

Experiências inovadoras em segurança e saúde no trabalho: dois estudos de caso

LUÍS GRAÇA

O presente artigo resultou da reformulação e actualização de um texto que havia servido de apoio a uma mesa-redonda, com o mesmo título, organizada no âmbito do programa do II Fórum Nacional de Medicina do Trabalho.

Os dois estudos de caso que nele se apresentam têm com objectivo ilustrar o interesse, o alcance, as potencialidades e as dificuldades da inovação, em Portugal, no campo da segurança, higiene e saúde no trabalho (SH&ST).

O caso A reporta-se a uma grande empresa da indústria extractiva que, desde o início da sua actividade, tem procurado prosseguir uma política global e integrada de SH&ST.



Luís Graça é assistente da cadeira de Ciências Sociais e Humanas na Escola Nacional de Saúde Pública.

O caso B, por seu turno, centra-se na experiência de reorganização dos serviços de saúde de uma importante autarquia local, associada a uma conhecida seguradora.

Uma versão resumida destes dois estudos de caso pode ser encontrada num *working paper* (Graça e Faria, 1992b) produzido na sequência da participação portuguesa no projecto de investigação «Innovative workplace actions for health», integrado no programa quadrienal (1989-1992) da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (Wynne, 1989 e 1991).

O caso B foi, inclusive, seleccionado como um dos dez exemplos europeus de *good practices* que constam do relatório final desse projecto, dado à estampa com o sugestivo título *Under construction: building for health at EC workplace* (Wynne e Clarkin, 1992).

Se bem que, muito provavelmente, sejam atípicas no contexto das políticas e das práticas dominantes na generalidade das nossas empresas e demais organizações, estas duas experiências enquadram-se numa problemática mais vasta do que a da higiene e segurança no trabalho *tout court* (H&ST). Essa

problemática é a que está subjacente ao conceito de promoção da saúde no trabalho (PST).

1. Duas abordagens em relação à SH&ST

Na abordagem dos problemas de SH&ST há duas perspectivas que, não sendo embora antagónicas, têm enfoques diferentes (Graça e Faria, 1992a):

Quadro 1 Operacionalização do conceito de promoção de saúde no trabalho (PST)

1. A PST abrange *toda a população trabalhadora* de uma dada empresa ou estabelecimento, incluindo o pessoal dirigente e demais quadros superiores ou intermédios, e não apenas este ou aquele grupo de risco (v. g., pessoal de produção exposto ao ruído), como acontece na intervenção mais tradicional no âmbito da SH&ST.
2. A PST implica uma *intervenção global e integrada* sobre a complexa relação trabalho/saúde, nunca dissociando, por exemplo, o indivíduo e o sistema técnico e organizacional de trabalho, os estilos de vida e as condições de trabalho, os factores ambientais, culturais e comportamentais.
3. A PST pressupõe uma *perspectiva pluridisciplinar e pluri-profissional*, combinando diversas formações, bem como métodos de abordagem e de resolução dos problemas no domínio da SH&ST (v. g., protecção colectiva, prevenção dos riscos profissionais, vigilância médica, intervenção ergonómica, mudança organizacional, apoio psicoterapêutico, acção sociocultural, ensino individual e de grupo); como corolário, a PST exige a organização e o funcionamento de equipas de SH&ST, em estreita colaboração com os diversos sectores da empresa ou estabelecimento (direcção e serviços funcionais).
4. A PST exige uma efectiva, concreta e equilibrada *participação dos trabalhadores e seus representantes*, sob a forma de exercício de certos direitos (v. g., informação, formação, consulta, negociação e decisão), e nomeadamente ao nível da concepção, planeamento, execução e avaliação de programas e actividades no domínio da SH&ST.
5. É, finalmente, a PST não se confunde com a organização e o funcionamento de serviços específicos no âmbito da SH&ST, sejam médicos ou não médicos, preventivos ou curativos; não é uma actividade primordialmente dos médicos ou profissionais de SH&ST; pelo contrário, dá mais ênfase à saúde do que à incapacidade para o trabalho; decorre, em suma, da gestão estratégica, pelo que deverá ser fundamentada uma *política de saúde escrita* (assumida pela direcção e com resultados concretos a atingir e a avaliar periodicamente) e por um *orçamento específico* (se possível, distinto do da SH&ST).

Fonte: Graça e Faria (1991), adapt. de WHO (1984) e Wynne (1989).

- a) Uma, mais tradicional e redutora, que é a da «prevenção dos riscos profissionais» e da «reparação da incapacidade» para o trabalho, devida a doença ou acidente;
- b) Outra, mais actual e integrada, que é a da PST.

Formulada a questão de outra maneira: promover a saúde no trabalho é mais do que simplesmente prevenir a doença e reparar a incapacidade.

As diferenças conceptuais entre uma e outra abordagem têm, quanto a nós, implicações não apenas teórico-metodológicas como práticas. Delas dependem, por exemplo, diferentes estratégias de investigação e de intervenção no domínio da SH&ST (Graça, 1993b).

A concepção mais clássica do papel dos serviços de medicina do trabalho (resumido, no essencial, à «vigilância» dos riscos profissionais e da saúde do indivíduo trabalhador, por delegação do empregador) baseia-se claramente na primeira abordagem. E, em última análise, filia-se no racionalismo tecnicista da segunda revolução industrial. Historicamente, com a taylorização da organização do trabalho, passa também a haver um *service d'entretien des hommes* (a medicina curativa e preventiva), a par de um *service d'entretien des machines*, para usar um termo francês que é mais sugestivo e sintético do que a expressão portuguesa *serviço de manutenção e conservação*.

Esta abordagem é redutora na medida em que tende a «naturalizar» e segmentar a produção dos «riscos profissionais». O *homo oeconomicus* do taylorismo é também um *homo machina*, sujeito à natural depreciação (ou «usura física») do trabalho.

E é hoje, de todo, incompatível com uma problemática mais propriamente sociológica das condições de trabalho e da sua relação com a saúde dos trabalhadores e com a *performance* organizacional.

Por *promoção da saúde*, em geral, entende-se o processo que habilita os indivíduos e os grupos a aumentarem o controle sobre a sua saúde e sobre os múltiplos factores (não só biomédicos como psicossociais) que a determinam e, portanto, a melhorá-la (WHO, 1984).

Aplicado aos locais de trabalho (Wynne, 1989), este conceito será melhor apreendido se for operacionalizado através de cinco importantes critérios, os quais servirão igualmente para avaliar a natureza potencialmente inovadora das políticas e práticas no domínio da SH&ST (Quadro 1).

De um modo geral, tanto os trabalhadores e os seus representantes como os empresários, os gestores, os profissionais de SH&ST e o próprio legislador português têm alguma dificuldade em definir o conceito de PST, confundindo-o muitas vezes com simples educação para a saúde, vigilância médica periódica e mudança de «estilos de vida não saudáveis» (Graça e Faria, 1991).

Na realidade, este conceito abarca um conjunto

muito diversificado de acções susceptíveis de afectarem positivamente, de maneira directa ou indirecta, a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, os seus conhecimentos, atitudes e comportamentos, bem como as suas condições de vida e de trabalho:

- a) Uma podem ser mais centradas no *indivíduo* e no *grupo* (v. g., formação, ensino, exames de vigilância médica periódica, prevenção e tratamento das lombalgias, raquialgias e demais afecções do sistema músculo-esquelético, gestão do *stress*, controle do peso e da hipertensão, exercício físico e desporto de manutenção, prevenção dos acidentes *in itinere*, despistagem de grupos de risco, etc.);
- b) Outras, pelo contrário, são mais centradas no *sistema técnico e organizacional de trabalho* (v. g., *job design*, trabalho em equipa, flexibilização do tempo de trabalho, melhoria das condições de trabalho, protecção colectiva de máquinas e equipamentos, automatização de operações perigosas);
- c) Ou cabem no âmbito da *política social da empresa* (v. g., refeitório, creche/jardim-de-infância, transportes, serviços de saúde ocupacional, animação sociocultural, ligação à comunidade);
- d) Ou, finalmente, visam a *participação integrativa e organizacional* (v. g., círculos de qualidade, programas de sugestões, co-gestão, gestão participativa por objectivos, gestão da qualidade total).

A pedra de toque da PST é, porém, a *participação* de todos os actores no diagnóstico dos problemas, na definição das estratégias e na implementação das acções, bem como a *abordagem integrada* dos problemas se SH&ST, vistos no contexto da empresa enquanto sistema sociotécnico aberto.

A PST vem propor um novo quadro teórico de referência, global e integrado, para a investigação e para a intervenção no domínio da SH&ST, e é justamente nessa medida que deveria explicitamente fazer parte das estratégias de modernização das nossas empresas e demais organizações.

Em última análise, a PST deveria inserir-se na visão estratégica da gestão, e muito em particular da gestão dos recursos humanos.

O Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro, que veio instituir um novo regime jurídico no âmbito da SH&ST, reconhece explicitamente o direito à participação dos trabalhadores e seus representantes, sob a forma de certos direitos, individuais e colectivos. No entanto, o nível e as formas dessa participação são limitados à informação, à formação, à consulta e à representação (Graça, 1993a).

Esse direito — unanimemente reconhecido pelo

governo e pelos parceiros sociais em sede de concertação social — não pode ser um direito abstracto. Se ele serve para alguma coisa, é justamente para permitir aos trabalhadores exercer, individual ou colectivamente, um maior grau de controle sobre o seu próprio trabalho e de influência no processo de decisão relativamente à melhoria do seu ambiente físico e psicossocial de trabalho.

Por outro lado, é obrigação do empregador «planificar a prevenção na empresa, estabelecimento ou serviço num sistema coerente que tenha em conta a componente técnica, a organização do trabalho, as relações sociais e os factores materiais inerentes ao trabalho» [(alínea d) do artigo 8.º do citado diploma legal].

Enquanto acção colectiva, organizada e concertada, a PST implica, de algum modo, o desenvolvimento de experiências inovadoras (do latim, *innovatore*, «o que renova ou que traz algo de novo») no domínio da SH&ST. Essa inovação passa basicamente pela adopção de novos:

- a) Conceitos, metodologias, práticas e modelos organizacionais;
- b) Conhecimentos e competências, atitudes e comportamentos a nível dos actores (empregadores, gestores, técnicos de SH&ST, trabalhadores e seus representantes).

Em suma, a PST deveria ser inseparável do processo de inovação técnica e de mudança organizacional em curso em muitas das nossas empresas, em consonância com o espírito e a letra do acordo específico sobre SH&ST de 30 de Julho de 1991, segundo o qual «a criação, reconversão ou reestruturação das empresas e, em geral, a mudança do tecido empresarial português no quadro da construção do mercado interno constituem oportunidade única para a implementação de medidas nos domínios da segurança, higiene e saúde no trabalho» (Portugal, Conselho Permanente de Concertação Social, 1991, p. 7).

2. O actual contexto da problemática da PST

A PST (em inglês, *workplace health promotion*) desenvolveu-se nos EUA a partir de finais da década de 70 (Conrad, 1988) e posteriormente na Europa (Wynne, 1989). Podemos, entretanto, inserir esse movimento no contexto de uma estratégia, mais vasta, das empresas para reduzirem os elevados custos (directos, indirectos e ocultos) resultantes não só da prestação de cuidados médicos e hospitalares (através do seguro-doença, particularmente nos EUA), como dos disfuncionamentos ligados a:

- a) Atitudes e comportamentos no trabalho (v. g.,

Quadro II

Factores que condicionavam o desenvolvimento da PST em Portugal (1991)

1. As preocupações prioritárias ainda eram a prevenção e reparação dos acidentes de trabalho e, em menor grau, das doenças profissionais.
2. Não havia uma abordagem global e integrada dos problemas de SH&ST.
3. O quadro legislativo e regulamentar continuava desactualizado e disperso, com o Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro, ainda em grande parte por regulamentar.
4. Por aculturação médica, o modelo explicativo de saúde/doença era ainda dominado por um paradigma ecológico e biomédico.
5. Por tradição, a SH&ST era um domínio dos especialistas.
6. Havia uma grande escassez de recursos humanos, científicos e técnicos no domínio da PST (v. g., informação sobre experiências, metodologias, exemplos de «boas práticas», falta de formação dos gestores, técnicos e trabalhadores e seus representantes).
7. Era ainda incipiente a experiência de concertação social em matérias como a SH&ST.
8. Eram escassas as possibilidades de participação dos trabalhadores e seus representantes em matéria de SH&ST.
9. Empresários e gestores receavam o risco de politização das questões de SH&ST.
10. A negociação colectiva era pouca inovadora ao nível de acordos de empresa.
11. Predominava ainda uma concepção contratuálista e economicista do trabalho.
12. Não havia uma clara percepção das vantagens económicas e sociais da PST.
13. Também não abundavam os exemplos bem sucedidos de cooperação intersectorial em SH&ST que pudessem servir como quadro de referência ou exemplos a seguir (v. g., acordos com seguradoras, protocolos com a universidade, colaboração com os serviços de saúde públicos e privados, participação das associações sindicais e patronais, cooperação internacional).
14. Não existia igualmente uma política de SH&ST a nível do país que equacionasse problemas, definisse prioridades, estabelecesse metas e desse incentivos por sectores de actividade e regiões.
15. Os empresários portugueses receavam sobretudo, no futuro, eventuais acusações de concorrência desleal ou *dumping* social por parte dos seus parceiros da Comunidade Europeia.
16. Numa conjuntura de crise económica, era vista como mais problemática a afectação de recursos financeiros para «investimentos imateriais».

Fonte: Graça e Faria (1992b).

insatisfação profissional, *stress*, absentismo, acidentes, *turnover*, conflitualidade);

- b) Cultura e clima organizacionais;
- c) Conteúdo, organização e demais condições de trabalho;
- d) Efeitos perversos da introdução de novas tecnologias de produção, de novas formas de organização do trabalho e de novos modelos de gestão;
- e) *Performance* económica e social da empresa (v. g., qualidade, produtividade, competitividade, satisfação do cliente, imagem).

Nos EUA, as actividades mais directamente dirigidas ao indivíduo e aos seus «estilos de vida» predominavam claramente sobre as intervenções mais centradas no sistema técnico e organizacional de trabalho, no *industrial welfare*, na cultura da empresa e no seu sistema de gestão (Fielding e Piserchia, 1989; Graça e Faria, 1991).

Na Europa, o interesse pela PST ganha actualidade com os desafios que se põem aos governos e aos parceiros sociais decorrentes da criação da União Europeia e do seu alargamento, bem como das profundas mudanças demográficas, sociais, económicas, políticas, culturais, tecnológicas e organizacionais que estão a afectar a população activa e os seus locais de trabalho (Wynne e Clarkin, 1992).

É neste contexto que surgiu, entre outras, a directiva-quadro da Comunidade Europeia sobre a SH&ST (1989) e se celebrou, em 1992, o Ano Europeu para a SH&ST, sob um lema que era, só por si, um grande desafio aos parceiros sociais: «Europa 92: Melhoremos em conjunto o nosso local de trabalho» (Graça e Faria, 1993).

A situação do nosso país no início da década de 90, no que respeitava à PST e, consequentemente, à potencial inovação das políticas e práticas no domínio da SH&ST, estava condicionada por um conjunto de factores que Graça e Faria (1992b) inventariaram no já citado estudo exploratório encomendado pela Fundação Europeia (*Quadro II*).

Mas, no essencial, continuam hoje em aberto as oportunidades que o «progresso legislativo» no domínio da SH&ST nos trouxe a partir de 1991. Cabe aos actores sociais aproveitá-las ou não.

3. Dois exemplos portugueses

Os dois casos que escolhemos para ilustrar o desenvolvimento de experiências inovadoras em SH&ST, em Portugal, situam-se em contextos bem distintos. Tudo distingue as duas organizações, a começar pelos seus indicadores de balanço social (*Quadro III*). Em comum terão apenas a preocupação explícita com a segurança e a saúde dos seus trabalhadores, tendo-

-se para isso antecipado em grande parte à legislação nacional e comunitária neste domínio.

No caso A, regista-se a atitude pioneira dos seus responsáveis, ao procederem ao estudo do impacto ambiental do projecto mineiro, sem que legalmente a isso fossem obrigados na época. Quanto aos serviços médicos do trabalho, esses já eram obrigatórios desde 1962, para o caso das empresas com riscos de silicose (exploração mineira, indústria siderúrgica, etc.) (Decreto-Lei n.º 44 308, de 27 de Abril de 1962), e a partir de 1967, para as empresas com 200 ou mais trabalhadores (Decreto-Lei n.º 47 511 e Decreto n.º 47 512, ambos de 25 de Janeiro de 1967).

Uma outra razão adicional para a escolha do caso A prendia-se com o facto de ser uma empresa mineira situada numa região economicamente deprimida onde ainda paira o fantasma do *ghetto* mineiro de S. Domingos.

Logo no início da sua laboração, em 1989, a empresa distinguia-se pela sua *performance* económico-tecnológica, a ponto de ter sido eleita a empresa dos anos de 1990 e 1991.

Quanto ao caso B, não sendo propriamente uma empresa, não tinha outros pergaminhos senão o de

estar na lista dos dez maiores empregadores do respectivo distrito, o mais industrializado do país e também o mais afectado pela grave crise económica e social da primeira metade da década de 80.

Inédito em Portugal — a nível da administração pública — era o seu projecto de reorganização dos serviços de saúde, a ponto de também ter sido notícia na imprensa escrita diária.

Por outro lado, e ainda em relação ao caso B, deve referir-se que até à entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro, a administração pública, em geral, e as autarquias locais, em particular, estavam excluídas da obrigação de, pelo menos, terem um serviço de medicina do trabalho.

4. Caso A: uma «mina de cinco estrelas»

4.1. Enquadramento

A empresa mineira é o maior empregador da região. Os seus efectivos médios em 1990 eram 962 (excluindo o pessoal dos escritórios em Lisboa). A

Quadro III
Indicadores do balanço social (1990): quadro comparativo

Indicadores	Caso A	Caso B		Sectores de referência(*)	
	Empresa mineira (**)	Autarquia local		Indústria extractiva (n = 15)	Total nacional (n = 1968)
		CM	SMAS		
Effectivos médios	962	1 210	524	5 523	778 727
Mulheres (percentagem)	(a) 10	29	18	(b)	(b)
Média de idades	(a) 32	40	41	(b)	(b)
Contratos a prazo (percentagem)	30	29	11	18,5	19,6
Índice de rotação	0,79	0,86	0,93	0,73	0,72
Escolaridade < 6 anos (percentagem) (c)	(d) 32	57	55	53,7	43,7
Absentismo:					
Taxa geral	4,9	11,67	10,7	9,03	7,95
Taxa específica (por incapacidade)	3,6	9,53	8,7	(b)	(b)
Número médio de dias/trabalhador	9,5	23,8	22,7	(b)	(b)
Número médio de dias/período de ausência	37,9	(b)	(b)	(b)	(b)
Acidentes de trabalho:					
Índice de frequência	(a) 48	91,59	81,98	140,45	71,38
Índice de gravidade	1,49	1,56	2,61	5,32	1,49
Encargos por trabalhador:					
Remuneração (1000 contos)	1,9	1,1	1,3	(b)	(b)
Formação (contos)	(a) 131,4	4,4	8,8	(b)	(b)

(a) Dados referentes a 1989.

(b) Dados não disponíveis.

(c) Percentagem de trabalhadores sem a escolaridade básica (seis anos).

(d) Percentagem de trabalhadores com menos de nove anos de escolaridade (1989).

(*) Dados calculados a partir do balanço social de 1990 (empresas com 100 ou mais trabalhadores).

(Fonte: Portugal, Ministério do Emprego e Segurança Social, 1992.)

(**) Excluindo o pessoal dos escritórios em Lisboa (cerca de 80).

produção anual de minério (cobre e estanho) ultrapassava 1,5 milhões de toneladas. A mina, construída em meados da década de 80, com a melhor tecnologia de então, é ainda hoje considerada a primeira a nível mundial quanto ao teor de metal de cobre, excepcionalmente elevado, e está na lista das 20 maiores reservas mundiais de minério de cobre.

Além disso, é a nossa única empresa de dimensão europeia no domínio da indústria extractiva, sendo 49 % do seu capital estrangeiro. O investimento realizado pela empresa totalizava 73 milhões de contos no final de 1990. Nesse ano, o seu volume de vendas atingia 41 milhões de contos, tendo sido toda a produção destinada ao mercado internacional.

Mas não menos notável era, na altura em que foi feito o estudo de caso, a sua *performance* a nível societal, traduzida na preocupação com o impacto da sua actividade no ambiente, na comunidade e na qualidade de vida no trabalho.

Sete em cada dez dos seus trabalhadores eram de recrutamento local e regional. A taxa de absentismo (4,9) estava bastante abaixo da média nacional (que, no caso das empresas com 100 ou mais trabalhadores do sector da indústria extractiva, se situava em 9 por cento (*Quadro III*).

Em contrapartida, o índice de *turnover* (ou rotação de pessoal) era «considerado elevado» (0,79), «reflectindo as dificuldades de fixação de quadros e mão-de-obra altamente qualificada, bem como os apertados critérios de selecção e formação do restante pessoal» (director de pessoal). A rotação manter-se-á, aliás, elevada no ano seguinte, «com especial incidência na área de produção dos trabalhos subterrâneos, o que parece reflectir situações de inadaptação a este tipo de trabalho», como se reconhece no relatório do conselho de administração relativo ao exercício de 1991.

A média de idades (32 anos em 1989) reflectia a própria juventude da empresa. Por outro lado, 47 % do pessoal tinha um nível de escolaridade igual ou superior ao ensino secundário.

Não obstante o regime de laboração contínua e o elevado grau de planeamento, mecanização e automatização das operações de extracção, transporte e tratamento do minério, em 1989 — ano do início da laboração — houve apenas 48 acidentes com incapacidade por cada milhão de horas-homem trabalhadas.

Em 1990, o índice de gravidade dos acidentes (número de dias perdidos por acidente x 1000/número de horas trabalhadas) ficava muito aquém dos 5,32 da indústria extractiva (empresas com 100 ou mais trabalhadores) (*Quadro III*).

4.2. Política integrada de ambiente, segurança e saúde no trabalho

Adoptando uma atitude exemplar e pioneira em Portugal, a empresa promoveu a realização, no início da década de 80, de um estudo em que foram identificados os impactos do projecto mineiro sobre o ambiente entendido numa perspectiva sistémica.

«A política de ambiente da empresa foi (e tem sido desde então) a de harmonizar a integração do complexo mineiro, minimizando os seus efeitos negativos, a partir da fase de concepção» (director da mina). Nesse sentido foi tomado «um conjunto de medidas com vista a eliminar ou reduzir os efeitos do empoeiramento, do ruído, dos resíduos sólidos e líquidos e da poluição estética ou a preservar a qualidade da paisagem, o património histórico-arqueológico e até a potencialidade agrícola dos terrenos».

A eficácia do sistema de controle ambiental é, por seu turno, «permanentemente testada, através de redes de monitorização das emissões atmosféricas, da qualidade dos efluentes e dos níveis de ruído, tanto interna como externamente». No interior da mina, o ar que se respira é considerado «de melhor qualidade que o do metro de Lisboa», como fazem questão de frisar os responsáveis da empresa.

Outra vertente importante da política social é a segurança e saúde no trabalho. Em editorial publicado no boletim da empresa (1991), sob o título «Política de segurança, higiene industrial e protecção do ambiente», apontava-se, por exemplo, como objectivo da gestão «proporcionar um ambiente de trabalho onde a higiene industrial e segurança dos empregados tenha precedência em relação aos demais objectivos da empresa».

Num outro documento (que resume a sua história e a sua política) diz-se mais explicitamente que a empresa «adoptou, desde o início do projecto, uma política ambiental e de segurança que, atenta às normas e regulamentações internacionais, privilegiou desde sempre a saúde e bem-estar dos seus trabalhadores e da população em geral».

Estas três vertentes da política da empresa têm de ser entendidas no quadro de uma filosofia de responsabilidade social e valorização estratégica de recursos humanos. Tal resulta de uma «cultura de empresa que é ainda muito rara no nosso país» (director da mina).

Essa cultura de empresa «reflecte-se igualmente no pragmatismo e na gestão por antecipação» (director de pessoal). Por natureza, a indústria extractiva é «um negócio de alto risco» e com um horizonte temporal limitado (neste caso, e em princípio, trinta anos). Daí a preocupação em minimizar, à partida, os riscos em três grandes áreas:

- a) Pessoas (segurança e saúde);
- b) Património e ambiente (físico e social);
- c) Economia regional.

Esse pragmatismo traduz-se na relação custo/benefício. «A nossa gestão não é dirigida pelas cotações internacionais do cobre e do estanho; pelo contrário, é orientada para os custos e para os resultados. Por exemplo, a negociação com a seguradora é em função da taxa de sinistralidade» (director de pessoal).

É esse mesmo pragmatismo (que não se confunde com a «cultura do garimpeiro», historicamente dominante na nossa indústria mineira) que explicaria a importância atribuída às condições de trabalho, à política de remuneração e de *fringe benefits*, à formação profissional (a do mineiro é de cerca de cinco anos), aos apoios sociais e logísticos ao pessoal e às suas famílias, à qualidade de vida no trabalho, em suma.

Em 1990, os encargos com pessoal da mina representavam cerca de 1,9 milhares de contos por trabalhador/ano (*Quadro III*). As remunerações adicionais (o subsídio de turno, de trabalho nocturno e de laboração contínua, o subsídio de fundo, o prémio de produção, o trabalho suplementar e o subsídio de habitação) representavam só por si 45 % da remuneração base (excluindo os subsídios de férias e de Natal).

Igual importância é atribuída à investigação científica, à inovação tecnológica e organizacional, à prospecção de novas actividades e áreas de negócio, etc., a par da integração comunitária e do desenvolvimento da região (por exemplo, em 1991, a empresa despendeu localmente cerca de 100 000 contos em apoios directos de natureza muito diversa).

O objectivo explícito, em termos de gestão de recursos humanos, «é fixar as pessoas e dar-lhes um elevado grau de satisfação profissional, através de uma equilibrada integração na empresa e na comunidade» (director de pessoal).

4.3. Exemplos de acções no campo da SH&ST

Descrevem-se a seguir, em termos necessariamente sumários, alguns exemplos de actividades e programas neste domínio. Mas há outras acções implementadas, com reflexos na SH&ST, que nos limitamos a citar:

- Interdição do consumo de álcool no interior da mina;
- Seguro de saúde e acidentes pessoais;
- Subsídio de fundo, em vez de risco ou penosidade;
- Fornecimento de equipamento de protecção individual completo;

- Política de saúde nutricional (v. g., uma refeição gratuita por dia ou turno de trabalho, aproveitamento da gastronomia regional, preocupações dietéticas);
- Transporte colectivo do e para o local de trabalho (2500 km/dia);
- Educação para a saúde e a segurança no trabalho (v. g., cartazes, vídeos, boletim da empresa, sistema de sinalização);
- Formação ou treino das chefias intermédias em aptidões não cognitivas (v. g., comunicação, liderança, trabalho em equipa);
- Formação de equipas de primeiros socorros;
- Participação de quadros e técnicos no *challengers trophy*, etc.

4.3.1. Sistema integrado de segurança

A política na área da prevenção dos riscos profissionais implica a existência de um sistema integrado de segurança, de acordo com a metodologia e as normas do National Occupational Safety Association of South Africa (NOSA).

Este sistema de segurança, de origem americana, está implementado, entre outras, nas empresas mais modernas do sector mineiro da África do Sul. Um dos seus instrumentos metodológicos é constituído por uma grelha de avaliação das condições de trabalho, composta por 73 itens, divididos em cinco grandes grupos (loais de trabalho e organização, protecção mecânica e eléctrica individual, prevenção e combate a incêndios, registo de acidentes e investigação).

Cada um dos itens é pontuado de acordo com um padrão de qualidade. Da soma das pontuações obtém-se uma graduação numa escala que vai de 40 % - 50 % (aceitável) a 91 % - 100 % (excelente).

A percentagem obtida pela avaliação dos 73 itens das condições de trabalho é conjugada depois com o índice de frequência de acidentes (ou número de acidentes) para efeitos de classificação final.

Assim, para uma graduação de 91 % - 100 %, o índice de frequência num dado local ou posto de trabalho (v. g., trabalhos subterrâneos, instalações de superfície) só pode ser igual ou menor do que 5, enquanto para uma graduação de 40 % - 50 % esse índice não pode ser superior a 25.

A avaliação final traduz-se em estrelas (1 = aceitável; 2 = médio; 3 = bom; 4 = muito bom; 5 = excelente). Um dos postulados do sistema NOSA é o de que «há uma correlação positiva entre a *performance* de uma empresa e a sua classificação em estrelas» (chefe do departamento de segurança industrial e ambiente).

Este sistema começou a ser testado e posto em prática em finais de 1990. «Tivemos resultados lisongeiros que nos colocam, em alguns aspectos, a meio da tabela. Não é fácil chegar ao topo: é uma fasquia muito alta. No

entanto, o objectivo é trabalharmos para, num prazo relativamente curto, virmos a ser uma 'empresa de 5 estrelas'» (chefe do departamento de segurança industrial e ambiente).

Para isso todo o pessoal (incluindo o de gestão e de supervisão) recebe formação básica e contínua em H&ST.

4.3.2. Estruturas de participação

O sistema integrado de segurança implica ainda vários níveis de organização e participação do pessoal, desde uma comissão directora, composta pela administração da empresa e pela direcção da mina, que define as linhas estratégicas e se reúne mensalmente, até às subcomissões por cada nível organizacional (direcção ou área, departamento e sector). Por exemplo, a subcomissão de sector é composta pelo encarregado geral e respectivos trabalhadores e deve fazer uma *safety talk* de dez minutos, uma vez por semana, com base num tema livre (v. g., discussão de um incidente).

A nível de cada departamento há um «representante de segurança», escolhido pelo pessoal e devidamente credenciado pela direcção da empresa para fazer auditoria interna aos postos de trabalho.

Existe igualmente a *comissão de higiene e segurança*, de composição paritária, de acordo com o regulamento em vigor para o sector de minas e pedreiras, e uma subcomissão, de que faz parte o médico do trabalho, «para análise de casos de repetição de acidentes e de factores extralaborais que eventualmente possam estar na sua origem (familiares, conjugais, psicológicos, clínicos, etc.)» (médico do trabalho).

A par disso, há a criação, formação e treino periódico de *equipas de intervenção de primeiros socorros*, constituídas por voluntários com determinados requisitos, um dos quais é ser saudável e possuir estilos de vida saudáveis. Tem-se estimulado a sua participação em competições internacionais.

4.3.3. Controle de factores de risco

A empresa tem tido a preocupação de prevenir os riscos profissionais nas sucessivas fases de concepção e execução do projecto mineiro, desde a aquisição de máquinas e equipamentos com elevados padrões de segurança até à organização do trabalho, no fundo da mina, por equipas.

Mas, «sempre que se detectam situações que podem representar perigo ou dano para a saúde dos trabalhadores, a empresa procura avaliá-las e corrigi-las. Foi o caso, por exemplo, das oficinas centrais, em que, já depois da sua construção, se verificou não ser aceitável o nível de exposição ao ruído» (enfermeiro

de saúde ocupacional). Procedeu-se então à sua insonorização, através da aplicação de reboco acústico e absorsores, no valor de vários milhares de contos.

4.3.4. Criação de serviços de saúde ocupacional

Foi montado de raiz um centro de saúde, cujas excelentes instalações e equipamentos (electrocardiografia, salas de radiologia, de reanimação, de pequena cirurgia, etc.) permitem a prestação de cuidados em situações de urgência.

Em casos mais graves há o recurso ao hospital distrital mais próximo. Para o efeito, duas ambulâncias, uma à superfície e outra no fundo da mina, estão permanentemente prontas para qualquer emergência médica. «O acidente mais grave foi em 1990, quando um desabamento atingiu 5 trabalhadores no interior da mina. Foi de noite, estava um enfermeiro de serviço, o sistema de alarme funcionou correctamente» (enfermeira de saúde ocupacional).

Funcionando 24 horas por dia, o centro está igualmente apto para prestar cuidados no âmbito da medicina do trabalho: 1 médico do trabalho e 5 enfermeiros e os meios técnicos necessários (audiometria, espirometria, análises clínicas, etc.) permitem a realização dos exames iniciais, ocasionais e periódicos de vigilância da saúde dos trabalhadores. É um serviço clássico excepcionalmente bem equipado.

O centro prestava ainda, em 1991, cuidados de clínica geral e de especialidade (oftalmologia, estomatologia e otorrino), estes últimos no centro de saúde da sede do concelho, equipado para o efeito pela empresa em cooperação com a então administração regional de saúde do distrito.

«Dadas as características sociodemográficas da população trabalhadora, não há ainda doenças profissionais de notificação obrigatória ou doenças relacionadas com o (ou agravadas pelo) trabalho. Uma das nossas grandes preocupações é a exposição ao ruído, os estilos de vida, incluindo, mais recentemente, o problema da droga» (médico do trabalho).

4.3.5. Controle e prevenção do absentismo devido a incapacidade

Um conjunto de acções têm vindo, entretanto, a ser tomadas com vista a reduzir, controlar e prevenir o absentismo, nomeadamente devido a doença ou acidente.

Mesmo com uma taxa de absentismo baixa (3,6, por motivo de incapacidade), o número de dias perdidos por trabalhador (em média, 9,5) era ainda alto, em 1990, para uma empresa de ponta, com elevado grau de programação das suas actividades. «Um nível de

absentismo como este custa à empresa 120 000 contos» (director de pessoal).

«O problema mais grave é, entretanto, o dos trabalhadores com incapacidade de longa duração, geralmente por motivo de acidente» (médico do trabalho). A incapacidade era responsável pela perda de mais de 76 000 horas de trabalho, cabendo à doença e aos acidentes 51 % e 23 %, respectivamente, do total das ausências relativamente ao ano de 1990.

Em caso de acidente, ou «baixa» por doença, igual ou superior a dez dias, o trabalhador é sujeito a exame médico. A par disso, há uma consulta diária de clínica geral e está assegurada a disponibilidade permanente do pessoal de enfermagem com vista ao diagnóstico precoce, à prevenção e ao tratamento das situações de doença súbita ou aguda.

Foi igualmente posto em prática um programa de vacinação contra doenças de fácil prevenção, como a gripe ou a hepatite B.

«A organização do trabalho por equipas, no fundo da mina, é vista igualmente como uma forma de suporte social» (médico do trabalho).

Finalmente, há um prémio mensal de produção, atribuído a todos os trabalhadores até ao nível 8 da grelha de Hay (que tem 15 níveis). No caso dos mineiros, pode atingir mais de 25 % do salário base, excluindo o subsídio de fundo, as diuturnidades e as anuidades. Uma ou mais faltas injustificadas ou três ou mais faltas justificadas implicam a perda da totalidade do prémio. A infracção de normas de H&ST, a não comparência a exames programados pelo serviço de medicina do trabalho ou a negligência no cumprimento das funções atribuídas são factos que, desde que apurados e comunicados à hierarquia, levam à perda do prémio de produção.

Em 1991, a taxa geral de absentismo tinha descido para 4,7 %, em 1993, para 3,55 (com um número de efectivos médios de 969). Nesse ano, a taxa de absentismo por incapacidade (devida a doença ou acidente) era apenas de 2,55. O número de dias de ausência por trabalhador devido a incapacidade era então de 6,4 e a duração média dos períodos de ausência por incapacidade andava à volta dos 25 dias e meio (9,5 e 37,9, respectivamente, em 1990).

4.3.6. Actividades desportivas, recreativas e culturais

Há um notável conjunto de equipamentos e actividades que funcionam com carácter regular nas duas localidades mais próximas da mina: cinema, videoteca, campo de ténis, classes de ginástica, de judo e de natação, etc. A par disso, são organizados regularmente torneios desportivos, passeios, festas de convívio, concursos de fotografia, espectáculos, exposições artísticas, etc.

A empresa «tem vindo a incrementar o papel destas actividades como meio de ocupação dos tempos livres

dos seus trabalhadores e familiares e como elo de ligação às populações locais» (director de pessoal).

4.4. Avaliação

4.4.1. Participação

O manual NOSA, traduzido e adaptado para português, «está distribuído a todos os indivíduos da mina acima de chefe de equipa (os representantes de segurança, que são eleitos pelo pessoal de cada departamento, e as chefias, incluindo os encarregados de sector)» (chefe de departamento de segurança industrial e ambiente).

A formação em H&ST abarca a totalidade do pessoal e representava, em 1991, cerca de 17 horas por trabalhador/ano. A comissão de H&ST reúne-se, em princípio, uma vez por mês, embora eventualmente com risco de sobreposição com outras estruturas dominadas pela hierarquia no âmbito do sistema NOSA. À data a representação do pessoal era feita por quatro elementos (três eleitos por áreas e um que aguardava a nomeação por parte dos sindicatos).

Não havia comissão de trabalhadores e a taxa de sindicalização era considerada «anormalmente baixa» (dirigente sindical) num sector de actividade — a indústria extractiva — em que um em cada dois trabalhadores está sindicalizado (dados do balanço social de 1990).

«A participação sindical não é combatida pela empresa» (director da mina), embora porventura não seja desejável. «Em todo o caso, há alguma dificuldade dos sindicatos em lidarem com um tipo de empresa como a nossa, que paga três a quatro vezes acima do contrato colectivo vertical dos mineiros e que oferece boas condições de trabalho.»

Desconhecemos, por outro lado, a composição socioprofissional dos representantes eleitos pelo pessoal no âmbito da H&ST.

4.4.2. Abordagem integrada

Quando um absentismo de 4 % custa à empresa 120 000 contos (não falando dos custos ocultos), «o investimento no domínio da SH&ST é visto como reprodutivo em termos económicos e sociais» (director da mina), tanto mais que praticamente ficou esgotada toda a mão-de-obra masculina jovem da região.

Por outro lado, há decisões que escapam a uma estrita lógica economicista, como, por exemplo, a de construir e equipar uma unidade de saúde que acaba por estar subaproveitada. A sua existência é justificada também «em termos da segurança psicológica que transmite aos trabalhadores» (director da mina).

Muitos dos aspectos da política da empresa, com

reflexo na SH&ST, são inovadores não só no contexto nacional como internacional. Destaque-se, entre outros, a política de habitação da empresa, que construiu (ou recuperou) cerca de 300 fogos para alojar o seu pessoal e respectivas famílias, vindos de fora da região, «de modo a disseminá-los e a integrá-los nas comunidades vizinhas, contrariamente ao tradicional modelo do *ghetto* mineiro» (director da mina).

Mais polémico é o *prémio de produção*, que é calculado em função da percentagem de realização em relação ao planeado: se é certo que o pessoal de produção directa (v. g., mineiros a trabalhar no fundo) recebe o dobro do prémio, em termos de percentagem, relativamente a outras categorias de pessoal (v. g., pessoal técnico de apoio a trabalhos de superfície, na área de topografia), também é verdade que esse mesmo pessoal perderá automaticamente o direito à totalidade do prémio (que é mensal) em caso de incapacidade temporária para o trabalho igual ou superior a três dias num dado mês.

Em 1990, o prémio de produção representou, em média, 13 % da remuneração base (excluindo os subsídios de férias e de Natal).

Por outro lado, o famigerado prémio de risco e penosidade, que ainda hoje é objecto de negociação na contratação colectiva e é tradicionalmente reivindicado pelos sindicatos mineiros, foi substituído por um subsídio de fundo (13 % do salário base) e pela criação de condições de trabalho exemplares.

4.5. Algumas questões-chave

Há quem pense que «a empresa teve sorte com os quadros que seleccionou e que pertencem a uma geração ecológica» (chefe da divisão de produção/trabalhos subterrâneos). Na realidade há uma grande sensibilidade ambiental, pelo menos por parte dos quadros.

Em relação à saúde, contudo, predominava ainda um conceito algo redutor, próximo do paradigma naturalístico-ecológico, não sendo porventura dada a devida importância aos factores psicossociais no trabalho.

Por outro lado, havia uma certa dissociação da saúde em relação à segurança e ao ambiente. Organicamente, estavam ao mesmo nível, constituindo três departamentos distintos. A segurança industrial e o ambiente tinham estado inicialmente integrados num departamento autónomo. A saúde ocupacional, por sua vez, fazia parte da direcção de pessoal.

Em terceiro lugar, se a segurança não se negocia (pelo menos no discurso oficial e oficioso da empresa), «na prática há (ou pode haver) um certo conflito entre a produção e a segurança» (chefe de equipa/trabalhos subterrâneos).

Por fim, o sistema NOSA pareceu-nos bastante redutor, privilegiando mais os factores do ambiente físico do que os do ambiente psicossocial de trabalho.

Na perspectiva da PST, é igualmente importante o enfoque nos estilos de vida e nas características individuais e culturais dos trabalhadores. Problemas como o tabaco, o álcool, a droga, a alimentação desequilibrada, os acidentes de trajeto, as doenças sexualmente transmissíveis (incluindo a sida), etc., ainda não eram discutidos, na altura, com a mesma frontalidade com que a empresa já abordava outras questões-chave, como a segurança, o ambiente ou a abertura à comunidade.

A PST implica, por outro lado, a efectiva e concreta participação dos trabalhadores e dos seus representantes, o que pode ser dificultado por uma fraca representação sindical, a que não serão estranhas as características sociodemográficas da mão-de-obra (jovem, com habilitações literárias acima da média, com formação profissional, etc.), bem como as boas condições de trabalho e de emprego oferecidas.

Finalmente, até que ponto a cultura de empresa é um factor que favorece a PST? É inegável que há aqui uma cultura de empresa muito própria, mesmo que essa cultura seja ainda o resultado de um *melting pot* (quadros oriundos de diversas origens e proveniências, incluindo a África).

Constatava-se, por exemplo, «um certo orgulho em trabalhar na empresa, mesmo ao nível do trabalhador de fundo» (chefe de equipa/trabalhos subterrâneos), não obstante um certo divórcio (provavelmente inevitável no início) entre «colarinhos azuis» e «colarinhos brancos».

Essa cultura de empresa passava igualmente por um conjunto de normas, valores, representações e rituais que nos pareceram potencialmente favoráveis ao desenvolvimento da perspectiva da PST.

5. Caso B: «saúde e qualidade de vida» numa administração local

5.1. Enquadramento

A autarquia local engloba a câmara municipal (CM) e os respectivos serviços municipalizados de água e saneamento (SMAS).

Em 1990, sete em cada dez trabalhadores eram pouco ou nada qualificados, pertencendo às categorias de pessoal operário e auxiliar. No caso dos serviços camarários, trabalhavam sobretudo nos departamentos de obras municipais (projectos, obras, infra-estruturas, transportes e manutenção) e de ambiente (salubridade, espaços verdes, mercados, cemitérios).

O absentismo por incapacidade (doença e acidente de trabalho) era elevado, tanto na CM como nos SMAS (*Quadro III*). Na CM, uma em cada três faltas por doença ou acidente, em 1990, tinha-se verificado na divisão de salubridade do departamento de ambiente, à qual incumbe a recolha nocturna e diurna de lixo, bem como a limpeza urbana.

No caso dos SMAS, mais de 80 % dos acidentes tinham ocorrido com trabalhadores de um único departamento, o de exploração (construção, operação e manutenção de redes de água e saneamento).

5.2. História do projecto

Antecipando-se à futura lei de bases sobre SH&ST, a CM e os SMAS passaram a ter desde 1990 um serviço comum de saúde ocupacional (SSO). O projecto «Saúde ocupacional, prevenção e qualidade de vida» inspirou-se, em grande medida, na experiência de reorganização dos serviços de saúde da TAP-Air Portugal (Leal, 1993).

Apresentado ao executivo camarário em Setembro de 1989, implicava a integração dos cuidados de saúde e a negociação de um pacote de seguros (ramos *propriedade e acidentes, vida e doença*).

Até 1987 o pessoal da autarquia tinha um CCD (centro cultural e desportivo). Os CCDs nasceram com o 25 de Abril, na sequência da democratização do poder local. Eram estruturas geridas pelos trabalhadores, embora sem estatuto jurídico. Era através do CCD que, no caso desta autarquia, se exploravam certos equipamentos sociais (v. g., refeitório, creche e jardim-de-infância) e se prestava assistência médica aos trabalhadores. Com a reestruturação, em 1987, dos serviços camarários, as actividades e as competências do CCD passaram para o departamento de recursos humanos.

Por parte do autor do projecto, médico da autarquia desde há mais de uma década, «havia uma clara percepção de que os graves problemas de saúde dos trabalhadores não podiam ser desligados das suas condições de vida e de trabalho concretas». Por parte dos eleitos, responsáveis pelos pelouros mais críticos, havia sobretudo uma preocupação com os elevados índices de absentismo e acidentes de trabalho, a par de uma baixa auto-estima dos trabalhadores e de uma má imagem no exterior.

Procurou-se desde o início envolver as duas comissões de trabalhadores na discussão e negociação do projecto. Como contrapartida aos novos prémios de seguros, a seguradora, que foi escolhida pela autarquia em concurso público, comprometeu-se a co-financiar a organização e o funcionamento do SSO.

5.3. Objectivos e actividades

Promover a saúde, prevenir a doença e o acidente, humanizar o trabalho e garantir a equidade face à saúde são os quatro grandes objectivos do projecto.

Servindo uma população de cerca de 9000 pessoas (trabalhadores no activo ou reformados e respectivos familiares directos), o SSO deveria ter, no futuro, uma estrutura departamental. Uma das suas grandes áreas é

a dos cuidados de saúde primários. As outras áreas são: medicina do trabalho, psicologia do trabalho, fisiologia e ergonomia, higiene industrial, prevenção e segurança, epidemiologia e biostatística.

Como programas comuns às várias áreas (alguns ainda em fase de projecto), podiam citar-se, em 1991, os seguintes:

- Prevenção e diagnóstico precoce do colo do útero e da mama;
- Intervenção nos problemas do álcool;
- Formação da comissão de condições de trabalho, segurança e saúde;
- Educação para a saúde;
- Prevenção das patologias construtivas (espaços de trabalho);
- Gestão do *stress* ocupacional;
- Estudo ergonómico do vestuário de trabalho;
- Prevenção das lombalgias;
- Ginástica de pausa e de manutenção;
- Pré-colocação e recolocação de diminuídos por acidente ou doença;
- Prevenção das micoses cutâneas;
- Rastreio de risco de doença cardiovascular, etc.

5.4. Alguns programas em execução

Dos programas em curso descrevem-se sucintamente apenas três: a prevenção e o diagnóstico precoce do cancro da mama e do útero, a intervenção nos problemas do álcool no trabalho, a prevenção e a reparação dos acidentes. Mais recentemente, o SSO da CM&SMAS pôs em marcha um programa específico visando reduzir, controlar e prevenir as incapacidades para o trabalho, nomeadamente as de longa duração.

5.4.1. Prevenção e diagnóstico precoce do cancro do colo do útero e da mama

Foi dada prioridade a este programa porque, em primeiro lugar, são duas neoplasias que podem ser diagnosticadas precocemente. Depois, um em cada quatro trabalhadores da autarquia é do sexo feminino.

No dia escolhido para fazer o exame médico e as análises clínicas, a mulher não vai trabalhar. «É o dia da saúde» (médica de clínica geral, responsável à data pelo programa). Pretendia-se com isso «desdramatizar o rastreio oncológico, enfatizando-se a saúde e não a doença».

Trata-se de um programa clássico. «A diferença está na presença da enfermeira, que faz ensino individual sobre prevenção e detecção precoce do cancro na mulher. O ensino de grupo é feito através de vídeo na sala de espera e por módulos específicos de formação.»

O Código Europeu contra o Cancro teve ampla

divulgação pelos locais de trabalho, bem como as instruções para o auto-exame do peito.

5.4.2. Intervenção nos problemas do álcool

Em 1991 havia uma elevada percentagem de trabalhadores com síndrome da dependência alcoólica ou que eram considerados bebedores excessivos. Três razões são apontadas para fundamentar uma intervenção neste domínio, onde a tentação é, na maior parte das empresas, optar por medidas disciplinares: a melhoria da imagem externa da autarquia, a segurança de pessoas e bens e a saúde dos trabalhadores.

O consumo de álcool era, de resto, facilitado pela existência de vários bares nos locais de trabalho, bem como pela mobilidade espacial dos trabalhadores. Uma grande parte do pessoal operário e auxiliar trabalha habitualmente em brigadas móveis ou não tem postos de trabalho fixos.

Além disso, estes trabalhadores (v. g., cantoneiros de limpeza que fazem a recolha diurna ou nocturna do lixo, jardineiros e ajudantes de jardins, cabouqueiros que trabalham na construção ou manutenção de redes de água e saneamento, motoristas) são mal pagos, têm uma baixa auto-estima e, alguns, um segundo emprego. O seu trabalho na autarquia não é socialmente valorizado. E uma parte deles (5% do total dos efectivos) são cabo-verdianos, vivendo em condições de habitação precárias (em bairros degradados ou em camaratas, aqueles que não têm família em Portugal).

Iniciado em Agosto de 1990, o programa tinha como objectivo a prevenção da doença e do acidente (rodoviário, de trabalho ou *in itinere*), o diagnóstico precoce de risco de doença, o tratamento imediato, a limitação de eventuais sequelas e da incapacidade, a reabilitação e a reintegração profissional. O programa tinha igualmente uma componente de investigação epidemiológica.

A independência técnica e o segredo profissional dos membros da equipa do SSO constituíam, à partida, garantias de que o programa não seria desvirtuado e de que não teria objectivos de controle social ou disciplinar.

Por seu turno, as comissões de trabalhadores e as comissões sindicais fizeram sentir que nunca aceitariam medidas repressivas ou punitivas, e nomeadamente a abolição pura e simples das bebidas alcoólicas, vendidas nos bares, junto dos locais de trabalho, a preços bastante módicos. Em contrapartida, propuseram uma intervenção faseada em relação ao problema:

- 1) Diminuição da oferta de bebidas alcoólicas;
- 2) Introdução de sumos, bolos e sandes;
- 3) Venda desses produtos a preços mais reduzidos do que a concorrência (os cafés e as tabernas nas imediações nos locais de trabalho);

- 4) Melhoria da qualidade das refeições servidas nos refeitórios.

Uma ideia que, entretanto, foi inviabilizada por limitações financeiras era a de distribuir a meio da manhã uma merenda, constituída por uma peça de fruta, um pacote de leite e uma sanduíche.

Trata-se, pois, de um programa tecnicamente complexo, «o mais complexo e delicado com que se defronta a equipa do SSO» (psicóloga, responsável pelo programa). A equipa era constituída por 1 psicóloga clínica, que coordenava o programa, 1 médica de clínica geral, 2 enfermeiras, 1 assistente social e, posteriormente, 1 médico psiquiatra.

O programa iniciou-se por uma ampla campanha de sensibilização e esclarecimento sobre o álcool, o trabalho e a saúde. Com um objectivo pedagógico, foi instalado no gabinete de cuidados de saúde primários, junto ao refeitório principal, um aparelho para medição da taxa de alcoolemia após o almoço, realizada na presença e sob orientação do pessoal de enfermagem.

Procurou-se, simultaneamente, fazer educação para a saúde e ligar o problema do álcool à alimentação. Incentivaram-se as pessoas, através do ensino individual a cargo da enfermeira, a tomarem o pequeno-almoço antes de irem para o trabalho e a comerem amiudadas vezes.

A metodologia seguida foi a seguinte:

- 1) Começaram por ser convocados ao SSO os trabalhadores das áreas de maior risco: os cantoneiros da CM (cerca de 270), os cabouqueiros e varejadores dos SMAS (cerca de 60) e os motoristas de ambas as estruturas (cerca de 100);
- 2) A enfermeira fazia um primeiro diagnóstico, tendo por base uma entrevista clínica e a aplicação da grelha Le Gô, do teste CAGE e de um questionário sobre hábitos de consumo de bebidas alcoólicas;
- 3) A técnica de serviço social fazia depois uma entrevista sobre problemas familiares, de habitação, de trabalho, etc;
- 4) A avaliação da personalidade do indivíduo era feita pela psicóloga.

Numa segunda fase, o psiquiatra e a psicóloga faziam o acompanhamento dos casos diagnosticados e remetidos para tratamento. Procurou-se privilegiar o apoio sociofamiliar e a criação de grupos de auto-ajuda.

5.4.3. Prevenção e reparação dos acidentes

O objectivo principal foi o de mudar atitudes e comportamentos tanto dos trabalhadores como dos chefes e encarregados. Procurou-se introduzir uma nova metodologia na prevenção e reparação do acidente de

trabalho. Anteriormente, «a única preocupação das chefias era o elevado número de dias de ausência ao trabalho que o acidente implicava para cada divisão ou sector. O acidente era encaminhado para o departamento de recursos humanos e só voltava a haver um contacto com o trabalhador após a alta» (técnico de segurança, responsável pelo programa).

A investigação sistemática e participada de todos os acidentes de trabalho, com ou sem incapacidade, bem como de todos os incidentes, permitiu um melhor conhecimento e uma intervenção mais eficaz no domínio das condições de trabalho.

Por outro lado, passou a haver uma nova filosofia em matéria de reabilitação e de reparação. «Dantes encorajava-se o recurso a qualquer clínica privada que tivesse acordo com a seguradora. Agora procura-se melhorar o acompanhamento do sinistrado pelo SSO. Além disso, privilegia-se a recuperação no local de trabalho» (técnico de segurança).

Por fim, começou-se a criar uma rede de operadores de segurança, um operador por cada local de trabalho, na esperança de que ele também passe a ser um intérprete da filosofia do projecto e um promotor de saúde.

5.4.4. Controle e prevenção do absentismo por incapacidade

Já em 1991, o SSO começou a preocupar-se com a recolha e o tratamento dos dados relativos ao absentismo e, em particular, dos casos com ausências iguais ou superiores a trinta dias devidas a doença, acidente ou outros factores de natureza psicossocial.

Num estudo realizado pelo SSO, em 1992, sobre os casos de incapacidade de longa duração ocorridos em 1990 e 1991 ($n = 208$), de que foi seleccionada uma amostra ($n = 94$), conclui-se que:

- a) Cerca de três quartos dos casos referiam-se a pessoal operário e auxiliar do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos, casados, com filhos menores de 12 anos (53 %), e um baixo rendimento familiar (70 contos/mês, em média);
- b) As causas referidas para as ausências ao trabalho iguais ou superiores a trinta dias foram, por ordem de importância, a doença ou o acidente (89 %), os problemas de saúde dos filhos (34 %), o segundo emprego em *part time* (32 %) e a resolução de problemas pessoais (32 %);
- c) As condições de trabalho eram consideradas deficientes (86 %);
- d) A satisfação no trabalho era baixa para 38 % dos inquiridos;
- e) Mais de um terço gostaria de mudar de actividade;

f) Cerca de 46 % referiam existir um elevado nível de conflitualidade interpessoal no local de trabalho;

g) E, finalmente, mais de metade referia ter problemas de doença crónica, nomeadamente osteomusculares (23,4 %) e nervosos (17 %) (dados citados por Graça *et al.*, 1994).

Por outro lado, a análise sistemática e participada de todos os acidentes e incidentes permitiu ao SSO conhecer melhor a sua etiologia e tomar algumas medidas preventivas. «A participação de trabalhadores e chefias foi muito importante» (psicólogo, responsável pelo programa de absentismo). Excluindo os SMAS, o número total de dias perdidos por acidente, que era de 7481, em 1990, passou para 3025, em 1993 (uma redução da ordem dos 60 %) (Graça *et al.*, 1994).

Entretanto, foi posto em marcha o programa de reabilitação e reintegração no local de trabalho, que iria dar excelentes resultados, envolvendo desde 1989 mais de 200 trabalhadores. Num estudo avaliativo feito pelo SSO, em 103 trabalhadores já reabilitados, 71 tinham sido colocados num posto de trabalho melhorado (em geral, no mesmo departamento) e apenas 31 tinham permanecido no mesmo posto de trabalho, depois de algumas correcções ou com algumas limitações funcionais (Graça *et al.*, 1994).

Ainda na perspectiva da prevenção da incapacidade, começou a ser feita, em 1993, a vacinação contra a gripe e a hepatite B e deu-se início ao programa de prevenção das lombalgias.

E nesse mesmo ano era criada a comissão paritária de bem-estar, saúde e segurança no trabalho.

Em 1992, e para uma população média de 1286 trabalhadores (excluindo os SMAS), a taxa de absentismo específico (por incapacidade devida a doença ou acidente) já tinha baixado para 7,2. E o número médio de dias de ausência por incapacidade era agora de 18 por trabalhador, enquanto o número médio de dias de ausência por período de ausência se situava à volta dos 13,8 (*Quadro III*).

No final de 1994, o SSO julga poder estar em condições de ter um controle efectivo do problema do absentismo por incapacidade, através da redução dos atestados médicos particulares e de um maior envolvimento de trabalhadores e chefias na identificação, caracterização e resolução das causas que lhe estão subjacentes.

5.5. Avaliação

5.5.1. Participação

Houve inicialmente um grande empenhamento e envolvimento do executivo camarário (mas não de todos os vereadores) e das comissões de trabalhadores.

E, em menor grau, dos directores de serviço ou departamento, que, numa autarquia local, têm menos poder e *status* do que os gestores de nível equivalente nas empresas privadas.

Quanto à generalidade do pessoal, houve sobretudo uma certa expectativa, variando a participação conforme o tipo de programas.

No caso do programa do cancro do colo do útero e da mama, «a participação foi inicialmente elevada (60 % - 75 %)» (clínica geral, responsável à data pelo programa). A adesão ao programa do álcool no trabalho terá sido menor («cerca de 50 % da população-alvo»).

Por outro lado, as chefias intermédias passaram a participar na investigação causal dos acidentes, «o que foi um importante passo no sentido da sua co-responsabilização» (técnico de segurança).

A comissão paritária de SH&ST tomou, entretanto, posse em 1994.

5.5.2. Abordagem integrada

O programa do cancro do colo do útero e da mama era então inédito, não se fazendo praticamente nas empresas portuguesas, nem mesmo nas unidades locais do serviço nacional de saúde.

Quanto ao programa do álcool no trabalho, a campanha, que começou por ser dirigida aos motoristas, teve um tom alegre, pedagógico e não estigmatizante. Os trabalhadores, por seu turno, responderam positivamente à ideia de irem «soprar no balão» após o almoço. Por outro lado, a presença de uma enfermeira era uma garantia de confidencialidade.

Este projecto (como a maior parte dos outros) era «impensável sem uma verdadeira equipa de saúde ocupacional, composta por mais de vinte profissionais com diferentes formações, e sem um novo quadro teórico de referência, inspirado, no essencial, nas orientações mais recentes da OMS e da OIT» (director do SSO).

Registe-se igualmente uma mudança de atitude do sector segurador, co-financiando o projecto na expectativa de uma redução significativa da sinistralidade laboral e dos encargos com a reparação.

Por outro lado, e também contrariamente ao que é habitual nas empresas portuguesas, o SSO da CM&SMAS não está organicamente dependente do departamento de recursos humanos, reportando-se directamente ao executivo camarário (através do vereador do respectivo pelouro).

Uma avaliação em termos de custo/benefício é, no entanto, metodologicamente difícil para um serviço de saúde ocupacional e para uma administração local, nomeadamente em programas de prevenção da doença e de promoção da saúde.

No entanto, a política da autarquia no domínio do absentismo foi considerada suficientemente inte-

ressante e inovadora, a ponto de figurar, como estudo de caso, entre os cinco exemplos escolhidos para ilustrar as iniciativas que, a nível dos locais de trabalho, estão a ser levadas a cabo na União Europeia com o objectivo de controlar, reduzir e prevenir o absentismo por incapacidade temporária ou de longa duração (Grüdemann *et al.*, 1994).

5.6. Algumas questões-chave

Trata-se de um projecto sem dúvida generoso, mas também muito ambicioso, cujo orçamento atinge a fasquia excepcional dos 3 % da massa salarial. Justificar-se-á, no entanto, a existência de serviços privativos de medicina curativa, e sobretudo de certas especialidades médicas, a par da existência de um seguro de saúde/doença? Até que ponto uma excessiva oferta não induzirá um incontável aumento da procura e, com ela, o efeito perverso das listas de esperas e demais ineficiências?

Por outro lado, um projecto desta natureza, e para mais numa autarquia, tem de dar provas de grande habilidade política e de capacidade de negociação. Não basta conquistar o apoio do executivo camarário e dos representantes dos trabalhadores. É preciso estar atento às diferentes tendências políticas dos eleitos. Mas outros aliados importantes são, sem dúvida, as chefias directas e os quadros intermédios, para quem nem sempre é imediatamente perceptível a utilidade de programas de prevenção da doença e/ou de promoção da saúde. «Sobretudo quando as expectativas criadas são altas» (chefe do departamento de recursos humanos).

Além disso, muitas vezes os trabalhadores (e os seus representantes) têm uma percepção errada do verdadeiro papel do serviço de saúde na empresa, sobrevalorizando a medicina tecnicista e os exames médicos realizados com recurso a sofisticados e dispendiosos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

O exemplo desta autarquia mostra, todavia, que a PST nunca se confunde com medidas disciplinares, como no caso da abordagem dos problemas do álcool no trabalho.

No entanto, uma maior participação dos trabalhadores e dos seus representantes, bem como das chefias directas e quadros intermédios, na concepção, planeamento e avaliação dos programas será porventura desejável (e vantajosa) em termos futuros.

6. Avaliação da inovação

Utilizando os cinco critérios constantes do *Quadro 1*, poderíamos fazer uma avaliação, em termos

necessariamente qualitativos, das duas experiências acima descritas (*Quadro IV*).

No caso A (empresa mineira) há três critérios de inovação que, quanto a nós, estão claramente presentes (+):

- a) As acções no domínio da SH&ST não se dirigem a grupos de risco específicos, tendo como população-alvo não só os trabalhadores da empresa, como, em parte, a própria comunidade local; se bem que os quadros superiores tenham o privilégio de poderem fazer os seus *checkups* periódicos de saúde fora da empresa, muitos deles recorrem ao próprio serviço de medicina do trabalho; as restantes acções compreendem todos os grupos profissionais (é o caso, por exemplo, da formação em SH&ST);
- b) Têm uma perspectiva integrada e global dos problemas de SH&ST, combinando actividades de natureza mais preventiva (v. g., medicina do trabalho) com acções mais dirigidas à melhoria do ambiente físico e psicossocial de trabalho (v. g., trabalho em equipa, avaliação do clima organizacional, avaliação periódica das condições de trabalho, apoio sociocultural);
- c) As acções no domínio da SH&ST decorrem da política estratégica da empresa, procurando dar igual ênfase à prevenção dos riscos profissionais e à promoção do bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores. Através dos centros de custos, pode dizer-se que há um orçamento específico para a área da SH&ST.

Em relação aos restantes critérios, há algumas reservas (+/-), que passamos a justificar:

- a) Havia, em 1991, alguns problemas de articulação entre as áreas do ambiente, da segurança e da saúde; o papel da medicina do trabalho era ainda muito clássico e a enfermagem estava mais orientada para os cuidados curativos;
- b) Não havia estruturas de representação dos trabalhadores (à parte a comissão paritária de H&ST, prevista no regulamento geral de H&ST das minas e pedreiras, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 162/90, de 22 de Maio)); a participação do pessoal era feita através do nível hierárquico e no âmbito estrito do sistema de segurança NOSA; a figura do «representante da segurança», eleito por áreas ou departamentos, não é exactamente equivalente à do «representante dos trabalhadores» para a área da SH&ST, prevista no artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro.

A figura agora criada — o representante dos trabalhadores no domínio da SH&ST — inspira-se na tradição escandinava e deverá ser eleita por voto

directo e secreto, segundo o princípio da representação pelo método de Hondt, em listas apresentadas pelas organizações sindicais (Graça, 1993a).

Em relação ao caso B (autarquia), há três critérios de inovação que estão claramente presentes (+), em nosso entender:

- a) O projecto abrange toda a população trabalhadora (incluindo as suas famílias, pelo menos ao nível da prestação de cuidados de saúde primários); todavia, alguns dos principais programas tendiam a ser claramente dirigidos a grupos de risco (v. g., mulheres, pessoal operário e auxiliar);
- b) Praticamente todas as acções são concebidas, planeadas e executadas por equipas, compostas por elementos com diferentes formações;
- c) Havia uma política de saúde, escrita e assumida pelo executivo camarário, e um orçamento específico.

Em relação aos restantes critérios, há algumas dúvidas (+/-) quanto:

- a) À natureza global e integrada das intervenções, devido à real dificuldade em modificar, numa autarquia, o conteúdo, a organização e as demais condições de trabalho;
- b) Aos programas e acções que tendem a ser concebidos, planeados e executados de uma perspectiva *top-down* (de cima para baixo) pelo SSO; embora os profissionais de SH&ST trabalhem em equipa, estavam ainda, em 1991, algo divorciados dos principais departamentos (a começar pelo de recursos humanos) e a

Quadro IV
Aplicação dos critérios de inovação

Critérios	Casos	
	A (mina)	B (autarquia)
1. Abrange toda a população trabalhadora	+	+
2. Implica uma intervenção global e integrada	+	+/-
3. Pressupõe uma perspectiva pluridisciplinar e pluriprofissional	+/-	+
4. Exige o envolvimento dos trabalhadores	+/-	+/-
5. É parte integrante da política estratégica da empresa e tem um orçamento específico	+	+

representação dos trabalhadores fazia-se apenas através das comissões de trabalhadores, politicamente próximas do executivo camarário.

É provável que esta última situação venha a modificar-se com a criação, em 1993, da comissão paritária de SH&ST, que integra elementos eleitos dos trabalhadores e representantes da administração.

7. Conclusão

É difícil tirar lições da análise destes dois estudos de caso e generalizá-las para o conjunto das empresas e demais organizações portuguesas.

Em primeiro lugar, não temos ainda suficiente informação do que se passa noutras empresas, nomeadamente as de menor dimensão, e noutros sectores de actividade (v. g., indústria transformadora, obras públicas e construção, banca e seguros). Todavia, é relativamente pacífica a ideia de que a aprovação do acordo específico sobre SH&ST obtido em sede de concertação social e que daria origem ao Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de Novembro, bem como a celebração do Ano Europeu para a SH&ST, em 1992, não criaram — como alguns desejariam e esperariam, a começar pelo governo — uma «dinâmica de mudança».

Pelo contrário, dirão os mais pessimistas, a SH&ST deixou de estar na «agenda política» dos parceiros sociais, à volta, no recém-criado Conselho Económico e Social, com coisas bem mais concretas e tangíveis do que a saúde no trabalho.

Em segundo lugar, ninguém sabe como, quando e por que meios vai ser avaliada a execução do acordo específico sobre SH&ST, nem muitos menos qual o papel que irá efectivamente desempenhar o recém-criado IDICT — Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho.

Last but not least, continuamos a ter o álibi da falta de regulamentação: na realidade, matérias cruciais, como a organização e o funcionamento dos serviços de SH&ST ou a representação dos trabalhadores, continuam por regulamentar ou não são pacíficas as soluções encontradas (como é o caso do polémico Decreto-Lei n.º 26/94, de 1 de Fevereiro).

Todavia, nada disto impede que, aqui e agora, nos locais de trabalho, gestores, trabalhadores e profissionais de SH&ST façam coisas interessantes e até inovadoras. Que factores podem favorecer ou dificultar a PST?

Em relação aos primeiros, podemos apontar:

- 1) A existência de vontade política por parte da administração ou direcção das empresas (casos A e B);
- 2) O conhecimento e a divulgação de novos quadros teóricos de referência, filosofias, modelos organizativos e experiências no domínio da SH&ST (casos A e B);
- 3) A constituição de equipas multidisciplinares e multiprofissionais de SH&ST, que não têm de ter a dimensão da equipa do caso B (é possível fazer uma equipa só com a «prata da casa», como no caso A);
- 4) O empenhamento dos directores de pessoal (caso A);
- 5) A incorporação de novos conceitos, como cultura organizacional, gestão estratégica, gestão da qualidade total, responsabilidade social da empresa (caso A);
- 6) As preocupações com o impacte ambiental e societal da actividade da empresa (caso A), com a imagem externa (casos A e B), com os custos directos, indirectos e ocultos dos disfuncionamentos provocados pelo absentismo, acidentes de trabalho, *turnover*, não qualidade e quebra de produtividade (casos A e B);
- 7) A elevação do nível de escolaridade e de qualificação profissional da mão-de-obra (caso A), a par da feminização, por um lado, e do envelhecimento, por outro, da população activa (caso B);
- 8) O próprio interesse de algumas seguradoras no domínio da SH&ST (caso B);
- 9) E, obviamente, a afectação de recursos (humanos, técnicos e financeiros).

Em contrapartida, há outros factores que poderão dificultar a inovação em matéria de SH&ST, tais como:

- 1) O conflito de papéis entre as várias áreas e os vários profissionais no campo da SH&ST (reflectindo a tradicional dissociação entre a saúde, por um lado, e a higiene e segurança, por outro) (caso A);
- 2) A não avaliação em termos de custos/benefícios de programas e acções (caso B);
- 3) O poder dos especialistas (casos A e B);
- 4) A atitude das estruturas representativas dos trabalhadores (nomeadamente dos sindicatos) em relação a formas de participação integrativa ou organizacional (caso A);
- 5) A falta de meios para melhorar a motivação e a satisfação no trabalho, incluindo a política remuneratória (caso B);
- 6) A cultura de saúde dominante, nomeadamente a nível dos profissionais (caso A) e dos trabalhadores e seus representantes (caso B).

Quanto às vantagens económicas e sociais que decorrem da PST, a análise destes casos sugere que terá havido (ou poderá haver):

- a) Um melhoria da saúde e do bem-estar do pessoal (casos A e B);
- b) Uma redução do absentismo, e nomeadamente devido a incapacidade temporária ou de longa duração (caso B);
- c) Uma redução do índice de frequência e de gravidade dos acidentes (caso A);
- d) A manutenção de um baixo nível de absentismo por doença ou acidente ao longo do tempo (caso A);
- e) Uma redução do *turnover* (caso A);
- f) Uma melhoria da imagem externa (caso B);
- g) Uma melhoria do clima organizacional (casos A e B);
- h) Um melhor desempenho organizacional (casos A e B).

□ Bibliografia

- CONRAD, P.
Worksite health promotion: the social context.
«Soc. Sc. Med.», 26 (5), 1988, pp. 349-358.
- FIELDING, J. E., e PISERCHIA, Ph. V.
Frequency of worksite health promotion activities.
«American Journal of Public Health», 79 (1), 1989, pp. 16-20.
- GRAÇA, L.
A participação dos trabalhadores no âmbito da segurança, higiene e saúde no trabalho.
«Revista Portuguesa de Saúde Pública», 11 (2), 1993a, pp. 5-23.
- GRAÇA, L.
Prevenir a doença ou promover a saúde no trabalho?
«Promoção da Saúde» (boletim da Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública, Lisboa), 11, 1993b, pp. 1-2.
- GRAÇA, L., e FARIA, M.
A promoção da saúde no trabalho: um desafio para os anos 90.
«Revista Portuguesa de Saúde Pública», 9 (3), 1991, pp. 5-15.
- GRAÇA, L., e FARIA, M.
Promover a saúde nos locais de trabalho: um desafio para os gestores.
In Jornadas de Saúde Ocupacional, Higiene e Segurança, Petrolgal, Sines, 1992a, mimeog.
- GRAÇA, L., e FARIA, M.
Innovative workplace action for health: mechanisms for establishing initiatives, Portugal, Working paper WP/92/23/EN, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1992b.
- GRAÇA, L., e FARIA, M.
Ano Europeu da Segurança, Higiene e Saúde no Local de Trabalho.
«Revista Portuguesa de Saúde Pública», 11 (1), 1993, pp. 15-20.

GRAÇA, L., et al.
Study on employee absenteeism in the European Union: country, Portugal, section 3, Workplace initiatives to address employee absenteeism, Lisbon: National School of Public Health, 1994, draft report.

GRÜNDEMANN, R. W. M., et al.
Absenteeism in the European Union, Working paper WP/94/29/EN, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1994.

LEAL, J. M. S.
Competitividade e investimentos no factor humano: reflexões sobre um caso.
«Revista Portuguesa de Gestão», 3/4, 1993, pp. 73-81.

PORTUGAL (Conselho Permanente de Concertação Social)
Acordo de segurança, higiene e saúde no trabalho, Lisboa: CPCS, 1991.

PORTUGAL (Ministério do Emprego e Segurança Social)
Balanço social 1990, Lisboa: MESS, Departamento de Estatística, 1992 (relatórios e análises, estatísticas, 28).

WHO
Health promotion. A discussion document on the concept and principles, Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1984.

WYNNE, R.
Workplace action for health: a selective review and a framework for analysis, Working paper EF/WP/89/30/EN, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1989.

WYNNE, R.
Workplace action for health: an overview of the situation in seven EC countries, Working paper EF/WP/90/35/EN, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1990.

WYNNE, R., e CLARKIN, N.
Under construction: building for health at EC workplace, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1992.

□ Résumé

EXPÉRIENCES INNOVATRICES DANS LE DOMAINE DE LA SÉCURITÉ ET DE LA SANTÉ À L'ENDROIT DE TRAVAIL: DEUX CAS ÉTUDIÉS

Cet article présente deux cas étudiés pour illustrer l'intérêt, l'étendue, les possibilités et les difficultés de l'innovation, au Portugal, dans le domaine de la sécurité, hygiène et santé dans le travail (SH&ST).

Le cas A concerne une grande entreprise de l'industrie extractive, qui a toujours poursuivi une politique intégrée dans le domaine de la SH&ST.

Le cas B concerne une expérience de reorganisation de services de santé dans une importante division administrative, associée à une compagnie d'assurances.

Selon les cinq critères d'innovation définis, et qui servent également à faire opérer le concept de promotion de la santé à l'endroit de travail, l'intervention de la SH&ST doit: (1) comprendre tous les travailleurs de l'entreprise ou établissement; (2) avoir une

action globale et intégrée; (3) impliquer une perspective pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle; (4) exiger la participation des travailleurs; et, finalement, (5) être intégrée dans la politique et la gestion stratégique de l'entreprise ou de l'établissement et avoir un budget spécifique.

L'auteur, qui connaît les difficultés intérieures ou extérieures de l'innovation au Portugal dans le domaine de la politique et de la pratique de la SH&ST, considère ces deux cas comme deux exemples de «bonne pratique», soit pour les entreprises de production (cas A) ou pour les organisations de l'administration publique (cas B).

□ Summary

INNOVATIVE ACTION FOR HEALTH AND SAFETY AT WORKPLACE: TWO CASE STUDIES

This paper presents two case studies aiming to show the interest, range, capabilities and difficulties of innovation, in Portugal, concerning safety, hygiene and health at work (SH&ST).

Case A concerns a big extractive industry company, which has always tried to have an integrated policy within the SH&ST.

Case B concerns an experience on the reorganization of health services within an important local administrative area, associated to an insurance company.

According to the five innovation criteria defined, which also apply to the concept of workplace health promotion, the intervention of SH&ST should: (1) involve the whole of the working population in the company or business; (2) have an integrated and global action; (3) imply a pluridisciplinary and pluriprofessional perspective; (4) demand workers participation; and, finally, (5) be integrated in the policy and strategic management of the company or business and have, namely, a specific budget.

The author does not ignore or hide the factors, both home or foreign, which facilitate or make difficult innovation in Portugal, concerning SH&ST policies and practices. He thinks that these two cases are examples of «good practices», both for production companies (case A) and for public administration organizations (case B).