Política(s) de saúde no trabalho: um inquérito sociológico às empresas portuguesas*, construí um índice ponderado de integração do sistema de

gestão da S&ST, a partir da combinação de 15 indicadores específicos (Graça, 2004).

Entendia-se por empresa com um elevado grau de integração do seu sistema de gestão da S&ST (índice > 0,067), aquela que (ou em que):

- a) fazia investimentos, a nível de processos, produtos, instalações e equipamentos, visando explicitamente a melhoria das condições de trabalho, em geral, e/ou das condições de S&ST, em particular;
- b) tinha um sistema de gestão da qualidade, de preferência certificado;
- c) dispunha de um sistema de informação sobre o absentismo, em geral, e sobre o absentismo por incapacidade temporária, em particular;
- d) preocupava-se com a incidência de estilos de vida não-saudáveis na sua população trabalhadora;
- e) reconhecia, de maneira efectiva e concreta, o direito à participação e consulta dos trabalhadores no domínio da S&ST;
- f) adoptava uma estratégia ou filosofia de acção integrada no domínio da S&ST, preocupando-se com a prevenção dos riscos profissionais e com a promoção da saúde dos trabalhadores;
- g) levava a cabo iniciativas que cobriam todos os cinco tipos de políticas, programas e actividades de saúde (A, B, C, D, E).

Uma empresa ou estabelecimento com elevado grau de integração do seu sistema de gestão da S&ST era ainda aquela ou aquele que (ou em que):

- a) dois dos principais *prompting factors* da sua política de saúde no trabalho eram explicitamente a filosofia de gestão ou cultura da empresa e a melhoria explícita da saúde dos colaboradores;
- b) a administração/direcção tinha um papel activo na gestão dos projectos de saúde;
- c) havia uma equipa de saúde ocupacional;
- d) os trabalhadores e/ou seus representantes eram, no mínimo, consultados nas fases de planeamento e de implementação das políticas, programas e actividades de saúde;
- e) havia uma política escrita de S&ST e/ou um orçamento específico de S&ST;
- f) a melhoria da saúde do pessoal era, explícita e reconhecidamente, um dos três principais benefícios obtidos pelas empresas na sequência da adopção de medidas com vista a melhorar a saúde e a segurança no trabalho;
- g) era atribuída muita ou bastante prioridade à saúde dos trabalhadores;
- h) e, por fim, havia informação quantitativa sobre os custos com o pessoal, incluindo os custos com a saúde e a segurança no trabalho.

## Índice de saúde

Se a pergunta C1 do questionário tinha a ver com a prevalência ou frequência das actividades, com a C2, pelo contrário, pretendia-se saber em que medida as referidas actividades (agrupadas de A a E) (i) visavam no todo ou em parte a saúde dos trabalhadores ou (ii) eram fundamentalmente ditadas por outras razões (extrínsecas): por exemplo, simples cumprimento do normativo legal e convencional em matéria de S&ST (Graça, 2004).

A título de exemplo, apresentavam-se três hipóteses plausíveis:

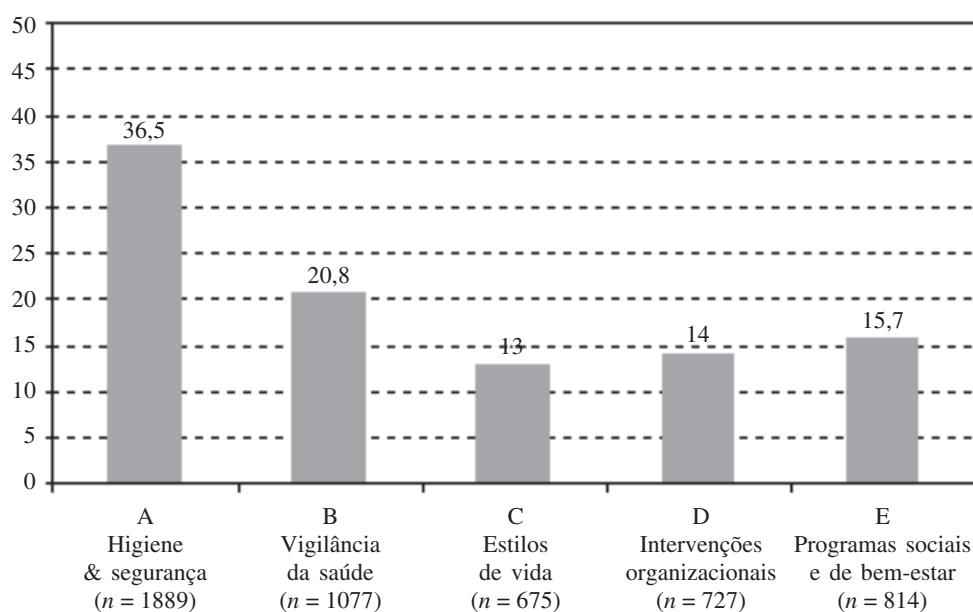
- algumas destas iniciativas poderiam ser ditadas exclusivamente por preocupações com a saúde, a segurança e o bem-estar dos colaboradores (por exemplo, vacinação contra a hepatite B, nutrição saudável, controlo do peso, prestação de cuidados de enfermagem, prevenção do tabagismo, informação e educação para a saúde);
- outras, pelo contrário, só parcialmente seriam ditadas por razões de saúde: ou seja, para além da saúde, poderia haver outras preocupações (de resto, inteiramente legítimas) por parte da empresa, tais como a melhoria da produtividade, da qualidade e da competitividade (por exemplo, TQM — Total Quality Management, reorganização do trabalho por equipas), o simples cumprimento da legislação e regulamentação no domínio da S&ST (por exemplo, exames periódicos de saúde, sistema de sinalização de S&ST), ou a extensão da protecção social (por exemplo, seguro de saúde/doença, apoio a actividades recreativas, desportivas e culturais);
- finalmente, um terceiro tipo de iniciativas poderiam não ter nada a ver com a saúde, segurança ou bem-estar dos trabalhadores (ou só em pequena parte): por exemplo, os testes de alcoolemia impostos por razões disciplinares, os testes de despistagem do consumo de droga nos exames de selecção, a proibição de fumar no local de trabalho ou o transporte casa-trabalho-casa.

O objectivo era elaborar um índice de saúde para cada um dos cinco grupos de actividades. O índice de saúde vai de 0,0 (*De modo nenhum visam a saúde*) a 1,0 (*Visam exclusivamente a saúde*).

## Apresentação e discussão dos resultados

Uma primeira leitura dos resultados apurados apontava para a predominância, entre nós, das actividades mais tradicionais ligadas à prevenção dos riscos profissionais e à vigilância da saúde dos trabalhadores. Assim, as actividades de tipo A e B representavam, só por si, mais de 57% do total (*Figura 2*).

**Figura 2**  
Distribuição percentual, no conjunto da amostra ( $n = 259$ ), do número de políticas, programas e actividades de saúde por tipologia ( $n = 5182$ )



Fonte: Graça (2004).

Por sua vez, uma análise das actividades de tipo A mostrava-nos que as empresas portuguesas tendiam a privilegiar a protecção *individual* em detrimento da protecção *colectiva*. De facto, (i) praticamente quatro em cada cinco referiu a existência de *equipamento de protecção individual (EPI)*; em contrapartida, (ii) pouco mais de metade assinalou a *protecção colectiva de máquinas e equipamentos*.

Em mais de 60% das empresas haveria *programas de prevenção/redução dos acidentes de trabalho*, não se sabendo se eram orientados para a prevenção a nível do indivíduo ou para a prevenção a nível do trabalho. Em todo o caso, menos de um em cada cinco respondentes declarou que tinha procedido à *automatização de operações perigosas*, o que é também um indicador (indirecto) do baixo grau de modernização tecnológica dos nossos locais de trabalho.

A baixa prevalência das *medidas de protecção colectiva*, entre nós, na segunda metade da década de 1990, contrastava com os valores encontrados em 1991 no estudo da Fundação Europeia, já citado (Wynne e Clarkin, 1992): no conjunto dos sete Estados-membros da então CEE, a *automatização de operações perigosas* era muito maior (47%), o mesmo se passando com a *protecção colectiva de máquinas e equipamentos* (76%).

Mesmo sabendo que as duas amostras não eram comparáveis entre si, em Portugal registava-se uma menor frequência de actividades de tipo A (Higiene & Segurança no Trabalho/Melhoria do Ambiente Físico de Trabalho): por exemplo, o *controlo/monitorização de substâncias tóxicas, irritantes ou perigosas* era feito apenas por 43% das empresas portuguesas (contra 56% na amostra europeia). O mesmo se passava com a *melhoria do ambiente físico de trabalho* (v.g., ventilação, iluminação, climatização, espaços de trabalho individual, decoração de interiores). Também as medidas de *combate ao ruído* eram menos frequentes em Portugal (59%) do que na amostra europeia (68%).

Por fim, era relativamente baixa a proporção de empresas que realizavam actividades relacionadas com a avaliação e monitorização dos factores de risco ambientais: de facto, menos de metade dos respondentes faziam periodicamente *avaliação das condições físicas de trabalho* (45%) ou *auditorias ambientais* (44%).

Cerca de 95% dos respondentes já tinham serviços de S&ST à data da resposta ao inquérito por questionário, um resultado de resto previsível. Mais de metade (55%) tinha adoptado a modalidade de *serviços internos* de S&ST. No entanto, sobre este ponto poderá dizer-se que a adopção da modalidade de organização de serviços de S&ST, ao longo da década de 1990, terá sido feita *à la carte*, situação a que não

seria estranho o aumento exponencial da oferta de empresas prestadoras de serviços externos de S&ST bem como a própria estratégica de alguns grupos económicos.

Os serviços de S&ST continuavam a ser em grande parte *medicocêntricos*. O *médico do trabalho* continuava a ser a figura predominante. Dos restantes profissionais de saúde, destacava-se o pessoal de *clínica* geral e de *enfermagem* cuja existência era mais provável nas empresas de grande dimensão. Só em menos de 1/4 dos casos se podia falar da existência de *equipa de saúde ocupacional*.

Em muitas empresas continuava a persistir a tradicional separação (não só em termos orgânicos e funcionais como até espaciais) entre (i) serviços de medicina do trabalho/saúde, (ii) serviços segurança e higiene do trabalho e até (iii) serviços de medicina curativa ou (iv) outros como o serviço social ocupacional. Contudo ficam por estudar os efeitos práticos da dicotomia saúde/segurança na eficácia, eficiência e qualidade das políticas, programas e actividades de saúde no trabalho.

A modalidade de serviço interna de S&ST não é, só por si, condição suficiente para predizer um elevado grau de integração do sistema de gestão da S&ST. Mas, por outro lado, o facto de existirem serviços de S&ST ( $n = 247$ ) nada nos dizia sobre a sua qualidade. Basta referir que só um terço das empresas com serviços de S&ST mencionou explicitamente a política escrita e/ou o orçamento de S&ST como factor(es) facilitador(es) da acção neste domínio. Em contrapartida os problemas de articulação/comunicação são mencionados por mais de um terço dos respondentes como obstáculo ao desenvolvimento de políticas de saúde.

A tendência é, contudo, para as empresas, independentemente da sua dimensão e sector de actividade, passarem cada vez mais a recorrer ao *outsourcing* nesta como noutras áreas funcionais, consideradas não fazendo parte do *core business*.

Por seu turno, o estilo de gestão tendia a ser autocrático ou autoritário em mais de metade das empresas (53%): tal significava que eram muito reduzidas ou mesmo inexistentes as oportunidades de participação efectiva e concreta dos trabalhadores, nomeadamente a nível do sistema de gestão da S&ST. O número de empresas com um ou mais representantes dos trabalhadores (delegado sindical, comissão de trabalhadores e/ou representante eleito para a S&ST) não chegava a 38%.

Ainda relativamente à secção C do questionário, os resultados, apontavam, para (i) a hipervalorização dos exames de medicina do trabalho (B); e por outro para (ii) o subaproveitamento de um vasto conjunto de actividades (nomeadamente de tipo D e E), que

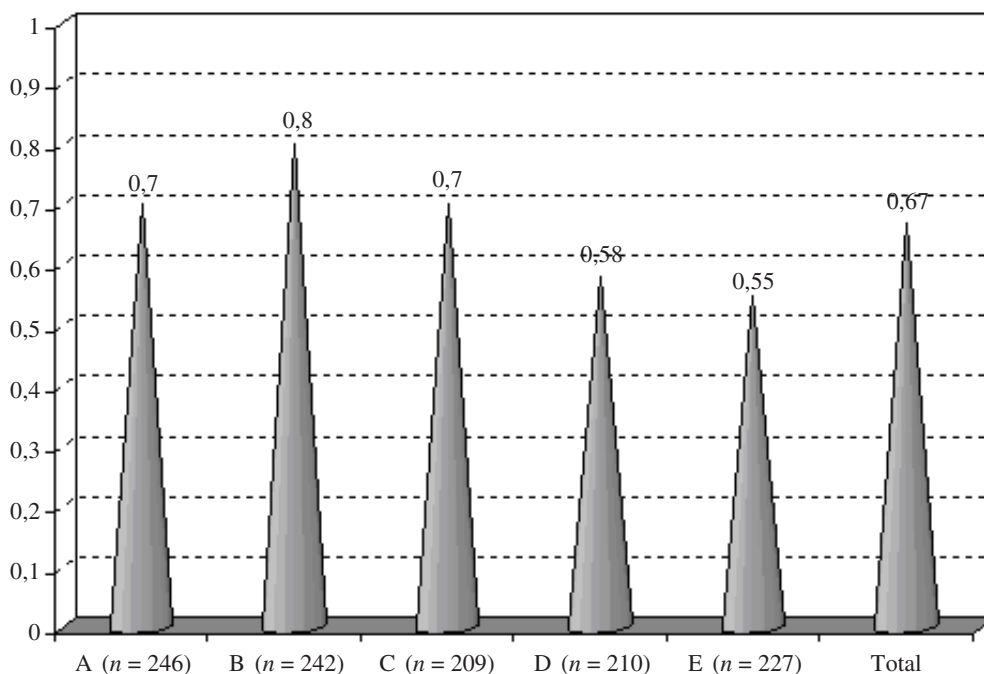
são correntemente levadas a cabo pelas nossas empresas e que nunca ou raramente são pensadas em termos de protecção e promoção da saúde dos trabalhadores. Poder-se-ia dar, como exemplo, a reestruturação do trabalho nocturno e por turnos; ou a alteração do *lay-out* de produção; ou a formação em gestão de recursos humanos e comportamento organizacional.

Contrariamente ao que se passava nos EUA, as actividades e programas de tipo C (Prevenção de comportamentos de risco/Promoção de estilos de vida saudáveis) ainda eram as menos frequentes (32%), a seguir aos Programas sociais e de bem-estar (23%). E, sem surpresa, as intervenções organizacionais (D) eram as que apresentavam o mais baixo índice de saúde (Figura 3).

Cerca de 75% dos respondentes declararam que as políticas, programas e actividades de tipo A visavam *exclusivamente* (11%) ou *em grande parte* (64%) a saúde dos trabalhadores. Ou seja, pela sua natureza, a maior parte das iniciativas neste domínio tinham como objectivo a *prevenção* de riscos profissionais e a *protecção* da saúde, segurança e bem-estar dos tra-

balhadores: protecção *colectiva* (por exemplo, automatização de operações perigosas) mas também *individual* (por exemplo, distribuição de EPI). A pergunta só não era aplicável num caso, sendo os restantes casos omissos ( $n = 12$ ) relativos a não-respostas ou a respostas do tipo «Não Sabe» (n. s.). Menos de um terço dos respondentes (30%) declararam que as actividades de tipo B visavam *exclusivamente* a saúde. Em contrapartida, para 60% estas actividades visavam *em grande parte* mas não exclusivamente a saúde. Entretanto, 9 não tinham actividades de tipo B, enquanto 8 responderam não sabe. Apenas uma minoria de respondentes (15%) declara que as actividades de tipo C visam *exclusivamente* a saúde. Em contrapartida, para 55% dos respondentes, estas actividades visam *em grande parte* a saúde dos trabalhadores da empresa (ou estabelecimento). Em 40 casos, a pergunta não era aplicável, uma vez que não foi referida na resposta à pergunta C1 a existência de políticas, programas e actividades visando a prevenção de comportamentos de risco e/ou promoção de estilos de vida saudáveis. Por sua vez, 10 inquiridos não souberam responder à pergunta.

**Figura 3**  
Índice médio de saúde, por grupo de tipologia de políticas, programas e actividades de saúde



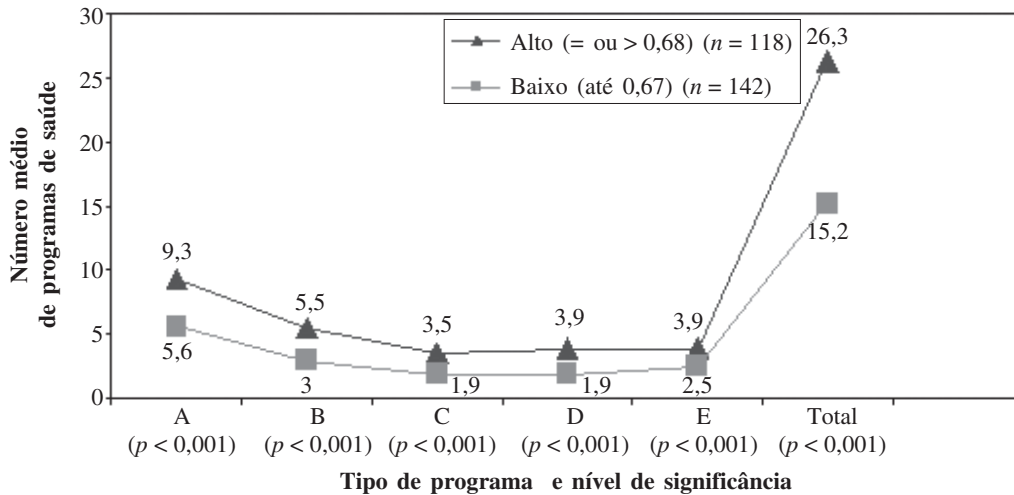
Fonte: Graça (2004).

Quanto às actividades de tipo D e E, eram claramente as que menos visavam intencionalmente a saúde dos colaboradores.

As empresas com maior grau de integração do sistema de gestão da S&ST (índice > 0,67) tendiam também a ter um número médio de actividades de tipo A, B, C, D e E significativamente maior ( $p < 0,001$ ): por exemplo, o número médio total era de 26,3 actividades no grupo com maior índice de

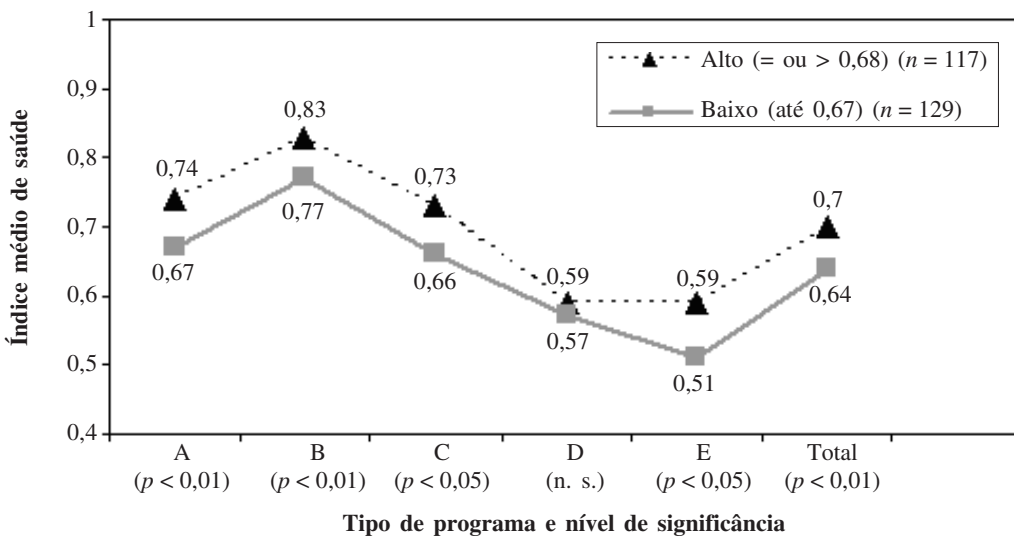
integração ( $n = 118$ ) contra 15,2 nas restantes empresas ( $n = 141$ ) (Figura 4). Havia uma correlação positiva moderada entre o número médio total de actividades e o índice médio global de integração do sistema de gestão da S&ST ( $r = 0,63$ ;  $p < 0,001$ ). Por tipologia, esta correlação era menor no caso das actividades de tipo E ( $r = 0,41$ ;  $p < 0,001$ ) e maior no caso nas actividades de tipo A ( $r = 0,57$ ;  $p < 0,001$ ) (Figura 5).

**Figura 4**  
Número médio de programas de saúde por tipologia e grau de integração do sistema de gestão da S&ST ( $n = 259$ )



Fonte: Graça (2004).

**Figura 5**  
Índice médio de saúde por tipologia e por grau de integração do sistema de gestão da SH&ST ( $n = 246$ )



Fonte: Graça (2004).

O número médio de actividades também diferia muito significativamente ( $p < 0,001$ ) em função do perfil das equipas de saúde, como seria lógico. As empresas que apresentavam um *perfil de tipo iv* (existência de equipa pluridisciplinar e pluriprofissional, com quatro ou mais valências) registavam, em média, quase três vezes mais actividades do que as empresas onde só existia o médico do trabalho (perfil de tipo i) (*Quadro I*).

Uma das conclusões do estudo apontava para um nível de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho relativamente baixo se tivermos em linha de conta que estamos a falar das nossas maiores e melhores empresas, 40% das quais tinham já certificação do seu sistema de gestão da qualidade. Em quase 60% da amostra, as formas de organização do trabalho ainda tendiam a ser fortemente *tayloriza-*

*das* (v.g., trabalho pobre e repetitivo, heterocontrolo, posto de trabalho individualizado, fraca qualificação), com maior incidência na indústria transformadora ligeira onde é maior a percentagem de mulheres e de pessoal com escolaridade inferior a 9 anos.

Nos restantes casos tendia-se a conjugar a modernização tecnológica com a adopção de *novas formas de organização do trabalho* (v.g., trabalho com conteúdo rico e variado, baseado na equipa, exigindo autocontrolo e maior qualificação profissional) (Graça, 2002a).

Os resultados deste estudo vêm também confirmar, e sem surpresa, o baixo nível de participação dos trabalhadores (e/ou seus representantes) em duas fases cruciais de qualquer projecto de desenvolvimento sócio-organizacional: o planeamento (P) e a implementação (I) (*Figura 6*).

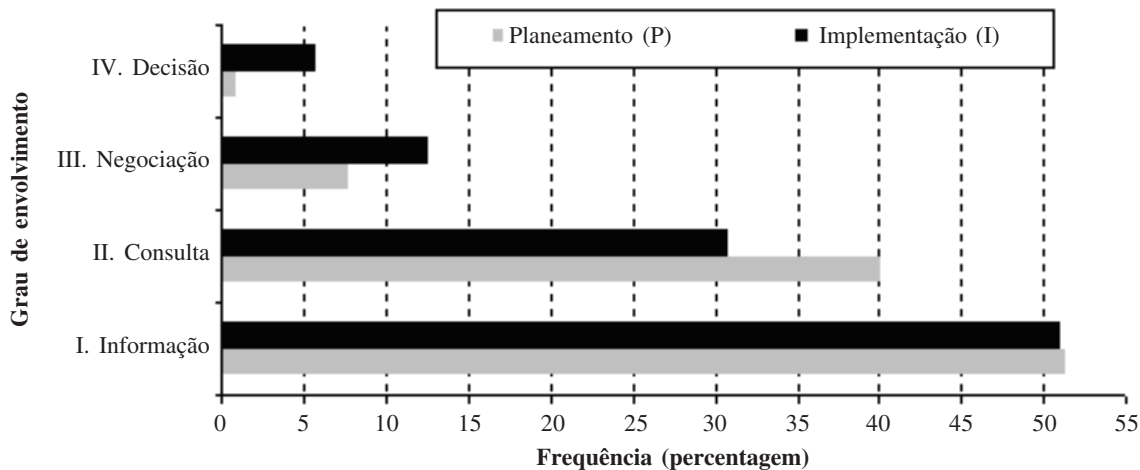
**Quadro I**  
Número total médio de actividades por perfil da equipa de saúde ( $n = 241$ )

Perfil da equipa de saúde	Programa					Total
	A	B	C	D	E	
Tipo I (MT) ( $n = 48$ )	4,6	1,9	1,3	1,9	1,8	11,8
Tipo II (MT + 1) ( $n = 53$ )	6,1	2,9	2,0	2,2	2,9	16,3
Tipo III (MT + 2) ( $n = 68$ )	8,6	4,7	2,7	3,0	3,3	22,6
Tipo IV (MT + 3, 4 ou 5) ( $n = 72$ )	10,1	7,2	4,5	4,1	4,4	30,5
Total ( $n = 241$ )	7,6	4,4	2,8	2,9	3,2	20,2

$p < 0,001$     $p < 0,001$     $p < 0,001$     $p < 0,001$     $p < 0,001$     $p < 0,001$

Fonte: Graça (2004).

**Figura 6**  
Envolvimento dos trabalhadores nas fases de planeamento e implementação ( $n = 247$ ) (Percentagem)



Fonte: Graça (2004).

De acordo com a *Figura 6*, os trabalhadores (e/ou os seus representantes) eram (i) apenas *informados* (em pouco mais de 50% dos casos); ou então havia (ii) processos de *consulta*, mais na fase de *planeamento* (40%) do que na fase de *implementação* (31%); poucas são as empresas que envolvem os seus colaboradores no (iii) processo de *negociação e decisão* (19, na fase de planeamento; 31 na fase de implementação); e mais raras ainda eram aquelas que (iv) *delegavam* aos trabalhadores e/ou aos seus representantes a responsabilidade pelo planeamento ( $n = 2$ ) e pela implementação ( $n = 14$ ) das políticas, programas e actividades de saúde.

O que se passava então nas nossas empresas, nesta esfera de acção, não era muito diferente do que ocorria noutras áreas: a resolução de problemas e a tomada de decisão constituem, por essência, uma prerrogativa dos gestores, qualquer que seja o seu nível organizacional. O papel dos trabalhadores é mais o de figurantes (papel secundário e passivo) do que o de actores (papel proactivo).

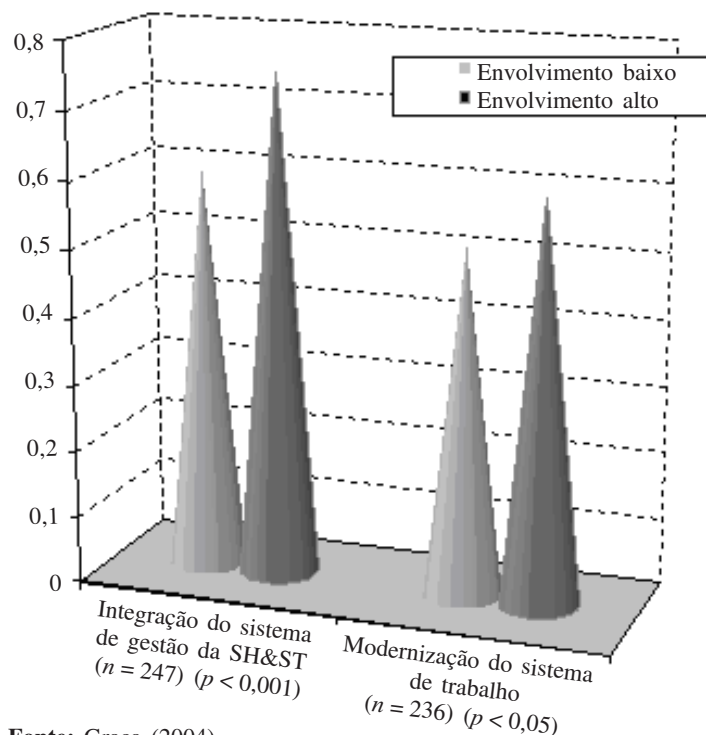
Estes resultados sugeriam, por outro lado, que o conceito de *participação* (i) não era necessariamente entendido da mesma maneira por todos empregadores e seus representantes; que (ii) as práticas dos

actores sociais do trabalho não mudavam automaticamente por decreto; e que, por fim, (iii) não bastavam as garantias do legislador, incluindo as do Código do Trabalho (art.º 275.º), para que se efectivasse o direito à participação dos trabalhadores e/ou seus representantes no sistema de gestão da S&ST. Poderia ainda especular-se sobre o *modelo de gestão português* e a tradicional relutância dos nossos gestores de topo em descentralizarem o processo de resolução de problemas e tomada de decisão.

Estamos, de resto, num domínio marcado por uma certa conflitualidade teórico-ideológica — já claramente perceptível na própria Directiva 89/391/CEE ao falar de «participação *equilibrada* de acordo com as *legislações e/ou práticas nacionais*» (sic) — e onde será sempre difícil fazer doutrina, para usar uma expressão cara à jurisprudência (Graça, 1993).

Verificava-se, no entanto, que as empresas com um envolvimento alto dos seus trabalhadores no planeamento e implementação das actividades de saúde tendiam a ser também as que apresentavam (i) maior índice de modernização do sistema técnico e organizacional de trabalho ( $p < 0,05$ ); e (ii) maior índice de integração do sistema de gestão da S&ST ( $p < 0,001$ ) (*Figura 7*).

**Figura 7**  
Grau de envolvimento dos trabalhadores nas fases de planeamento e implementação ( $n = 247$ ) e respectivos índices médios de modernização do sistema de trabalho e integração do sistema de gestão da S&ST



Fonte: Graça (2004).

Quem eram, entretanto, estas empresas que apresentavam um índice mais elevado de integração do sistema de gestão da S&ST? Em geral eram empresas de maior volume de emprego ( $\geq 250$  trabalhadores) e/ou de maior volume de vendas ( $\geq 7,5$  milhões de contos/cerca de 37,5 milhões de euros), do sector produtivo, constantes da lista da *Exame 500/97*, multinacionais, viradas para a exportação tecnológica, mais modernas e com postos de trabalho qualificados, serviço interno de S&ST e equipas de saúde ocupacional. Tendiam, além disso, a usar formas directas e indirectas de participação dos seus trabalhadores no domínio da S&ST.

Uma das conclusões que se pode tirar da leitura do *Quadro II*, é que a modalidade de serviço interna de S&ST não era, só por si, condição suficiente para prever um elevado grau de integração do sistema de gestão da SH&ST (índice  $> 0,67$ ). O mesmo se passava com outras variáveis de caracterização como a dimensão (ou volume de emprego) e a certificação da qualidade. De facto, eram sobretudo as empresas do sector produtivo e com um sistema de trabalho técnica e organizacionalmente mais evoluído que tinham mais probabilidades (neste caso 3 a 4 vezes mais) de atingir uma maior integração do sistema de gestão da S&ST.

A haver protagonismo no domínio das políticas e protecção e promoção da saúde, ele recairá na hierarquia da empresa (administração/direcção, e seus representantes, incluindo a direcção de pessoal e os serviços de S&ST, com destaque para o médico do trabalho). De facto, na maior parte das empresas ( $> 50\%$  dos casos), a responsabilidade pela gestão do sistema de S&ST acaba por recair no médico do trabalho, sendo difícil distinguir entre gestão, coordenação e direcção técnica dos serviços de S&ST.

Nas empresas que responderam à pergunta *D2* ( $n = 209$ ), o médico do trabalho (MT) aparece quase sempre associado à administração/direcção (81%) ou à Direcção de Recursos Humanos (73%) ou a ambas (69%). A figura do MT com um papel minimamente activo (87%) surge, muito destacada, à frente do técnico ou especialista em Higiene e Segurança no Trabalho (50%).

Em contrapartida a figura do representante dos trabalhadores, com um papel minimamente activo, só foi referido por 45% dos respondentes. A sua associação com a administração/direcção ou com o médico do trabalho só surgia em 43% e 41% dos casos, respectivamente.

**Quadro II**  
Análise de factores preditivos do grau elevado de integração do sistema de gestão da S&ST, por regressão logística múltipla ( $n = 218$ )

Variável independente	Frequência		Adj. OR*	IC 95% (Adj. OD)**
	Sim	Não		
Lista da <i>Exame 500/97</i>	100	118	2,8	1,3-6,8
Multinacional	61	157	2,2	1,2-5,7
Grande empresa ( $\geq 250$ trabalhadores)	126	92	0,7	0,7-4,0
Grande empresa ( $\geq 250$ trab. e/ou 7,5 milhões contos vendas)	136	82	0,8	0,2-6,2
Sector produtivo	141	77	3,7	1,1-5,9
Modernização do sistema técnico-organizacional de trabalho	90	128	3,1	1,1-5,0
Fundação anterior a 1974	144	74	1,0	0,5-2,0
Controlo accionista público ou cooperativo	26	192	0,6	0,5-3,8
Exportação	114	104	0,1	0,9-3,6
Certificação da qualidade	102	116	0,1	0,9-3,2
Serviço interno de S&ST	118	100	0,6	0,6-24

A este modelo corresponde um  $p < 0,001$ , associado a uma percentagem global explicada de 72,5.

\* Adjusted Odds Ratio.

\*\* Intervalo de confiança a 95% do Adj. OD.

Fonte: Graça (2004).

De acordo com o modelo de análise RML, apresentada no *Quadro III*, a existência de representantes dos trabalhadores com um papel minimamente activo na gestão do sistema de S&ST era mais provável ocorrer em empresas em que havia: (i) representantes eleitos para a S&ST; (ii) comissão (paritária) de S&ST; (iii) delegado/comissão sindical; (iv) comissão de trabalhadores; e, por fim, (v) reuniões com as chefias directas.

Em contrapartida, neste modelo as formas de participação directa (v.g., boletim/jornal de empresa, programas de ideias/sugestões, grupos de discussão e melhoria, reuniões gerais com a administração/direcção, círculos de qualidade), com exclusão das reuniões com as chefias directas, não permitiam predizer um papel minimamente activo dos representantes dos trabalhadores na concepção, planeamento, implementação e avaliação das políticas, programas e actividades de saúde.

De qualquer modo, o modelo permitia explicar cerca de 74% do fenómeno em estudo, para um nível de significância de  $p < 0,001$ . Estes resultados pareciam vir justificar os receios dos sindicatos segundo os quais as formas directas e as formas representacionais seriam disjuntivas, não garantindo as primeiras uma efectiva e concreta participação dos trabalhadores no sistema de gestão da S&ST.

O que acontece no nosso país é que as formas de participação directas tendem a ser direccionadas fundamentalmente para a esfera da produção: é o caso das equipas de trabalho, dos círculos de qualidade e dos programas de ideias e sugestões, no âmbito por exemplo do *Total Quality Management* (Graça, 1999a). Não há, por outro lado, experimentação de formas, em uso noutros países, tais como os círculos de saúde e os círculos de segurança no trabalho (Kuhn, 1992; Johannes, 1993; Schröer e Sochert, s/d; Beermann *et al.*, 1999; Kompier e Cooper, 1999).

### Algumas conclusões e recomendações

Na sua generalidade, os resultados do inquérito sociológico às empresas portuguesas sobre as políticas de S&ST põem em evidência a fraqueza metodológica de grande parte das iniciativas de saúde, realizadas na década de 1990. Muitas delas seriam medidas avulsas, que se inseriam na gestão corrente das nossas empresas, e que dificilmente poderiam ser tomadas como expressão de uma política de saúde no local de trabalho, definida e assumida pela gestão de topo, socialmente concertada, coerente, baseada na avaliação de necessidades e expectativas de saúde

**Quadro III**  
Análise de factores preditivos do papel minimamente activo dos representantes dos trabalhadores no sistema de gestão da S&ST ( $n = 209$ )

Variável independente	Frequência		Adj. OR*	IC 95% (Adj. OD)**
	Sim	Não		
Representante eleito para a S&ST	35	174	3,0	1,1-8,1
Comissão de S&ST	83	126	3,1	1,5-6,4
Delegado/comissão sindical	36	173	3,1	1,1-8,2
Comissão de trabalhadores	43	166	5,2	1,9-14,1
Reuniões com as chefias directas	91	118	2,4	1,1-5,0
Reuniões gerais com a administração/direcção	51	158	0,7	0,3-1,7
Boletim/jornal de empresa	50	159	1,4	0,6-3,2
Grupos de discussão e melhoria	35	174	0,9	0,4-2,7
Programa de ideias e sugestões	38	171	2,4	0,9-6,1

A este modelo corresponde um  $p < 0,001$ , associado a uma percentagem global explicada de 74,2.

\* Adjusted Odds Ratio.

\*\* Intervalo de confiança a 95% do Adj. OD.

Fonte: Graça (2004).

dos trabalhadores, divulgada, conhecida e partilhada por todos, contingencial, flexível e integrada, orientada por custos e resultados.

Todos os diferentes *stakeholders* da protecção e promoção da saúde no trabalho (v.g., empregadores, gestores, trabalhadores e seus representantes, médicos do trabalho e outros profissionais de S&ST, autoridades de saúde, administração do trabalho e da saúde, SNS, segurança social, seguradoras, sociedade civil, economia portuguesa) têm a ganhar com a implementação efectiva de sistemas integrados de gestão da S&ST.

Como principal recomendação para o desenvolvimento estratégico da área da protecção e promoção da saúde no trabalho, defendo a construção e a operacionalização de grelhas para avaliação de exemplos de boas práticas e para a sua divulgação numa perspectiva de *benchmarking*. Eis alguns dos principais tópicos a desenvolver:

### **A. Estratégia e política de saúde da empresa**

(i) A saúde faz parte integrante da filosofia de gestão e da cultura da empresa (por exemplo, consta da definição da missão, dos valores e dos objectivos organizacionais); (ii) há uma política de saúde escrita e assumida pela gestão de topo (a exemplo das demais políticas sectoriais como o ambiente, a qualidade, etc.); (iii) são afectados os indispensáveis recursos (humanos, técnicos, financeiros, logísticos) para a execução da política de saúde; (iv) a política de saúde e segurança no trabalho tem um orçamento próprio ou está integrada num centro de custos; (v) há uma equipa de saúde e segurança no trabalho pluridisciplinar e pluriprofissional (incluindo o médico do trabalho e outros profissionais de S&ST.); (vi) há uma boa articulação da saúde com as demais estruturas e processos da empresa (v.g., direcção de pessoal, formação, produção, qualidade, *marketing*);

### **B. Planeamento, implementação e avaliação da política de saúde**

(vii) há um pequeno grupo responsável pela execução da política de saúde, que inclui representantes da gestão e dos trabalhadores e que tem papéis definidos; (viii) utiliza-se a metodologia da gestão por programas ou projectos (por exemplo, concepção, planeamento, implementação, avaliação e acompanhamento do programa sobre os problemas do álcool no trabalho); (ix) há um plano detalhado de políticas, programas e actividades de saúde, com objectivos quantificados e exequíveis a atingir (por exemplo,

redução em 1% do absentismo por doença); (x) o plano baseia-se na avaliação de necessidades de saúde e na exploração da informação existente (por exemplo, baixas por doença e acidente, fichas clínicas); (xi) o plano também tem em conta a opinião dos trabalhadores (v.g., necessidades sentidas, expectativas e preferências em matéria de educação para a saúde); (xii) há um bom plano de comunicação estratégica de modo a envolver todos os sectores da empresa nas várias fases do processo (por exemplo, boletim/jornal da empresa, intranet e internet, *posters*); (xiii) as políticas, programas e actividades de saúde são avaliadas e corrigidos periodicamente, com o envolvimento da gestão de topo e representantes do pessoal; (xiv) há formação em S&ST envolvendo todo o pessoal (por exemplo, legislação, riscos profissionais, prestação de primeiros socorros, avaliação das condições de trabalho); (xv) há formação em promoção e educação para a saúde envolvendo todo o pessoal ou grupos de risco (v.g., fumadores); (xvi) o plano de saúde pressupõe uma abordagem integrada e global (por exemplo, medidas centradas no indivíduo e na organização, incluindo o ambiente físico e psicossocial);

### **C. Participação e consulta dos trabalhadores e/ou seus representantes**

(xvii) de um modo geral, há uma participação efectiva e concreta dos trabalhadores e/ou os seus representantes na vida interna da empresa (v.g., mudanças na organização e demais condições de trabalho); (xviii) os trabalhadores não são apenas informados como também consultados no que diz respeito ao planeamento e implementação da política de saúde; (xix) os trabalhadores (ou seus representantes) participam na negociação e decisão (por exemplo, aprovação do plano de saúde e relatório anual de actividades do serviço de S&ST); (xx) a proporção de trabalhadores que participam em programas voluntários (v.g., álcool, droga, tabaco, exercício físico, cancro) é aceitável (em relação ao número de elegíveis); (xxi) há garantias de qualidade, sigilo e comportamento ético por parte dos promotores de saúde (médicos do trabalho e outros profissionais envolvidos, incluindo os representantes da empresa e dos trabalhadores);

### **D. Resultados da política de saúde**

(xxii) é feita análise (periódica) de custo/benefício das políticas, programas e actividades de saúde (incluindo a S&ST) (caso a caso ou globalmente);

(xxiii) procura-se conhecer o eventual impacto da política de saúde na qualidade dos produtos e serviços, na melhoria da imagem externa da empresa e na própria satisfação dos clientes; (xxiv) procura-se conhecer o eventual impacto da política de saúde na melhoria da saúde dos trabalhadores, na sua satisfação profissional e na sua qualidade de vida (incluindo os estilos de vida); (xxv) procura-se conhecer o eventual impacto da política de saúde na melhoria do clima organizacional, da organização do trabalho e das demais condições de trabalho; (xxvi) a empresa cumpre todas as suas obrigações legais, convencionais e/ou facultativas em matéria de protecção dos riscos profissionais e promoção da saúde dos seus trabalhadores; (xxvii) esta empresa pode ser tomada como um exemplo no domínio da protecção e promoção da saúde dos trabalhadores.

CONRAD, P. — Wellness in the workplace : potentials and pitfalls of work-site health promotion. *The Milbank Quarterly*. 65 : 2 (1997) 255-275.

CONRAD, P. — Worksite health promotion : the social context. *Social Science & Medicine*. 26 : 5 (1988) 485-489.

CONRAD, P.; WALSH, D. C. — The new corporate health ethic : lifestyle and the social control of work. *International Journal of Health Services*. 22: 1 (1992) 89-111.

CREECH, B. — Os cinco pilares do TQM : como fazer que a Gestão pela Qualidade Total trabalhe para si. Lisboa : D. Quixote. 1998 (tr. do ingl., 1994).

DOLL, R.; HILL, A — Mortality in relation to smoking : ten years' observations of British doctors. *British Medical Journal*. 1 (1964) 1399-1410/1460-1467.

EUROPEAN NETWORK FOR WORKPLACE HEALTH PROMOTION — The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union (em linha). Luxembourg : European Network for Workplace Health Promotion. 2005. (acedido em 25-1-2006). Disponível em [http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/Luxembourg\\_Declaration\\_June2005\\_final.pdf](http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/Luxembourg_Declaration_June2005_final.pdf).

FIELDING, J. E. — Worksite health promotion programs in the United States : progress, lessons and challenges. *Health Promotion International*. 5 : 1 (1990) 75-84.

FIELDING, J. E. — Worksite health promotion. In STELLMAN, J. M. *ed. lit.* — Encyclopaedia of occupational health and safety. 4<sup>th</sup> ed., vol. 1. Geneva : International Labour Office, 1998. 15.8-15.12.

FIELDING, J. E.; BRESLOW, L. — Health promotion programs sponsored by California employers. *American Journal of Public Health*. 73 : 5 (183) 538-542.

FIELDING, J. E.; PISERCHIA, P. V. — Frequency of worksite health promotion activities. *American Journal of Public Health*. 79 : 1 (1989) 16-20.

GRAÇA, L. — A participação dos trabalhadores no âmbito da segurança, higiene e saúde no trabalho. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 11 : 2 (1993) 5-23.

GRAÇA, L. — Ill-health and workplace absenteeism in Portugal : initiatives for prevention. Dublin : European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. 1995 (working paper).

GRAÇA, L. — Questionário confidencial sobre necessidades e expectativas em saúde no local de trabalho. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 1999. Disciplina de Sociologia da Saúde. Disciplina de Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde. Grupo de Ciências Sociais em Saúde. Texto policopiado (Exercícios; EX 231).

GRAÇA, L. — Políticas de saúde no trabalho : estudos de caso portugueses : caso C : «Saúde e qualidade total numa multinacional» (em linha). Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 1999a. Disciplina de Sociologia da Saúde, Disciplina de Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde. Grupo de Ciências Sociais em Saúde. Texto policopiado. (Textos; T 1450). (acedido em 27-1-2006). Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos133.html>.

GRAÇA, L. — Country report Portugal : small and medium-sized enterprises (SMEs) and health at work. Lisboa : Direcção-Geral de Saúde : Portugal, National Contact Office — NCO. European Network for Workplace Health Promotion — ENWHP, 2000 (working paper; LG/12/2000/EN).

GRAÇA, L. — História da saúde e da segurança do trabalho na Europa. In VEIGA, R. *ed. lit.* — Higiene, segurança, saúde e prevenção de acidentes de trabalho. 5.<sup>a</sup> actualização. Lisboa : Verlag Dashöfer, 2002 (unidade 3, capítulo 4).

## □ Bibliografia

AKABAS, S. H. — Employee assistance programmes. In STELLMAN, J.M. *ed. lit.* — Encyclopaedia of occupational health and safety. 4<sup>th</sup> ed. Vol. 1. Geneva : International Labour Office, 1998. 15.77-15.80.

ARDELL, D. B. — A (very) brief history of the wellness concept (em linha). Concord, NH : Wellness Centre, 2000. (Seekwellness. Don's report archive) (acedido em 25-1-2006). Disponível em <http://www.seekwellness.com/wellness/reports/2000-12-29.htm>.

BEERMANN, B.; KUHN, K; KOMPIER, M. — Germany : reduction of stress by health circles. In KOMPIER, M.; COOPÉR, C. *ed. lit.* — Preventing stress, improving productivity. London : Routledge, 1999. 222-241. (European Case Studies in the Workplace).

BREUCKER, G. *et al.*, *ed. lit.* — Success factors of workplace health promotion. Essen : BKK Bundesverband. Federal Association of Company Health Insurance Funds, 1998. (European Network for Workplace Health Promotion. Project Paper; 1).

GRAÇA, L. — As novas formas de organização do trabalho. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2002a. Disciplina de Sociologia da Saúde. Disciplina de Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde. Grupo de Disciplinas de Ciências Sociais em Saúde (Textos; T 707).

GRAÇA, L. — Política(s) de saúde no trabalho: um inquérito sociológico às empresas portuguesas. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2004. Tese de candidatura ao grau de Doutor em Saúde Pública na especialidade de Saúde Ocupacional pela Universidade Nova de Lisboa.

GRAÇA, L.; FARIA, M. — Innovative workplace action for health : mechanisms for establishing initiatives, Portugal. Dublin : European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1992 (working paper; WP/92/23/EN).

HOLLANDER, R. B.; LENGERMANN, J. J. — Corporate characteristics and worksite health promotion programs : survey findings from Fortune 500 companies. *Social Science & Medicine*. 26 : 5 (1988) 491-501.

ILO — Guidelines on occupational safety and health management systems, ILO-OSH 2001 (em linha). Geneva : International Labour Office. 2001. (acedido em 27-1-2006). Disponível em <http://www.ilo.int/public/english/protection/safework/cops/english/download/e000013.pdf>.

ILO — Mental health in the workplace : introduction : executive summaries. Prepared by Ph. Gabriel and M.-R. Liimatainen (em linha). Geneva : International Labour Office. 2000 (acedido em 27-1-2006). Disponível em <http://www.ilo.org/public/english/employment/skills/disability/download/execsums.pdf>.

IOHA (International Occupational Hygiene Association) — Occupational health and safety management systems : review and analysis of international, national, and regional systems and proposals for a new international document (em linha). Geneva : International Labour Organization, 1998. (Working paper prepared by IOHA for ILO (acedido em 27-1-2006). Disponível em <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cis/managmnt/ioha/index.htm>.

JOHANNES, D. — Quality circles, health circles and other problem-solving groups : a comparison of various concepts. Special edition. Bremerhaven : Federal Institute for Occupational Safety and Health, 1993. 3-28.

KOMPIER, M.; COOPER, C. — Stress prevention : European countries and European cases compared. In KOMPIER, M.; COOPER, C. *ed. lit.* — Preventing stress, improving productivity: European case studies in the workplace. London : Routledge. 1999. 312-336.

KUHN, K. — Case study no. 11 : health circles for foremen at Volkswagen (Germany). *Conditions of Work Digest*. 11 : 2 (1992) 220-222.

LANDSBERGIS, P. A. *et al.* — Case study n.º 2 : Union stress committees and stress reduction in blue- and white-collar workers. *Conditions of Work Digest*. 11 : 2 (1992) 144-151.

MATIKAINEN, E.; RANTANEN, J. — Occupational health promotion : experiences from Nordic countries. In BREUCKER, G.; SCHRÖDER, A.; ORFELD, B. *ed. lit.* — International experiences in workplace health promotion. Copenhagen: WHO-Europe. Essen : BKK Bundesverband. 1996. 41-50. (European Health Promotion Series; 6).

MIZOUE, T. *et al.* — Analysis of Japanese occupational health services for small-and medium-scale enterprises in comparison with the Finnish system. *Journal of Occupational Health*. 41 (1999) 115-120.

MURPHY, L.R. — Occupational stress management: a review and appraisal. *Journal of Occupational Psychology*. 57 (1985) 1-15.

NUTBEAM, D. — Health promotion glossary. *Health Promotion : an International Journal*. 1 : 1 (1986) 113-127.

O'DONNELL, M. P. — Definition of health promotion : part III : expanding the definition. *American Journal of Health Promotion*. 3 : 3 (1989) 5.

O'DONNELL, M.P. — Workplace health promotion: report on experiences in the United States. In BREUCKER, G.; SCHRÖDER, A.; ORFELD, B. *ed. lit.* — International experiences in workplace health promotion. Copenhagen : WHO-Europe. Essen : BKK Bundesverband, 1996. 51-55 (European Health Promotion Series; 6).

O'DONNELL, M. P.; AINSWORTH, T. H. *ed. lit.* — Health promotion in the workplace : collected essays. New York : J. Wiley, 1994.

OIT — Sistemas de gestão da segurança e saúde no trabalho : directrizes práticas da OIT. Lisboa : IDICT, 2002 (Segurança e Saúde no Trabalho. Informação Técnica; 15).

RITVA, H.-A. — Factors of success of the high coverage of occupational health services of employees in Finland (em linha). *Central European Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2 : 2 (1996) (acedido em 27-1-2006). Disponível em <http://www.fjokk.hu/cejoem/files/Volume2/Vo12No3/ce963-1.HTM>.

RODRIGUES, C. — 4.5. Sistema de gestão de segurança e saúde no trabalho segundo as normas OHSAS 18001/NP 4397. In VEIGA, R. coord. — Higiene, segurança, saúde e prevenção de acidentes de trabalho. 8.ª actualização. Janeiro 2003. Lisboa : Verlag Dashöfer. 2003 (unidade 4, capítulo 5, c. 45).

ROMAN, P. M.; BLUM, T. C. — Formal intervention in employee health : comparisons of the nature and structure of employee assistance programs and health promotion programs. *Social Science & Medicine*. 26 : 5 (1988) 503-514.

SCHRÖER, A.; SOCHERT, R. — Cercles de santé au travail : modèles et réalisation en pratique. Essen : BKK Bundesverdan, s/d.

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES — National survey of worksite health promotion activities. Washington, D.C. : U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, 1987.

UVA, A. S.; GRAÇA, L. — Saúde e segurança do trabalho : glossário. Lisboa : Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, 2004 (Cadernos/Avulso; 4).

WENZEL, E. — Conceptual issues in worksite health promotion (em linha). In CHU, C.; SIMPSON, R., *ed. lit.* — The ecological public health : from vision to practice. Toronto/Brisbane : Centre for Health Promotion. University Toronto. Institute of Applied Environmental Research. Griffith University, 1994. 172-181 (acedido em 27-1-2006). Disponível em <http://www.ldb.org/whpr.htm>.

WHO — Health promotion glossary (em linha). Geneva : World Health Organization, 1998. (WHO/HPR/HEP/98.1) (acedido em 25-1-2006). Disponível em [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf).

WYNNE, R. — What makes workplace health promotion work? Findings from the European Foundation's Research Programme. In BREUCKER, G. *et al.*, *ed. lit.* — Success factors of workplace health promotion. Essen : BKK Bundesverband. Federal Association of Company Health Insurance Funds, 1998. (European Network for Workplace Health Promotion. Project Paper; 1). 15-25.

WYNNE, R.; CLARKIN, N. — Under construction : building for health at EC workplace. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities, 1992.

## □ Summary

### HEALTH AT WORK POLICIES AND OSH MANAGEMENT SYSTEMS AT THE PORTUGUESE CORPORATIONS

Five categories of workplace health initiatives have been identified : (i) *Occupational Hygiene and Safety/ Improvement of Physical Working Environment* (type A programs); (ii) *Health Screening, Medical Surveillance and Other Occupational Health Care Provision* (type B programs); (iii) *Preventing Risk Behaviours/Promoting Healthy Life Styles* (type C programs); (iv) *Organisational Change/Improvement of Psycho-Social Working Environment* (type D programs); and (v) *Industrial and Social Welfare* (type E programs).

A mail questionnaire was sent to the Chief Executive Officer of the 1500 largest Portuguese companies, operating in the

primary and secondary sectors ( $\geq 100$  employees) or tertiary sector ( $\geq 75$  employees). Response rate has reached about 20% (259 respondents, representing about 300 companies). Carried out between Spring 1997 and Summer 1998, the fieldwork has encompassed two direct mailings and one phone follow-up. Sample is considered to be representative of the two thousand largest companies. One in four is a multinational. Union membership rate is about 30%, but only 16% has reported the existence of a workers' health and safety representative.

The existence of integrated OSH management systems, not the company size, is the main variable explaining the implementation of more active and innovative workplace health policies in Portugal.

Keywords: workplace health promotion; occupational health; occupational safety and health; health policy; Portugal.



Preço de capa, 24 €

# INSTRUÇÕES AOS AUTORES

A **Revista Portuguesa de Saúde Pública** aceita trabalhos sobre qualquer assunto relacionado com o tema geral da saúde pública, entendida esta no seu sentido mais amplo.

Os **artigos** deverão ser enviados ao Director. A este caberá a responsabilidade de aceitar, rejeitar ou propor modificações. Para este efeito, o Director será apoiado por um Conselho de Redacção.

Os **artigos** deverão ser enviados em suporte informático e acompanhados por uma versão impressa (incluindo quadros e figuras), dactilografados a duas entrelinhas em folhas de formato A4. Em cada folha não deverão ser dactilografadas mais de 35 linhas. As folhas serão numeradas em ordem sequencial.

Os **trabalhos** deverão conter o seguinte:

- a) Título do trabalho, nome(s) e pequeno esboço curricular do(s) autor(es), principais funções ou títulos, até ao máximo de dois;
- b) Pequena introdução ao artigo até ao máximo de uma página dactilografada;
- c) O texto;
- d) Quadros com títulos e legendas;
- e) Gráficos, a preto e branco, com títulos e legendas;
- f) Pequeno resumo do artigo acompanhado do respectivo título e tradução em inglês;
- g) Os originais não deverão conter pés-de-página. Todas as referências bibliográficas completas serão inseridas no final do artigo.

A **bibliografia** deverá obedecer à norma portuguesa NP 405-1\* para elaboração de referências bibliográficas de documentos impressos. Nas referências bibliográficas os autores deverão ser colocados por ordem alfabética (apelido seguido dos restantes nomes):

*Quando se trata de um artigo de revista:*

RAISLER, Jeanne, ALEXANDER, Cheryl, e O'CAMPO, Patricia — Breast-feeding and infant illness : a dose-response relationship? *American Journal of Public Health*. Washington, D. C. ISSN 0090-0036. 89 : 1 (January 1999) 25-30.

*Quando se trata de um livro:*

*Autor pessoa-física:*

ROBERTSON, Leon S. — Injury epidemiology: research and control strategies. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1998. ISBN 0-19-512202-X.

*Colectividade autor:*

WONCA INTERNATIONAL CLASSIFICATION COMMITTEE — ICPC-2 : international classification of primary care. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1998. ISBN 0-19-262802-X.

*Quando se trata de um capítulo de livro:*

ARMENIAN, H. K. — Case-control methods. In ARMENIAN, H. K., e SHAPIRO, S., ed. lit. — Epidemiology and health services. New York: Oxford University Press, 1998. ISBN 0-19-509359-3, pp. 135-155.

*Quando se trata de comunicações apresentadas em jornadas, congressos e similares:*

DEBOYSER, Patrick — Política europeia do medicamento. In JORNADAS INFARMED, 1, Lisboa, 24-25 de Janeiro de 1997 — Medicamento : as políticas nacionais face à internacionalização. Lisboa: INFARMED, 1997, pp. 21-24.

Todas as referências bibliográficas deverão ser obrigatoriamente citadas no texto.

Exemplos:

*Até três autores:*

Entre parênteses escreve(m)-se o(s) seu(s) apelido(s) e o ano de publicação:

[...] embora o seu desempenho na epidemiologia, prevenção e tratamento ainda esteja para ser avaliado (Campino, L., Pires, R. C., e Abranches, P., 1996).

*Mais de três autores:*

Entre parênteses indica-se somente o apelido do primeiro autor, seguido de *et al.*, e o ano de publicação:

[...] sabe-se actualmente (Devalia *et al.*, 1997) que o ozono interfere com a actividade [...]

**Revisão de provas:** Os autores receberão provas de composição do artigo para correcção, a qual deverá incidir exclusivamente sobre erros de dactilografia. A devolução das provas deve ser efectuada no prazo de uma semana após a data de recepção pelo autor.

**Separatas:** O primeiro autor receberá 30 separatas do artigo.

**Correspondência:** Enviada por correio normal ou electrónico ao cuidado do Director para:

*Revista Portuguesa de Saúde Pública*  
Escola Nacional de Saúde Pública — UNL  
Av. Padre Cruz  
1600-560 Lisboa  
e-mail: spublicacoes@ensp.unl.pt

\* INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE — NP 405-1 : 1994 : informação e documentação : referências bibliográficas: documentos impressos. — Lisboa: Instituto Português da Qualidade, 1995.