

A promoção da saúde no trabalho: um desafio para os anos 90

LUÍS GRAÇA
MÁRIO FARIA

A Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (abreviadamente, Fundação ou FEMCVT), com sede em Dublin, é um organismo autónomo criado em 1975 por decisão do Conselho de Ministros das Comunidades Europeias. A sua missão é a de contribuir para a melhoria das condições de vida e de trabalho, através nomeadamente da produção e difusão do conhecimento neste domínio. A sua intervenção é feita dentro de um espírito de independência científica, diálogo social e cooperação internacional.

Integrado numa das seis áreas contempladas pelo programa quadrienal (1989-1992) de actividades da Fundação (área 3 — *Promover a saúde e a segurança*), está em curso um projecto de investigação sobre acções inovadoras para a saúde nos locais de trabalho (*innovative workplace action for health*), cujos primeiros resultados foram recentemente objecto de divulgação, para o grande público, numa brochura editada nas línguas oficiais da Comunidade. A esse documento foi dado, em português, o título *Trabalhar para a saúde no trabalho* (FEMCVT, 1990).

1. Introdução

1.1. Com o referido programa de investigação, a Fundação está particularmente empenhada em identificar e caracterizar *experiências inovadoras* — políticas, programas, actividades, etc. — no campo da promoção da saúde ocupacional, levadas a cabo nos últimos cinco anos por empresas ou outras organizações, nomeadamente multinacionais, existentes nos países comunitários. Por outro lado, interessa-lhe também estudar os *processos* ou *metodologias* de promoção de saúde no trabalho (em especial a participação dos parceiros sociais na concepção, planeamento, execução e avaliação das acções inovadoras para a saúde), bem como as condições propícias à *transferência da inovação* entre os diferentes países e regiões.

A este projecto estão associados, desde o seu início, sete países comunitários: Alemanha, Espanha, Grécia, Holanda, Irlanda, Itália e Reino Unido. Portugal, através da Escola Nacional de Saúde Pública, passou a integrá-lo nos finais de 1990.

1.2. Incidindo sobre o mesmo tema, realizou-se, em Barcelona, de 17 a 19 de Abril do corrente ano, a Conferência Europeia da Promoção da Saúde no Local de Trabalho, uma iniciativa espanhola que teve o apoio da Fundação e da OMS.

Esta conferência congregou cerca de três centenas de participantes — investigadores, profissionais de saúde ocupacional, técnicos e gestores de recursos humanos, sindicalistas, políticos, autoridades sanitárias, etc. —, tendo como principais objectivos: (1) fazer o ponto da situação em matéria de *iniciativas de promoção da saúde nos locais de trabalho* nos países da Comunidade Europeia, (2) avaliar e difundir *experiências com sucesso* neste domínio, (3) promover a *participação de empregadores e trabalhadores* no desenvolvimento daquele tipo de acções e, finalmente, (4) elaborar *perspec-*

□

Luís Graça é assistente da cadeira de Ciências Sociais e Humanas da ENSP.
Mário Faria é professor catedrático da cadeira de Saúde Ocupacional da ENSP.

tivas políticas para o incremento da promoção da saúde no trabalho.

1.3. Outras iniciativas, e não apenas ao nível do debate de ideias, começam a surgir no campo da promoção da saúde no trabalho.

Um exemplo é a recente criação, em Essen, Alemanha, do European Information Centre on Company Health Promotion, projecto de cooperação da National Federation of Company Sickness Funds e da OMS/Região Europa. O Centro, que publica uma newsletter, não pretende ser tanto uma instituição científica como sobretudo um veículo para a recolha, tratamento e difusão de experiências e de modelos na área da promoção da saúde no trabalho nos países industrializados.

1.4. Além disso, convirá mencionar o recente acréscimo, em quantidade e qualidade, do número de referências bibliográficas relativas a este tema, referências essas que até há alguns anos atrás eram escassas ou mesmo raras. Conceituadas revistas científicas de língua inglesa, como a *Social Science & Medicine*, *American Journal of Public Health*, *Journal of Occupational Medicine*, *Ergonomics*, *Work & Stress*, *Health Promotion International*, *Journal of Health & Social Behavior*, etc., têm vindo a publicar artigos (ou mesmo números temáticos) sobre promoção da saúde nos locais de trabalho.

1.5. Entretanto, no nosso país, uma nova lei de bases da saúde veio apontar como prioridades da política de saúde a *promoção da saúde* e a *prevenção da doença*, bem como a garantia de *equidade*, entendida como igualdade de oportunidades no acesso aos cuidados, na distribuição dos recursos e na utilização dos serviços (base II da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto).

Simultaneamente, era posta à discussão pública uma proposta de lei de bases sobre higiene, segurança e saúde no trabalho (Portugal, Ministério do Emprego e da Segurança Social, 1990), tendo-se criado então a expectativa de finalmente passarmos a ter, nesta matéria, um enquadramento jurídico-normativo claro, conciso e preciso, que de algum modo viesse a favorecer a tão desejada mudança de atitudes e comportamentos, tanto do Estado como dos parceiros sociais, face aos problemas postos pela relação trabalho-saúde.

Na apresentação da referida proposta de lei, em 4 de Maio de 1990, o titular da pasta do Emprego e da Segurança Social punha o acento tónico na *prevenção dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais*, sublinhando que, com a nova lei, se pretendia «dotar o País de referências estratégicas e de um quadro jurídico global que [favorecesse]

o desenvolvimento de uma rede institucional de prevenção dos riscos profissionais como forma de garantir o direito constitucional à prestação de trabalho em condições de higiene, segurança e de protecção na saúde» (*Prevenção no Trabalho*, 1990).

1.6. Inédita na curta experiência portuguesa de concertação social, e reveladora de uma nova atitude dos parceiros sociais, é também a celebração, em 19 de Outubro de 1990, do Acordo Económico e Social, o qual prevê, entre outras medidas, a aprovação de um acordo específico sobre higiene, segurança e saúde no trabalho (Portugal, Conselho Permanente de Concertação Social, 1991).

O que está em jogo na nova lei de bases, exigida pela aplicação do Acto Único Europeu, é fundamentalmente o papel que nos anos 90 vão desempenhar os actores sociais do trabalho em matéria de (1) *prevenção* dos acidentes e doenças, (2) *protecção* da saúde e, sobretudo, (3) *promoção* da saúde nos locais de trabalho, saúde aqui entendida na sua acepção positiva e global.

Assim, é muito provável que nos próximos anos se assista a uma certa *desprofissionalização*, em geral, e a uma certa *desmedicalização*, em particular, da problemática da saúde no trabalho. Se tal acontecer, isso significará que os trabalhadores terão deixado de ser meros objectos passivos da intervenção dos profissionais de saúde e que, pelo contrário, terão passado a ser *sujeitos activos* da construção de uma «nova» saúde ocupacional, em cooperação, obviamente, com os demais actores sociais (investigadores, empresários, gestores, técnicos, etc.).

Estas são algumas das questões que não podem deixar de ser postas, numa altura em que parece haver um certo consenso relativamente à necessidade e conveniência de fazermos o inevitável *aggiornamento* da nossa legislação e regulamentação em matéria de saúde e segurança no trabalho, de acordo com o figurino de Bruxelas.

Infelizmente, o debate sobre os desafios que os anos 90 irão (e estão já a) trazer à saúde ocupacional tem sido tão escasso quanto pobre em matéria de informação, quer empírica, quer teórica, correndo-se o risco de continuarmos prisioneiros de uma noção de condições de trabalho muito redutora, «ecológico-naturalista», e de uma concepção também ela muito restritiva, biomédica, higienista e prevencionista, da relação trabalho-saúde (Graça, 1985).

1.7. Por fim, será ainda de referir a próxima realização do I Fórum Nacional de Medicina do Trabalho, um fórum, e não propriamente mais um congresso, em que pela primeira vez os médicos do trabalho portugueses aceitam o desafio do alargamento e enriquecimento de um debate que é

difícil, mas que tem de ser feito, e que só pode sê-lo com todos os parceiros sociais e com os demais profissionais da saúde ocupacional.

2. O que é a promoção da saúde no trabalho?

2.1. Desde há mais de uma década que têm vindo a ser introduzidos programas específicos no campo da promoção da saúde no trabalho por parte de um crescente número de empresas norte-americanas, e nomeadamente de grandes empresas (Castillo-Salgado, 1984; Conrad, 1988; Hollander e Lengermann, 1988).

Nos EUA, e de acordo com os resultados do primeiro *National Survey of Worksite Health Promotion Activities*, realizado em finais de 1985, duas em cada três empresas ou estabelecimentos do sector privado, com 50 ou mais empregados, tinham em execução, na primeira metade dessa década, um ou mais programas de promoção de saúde (Fielding e Piserchia, 1989).

Tal como o termo é usado naquele país, as actividades de promoção de saúde no trabalho excluem a prestação de cuidados curativos e, por outro lado, não se confundem com a actividade mais tradicional dos serviços de medicina do trabalho (Fielding, 1990), nomeadamente naquilo que se refere à prevenção das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho e à protecção da saúde (Conrad, 1988).

Na generalidade das situações, o custo das actividades de promoção da saúde no trabalho é inteiramente suportado pelos patrocinadores (empregadores, na maior parte dos casos, mas também sindicatos).

Como sugere Conrad (1988), três ordens de razões poderão explicar o desenvolvimento deste fenómeno tipicamente (e até há pouco tempo exclusivamente) americano.

Em primeiro lugar, estão generalizados nos EUA os esquemas de seguro-doença privados, oferecidos pelas empresas aos seus trabalhadores como um importante *fringe benefit*. São, pois, as empresas quem paga uma parte substancial dos gastos com a saúde do seu pessoal (e por vezes das respectivas famílias).

Em 1984, por exemplo, as empresas pagavam qualquer coisa como 90 mil milhões de dólares de prémios de seguros de saúde, o que naturalmente se reflectia nos custos de produção. Um exemplo já clássico é o da Chrysler: no início dos anos 80, por cada carro saído das suas linhas de montagem, 500 dólares iam para a factura da saúde (Califano, 1986, cit. por Conrad, 1988).

Os programas de promoção da saúde no trabalho aparecem, pois, no contexto de uma estratégia da indústria americana para reduzir os elevados custos com a prestação de cuidados médicos e, consequentemente, para aumentar a competitividade no merca-

do internacional. Implícita ou explicitamente, era esperado que a promoção da saúde fosse um «bom negócio», isto é, que fosse social e economicamente benéfica para a empresa, para os trabalhadores e para o país (Hollander e Lengermann, 1988). Apostava-se na redução do absentismo e do *turnover*, na melhoria da qualidade de vida e do clima social da empresa, etc., esperando-se com isso melhorar também a *performance* das empresas (Alexander, 1988).

Em segundo lugar, é nos EUA que surge, em meados dos anos 60, o novo modelo etiológico ou teoria explicativa da saúde/doença, segundo o qual o comportamento individual ou o «estilo de vida» seria o principal factor de risco no desenvolvimento das doenças crónicas (v. g., a relação etiológica tabagismo/cancro do pulmão). Por fim, as duas últimas décadas foram marcadas pelo *boom* da cultura do corpo, da saúde e do bem-estar. A prática do *jogging* é provavelmente o exemplo mais conhecido dessa mudança de valores operada no *american way of life*.

A prevenção da doença e a promoção da saúde tornaram-se, de resto, nos finais dos anos 70 e princípios dos anos 80, um importante *enjeu* da política de saúde do Governo americano, o que pode ser ilustrado por documentos de referência, como o *Promoting health, preventive disease: objectives for Nation*, que fixa um conjunto de quinze metas de saúde a atingir até 1990. Cinco dessas metas estavam especificamente relacionadas com a área da promoção da saúde: deixar de fumar; reduzir o uso e o abuso do álcool e da droga; melhorar a alimentação; manter-se em boa forma física; controlar o *stress* (USA, Department of Health and Human Services, 1980).

2.2. Mas o que é, afinal, a *worksite health promotion*? Para Conrad (1988), a promoção para a saúde nos locais de trabalho pode incluir uma ou mais das seguintes dimensões: vigilância da saúde dos trabalhadores, educação para a saúde e intervenções com vista à mudança de comportamentos e à redução de factores de risco a que os trabalhadores estão sujeitos. Nesta perspectiva pode incluir um leque muito vasto de actividades, deste a simples intervenção isolada (v. g., o controle da hipertensão) até programas de saúde integrados.

De acordo com os resultados do já citado *National Survey*, de 1985, os oito programas ou actividades mais frequentemente referidos eram então, por ordem decrescente, o deixar de fumar (35,6%), a avaliação de riscos para a saúde, designadamente através de exames médicos periódicos (29,5%), a prevenção e o tratamento de afecções da coluna vertebral (28,5%), a gestão do

stress (26,5%), a prática de desporto de manutenção/exercício físico (22,1%), a prevenção de acidentes fora do local de trabalho (19,8%), a educação alimentar (16,8%), o controle da tensão arterial (16,5%) e do peso (16,8%) (Fielding e Piserchia, 1989).

Para Roman e Blum (1988), este tipo de programas distingue-se de outros que cabem na designação genérica de *employee assistance programs*, introduzidos no local de trabalho nos anos 60 e 70, com o apoio do governo federal, e que podem ser definidos como mecanismos tendentes a aumentar as *chances* de manutenção do emprego por parte de indivíduos com algum tipo de *handicap*, físico, mental ou social (alcoolismo, toxicodependência, doença ou perturbação do foro psiquiátrico, problemas familiares, etc.).

Dois tipos de abordagem estão implícitos nos programas de saúde nos locais de trabalho (Castillo-Salgado, 1984):

- a) Uma abordagem «individual», atomística, linear, baseada no paradigma do estilo de vida enquanto factor de risco, e que dá total ênfase à responsabilidade do indivíduo face à saúde;
- b) Uma abordagem «societal», sistemática, holística, que põe o acento tónico na complexa relação multifactorial saúde-trabalho e na intervenção sobre as condições e a organização do trabalho.

Esta segunda abordagem, que está mais próxima da tradição europeia, aponta como variável crítica a participação dos trabalhadores ou dos seus representantes na concepção, planeamento, realização e avaliação de qualquer acção para a saúde no trabalho.

De acordo com os resultados de um inquérito por questionário postal às 500 maiores empresas norte-americanas, constantes da célebre listagem da revista *Fortune*, referente ao ano de 1984, verificou-se que em cerca de 90% das empresas os programas de promoção de saúde se dirigiam à totalidade do pessoal (e não apenas a esta ou àquela categoria, a este ou àquele grupo de risco). No entanto, a taxa de participação era relativamente baixa (cerca de 40%, em média, para os homens) (Hollander e Lengermann, 1988). Enfim, segundo o ponto de vista crítico de sociólogos como Alexander (1988), a emergência de um discurso e de uma prática no campo da prevenção da doença e da promoção da saúde na empresa americana do início dos anos 80 tem de ser vista no contexto da «construção ideológica» da teoria do risco, uma teoria que estigmatiza a vítima, ignora ou escamoteia as relações de poder na empresa, põe entre

parêntesis a natureza social da organização do trabalho e nega o direito, historicamente alicerçado no movimento operário, de os trabalhadores intervirem colectivamente no controle das situações de trabalho.

É nessa medida que a promoção da saúde no trabalho pode ser vista como uma perigosa armadilha para a população trabalhadora, em geral, e para a população operária, em particular. Os «colarinhos azuis», de resto, têm sido menos entusiastas que os trabalhadores da classe média americana — os «colarinhos brancos» —, já que ao longo da década de 80 terão visto, em muitos sectores de actividade, agravarem-se as suas condições de emprego e de trabalho.

2.3. Na Europa, nomeadamente na Europa comunitária, o interesse pela promoção da saúde, em geral, e nos locais de trabalho, em particular, é ainda muito recente e algo incipiente. O contexto (nomeadamente demográfico, económico, político, social e cultural) é bem diferente do americano.

Por outro lado, o quadro de referência da promoção da saúde nos locais de trabalho, nos anos 90, também é outro. A estratégia regional europeia «Saúde para todos no ano 2000», a Carta de Otava, a Convenção n.º 161 da OIT, sobre serviços de saúde no trabalho, o Acto Único Europeu, a Directiva-quadro n.º 89/391/CEE, a Carta comunitária dos direitos sociais fundamentais dos trabalhadores (adoptada pelo Conselho Europeu de Estrasburgo em 1989), etc., são hoje importantes marcos de referência.

De acordo com a definição de um grupo de trabalho da OMS, a promoção da saúde é «o processo que habilita as pessoas a aumentar o controle sobre a sua saúde e a melhorá-la» (WHO, 1984).

Aqui o conceito de saúde tem uma base «socioecológica», podendo ser visto em termos de duas dimensões, tanto ao nível do indivíduo como do grupo social: (1) a saúde enquanto manutenção de um estado de equilíbrio dinâmico-físico, psicológico e social (*health balance*) e (2) a saúde enquanto capacidade de lidar com os constrangimentos, as pressões e as exigências do meio ambiente (*health potential*).

Os autocuidados e os cuidados médicos têm mais a ver com a primeira dimensão: a promoção da saúde tem como objectivo principal a melhoria do *health potential*, ao mesmo tempo que contribui para a manutenção do *health balance* (Noack, 1987).

Em suma, a saúde é um meio, e não um fim, em si mesma. Permite avaliar até que ponto os in-

divíduos ou grupos são capazes de satisfazer as suas expectativas e necessidades e, ao mesmo tempo, lidar com (e mudar) as diferentes variáveis do seu ambiente, que é cada vez mais um complexo sistema socioecológico (Kickbusch, 1989).

Daí a definição dos já clássicos cinco princípios ou critérios que permitem distinguir a promoção da saúde em relação a outro tipo de actividades, como o tratamento ou a própria prevenção da doença (WHO, 1984):

- 1) A promoção da saúde envolve a *população como um todo* no contexto da sua vida quotidiana, em vez de se centrar em grupos de risco e em doenças específicas;
- 2) A promoção da saúde é dirigida para a *intervenção sobre as variáveis da saúde*, os factores que conduzem à (ou facilitam a) saúde;
- 3) A promoção da saúde combina *diversos métodos ou abordagens*, desde a comunicação aos benefícios fiscais, desde a mudança organizacional à educação para a saúde;
- 4) A promoção da saúde tem de ter uma *efectiva e concreta participação* dos indivíduos e grupos a que se dirige;
- 5) E, finalmente, a promoção da saúde *não é uma actividade médica* nem deve ser da competência estrita dos profissionais de saúde, se bem que estes — e sobretudo os que trabalham nos cuidados de saúde primários — tenham neste campo um importante papel a desempenhar.

3. Acções inovadoras para a saúde no trabalho

3.1. A grelha de referência elaborada no âmbito do já referido projecto da FEMCVT inspira-se explicitamente neste modelo da OMS. Assim, uma *acção para a saúde no trabalho* (AST) será inovadora se corresponder, em parte ou no todo, aos seguintes critérios (Wynne, 1989):

- 1) A AST aplica-se a *todos os grupos ou categorias da população trabalhadora* da empresa, não se dirigindo em particular a esta ou àquela população-alvo, a este ou àquele grupo de risco, como acontece na intervenção mais tradicional da educação para a saúde ou da prevenção dos riscos profissionais;
- 2) A AST tem como alvo *a(s) causa(s) subjacente(s) dos problemas de saúde* no trabalho (v. g., a exposição ambiental e a susceptibilidade individual ao ruído);

3) A AST combina *diversos métodos de abordagem*, podendo ir da educação para a saúde à protecção individual, da intervenção ergonómica à *action-research*, do exame médico à formação e ao treino em técnicas de gestão do *stress* ocupacional, etc.;

4) A AST faz apelo a uma *efectiva participação dos trabalhadores*, o que pressupõe uma «outra» cultura empresarial, não-taylorista, ou pelo menos um clima de concertação social;

5) A AST *não é uma actividade primordialmente médica*, dando, pelo contrário, mais ênfase à saúde do que à doença, e tendo mais a ver com as condições e a organização do trabalho do que propriamente com a organização e o funcionamento dos serviços de saúde.

Neste conceito de AST pode incluir-se um leque muito variado e diversificado de programas ou acções (*Quadro 1*) que podem afectar positivamente a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, as suas atitudes, opiniões, representações ou valores, bem como os seus comportamentos em matéria de saúde (hábitos, condutas, estilos de vida, etc.).

De um modo geral, a AST engloba todo o tipo de actividades susceptíveis de poderem contribuir para uma melhor qualidade de vida no trabalho, incluindo um ambiente profissional mais saudável (e, naturalmente, mais seguro).

A AST não pode (nem deve) confundir-se com procedimentos disciplinares (v. g., a proibição de fumar ou de tomar bebidas alcoólicas no local de trabalho). Pelo contrário, é um tipo de acção de apoio, constituindo oportunidade para a prevenção da doença e do acidente, bem como para a promoção da saúde nos locais de trabalho, tanto em termos individuais como colectivos.

3.2. As razões que levam (ou podem levar) à introdução de programas de promoção de saúde no trabalho são as mais diversas, como se pode ver pelos exemplos contidos no *Quadro 2*.

Por outro lado, há factores que podem facilitar ou dificultar a introdução de actividades de promoção para a saúde no local de trabalho.

Entre os factores que *facilitam* contam-se os seguintes:

- Empenhamento da direcção e dos demais responsáveis da empresa;
- Clima e cultura organizacionais propícios;
- Envolvimento dos participantes, tanto na concepção como na implementação das AST;
- Adopção de uma abordagem compreensiva ou holística da saúde no trabalho.

De entre os factores que podem *difícultar* a introdução de AST, há que considerar, entre outros, os seguintes:

- Escassez de recursos (humanos, técnicos, científicos, etc.);
- Dificuldade em obter fontes de financiamento;
- Falta de empenhamento dos responsáveis da empresa;
- Pouco empenhamento dos sindicatos;
- Insuficientes motivações e participação dos trabalhadores;
- Inércia, e por vezes alguma hostilidade, por parte dos serviços médicos da empresa (tanto curativos como preventivos);
- Dificuldades de enquadramento legal;
- Falta de instalações adequadas;
- Não avaliação dos programas, inclusive em termos de custo/eficácia;
- Menor credibilidade dos programas (ou das equipas).

3.3. Um dos critérios ou dimensões de inovação das AST é a participação dos diferentes actores sociais.

Na realidade, há três dimensões que são críticas em qualquer estratégia de promoção de saúde (OMS, 1988):

- a) Em primeiro lugar, deve-se, logicamente, começar pelo que é *realizável* ou já está em curso, mesmo que embrionariamente;
- b) Em segundo lugar, tem de haver mecanismos ou procedimentos que permitam *avaliar* os resultados das actividades ou programas em acção, o seu impacto e aceitação, etc.;
- c) Finalmente, a promoção da saúde não pode ser imposta, tem de ser vista em termos de comunicação, diálogo, concertação e negociação. Donde a terceira variável crítica ser a *participação*.

Em suma, a promoção da saúde pode (e deve) ser conduzida de acordo com uma metodologia de mudança organizacional, planeada e participada (Graça, 1990).

Quadro I Tipologia descritiva de acções para a saúde no trabalho

- Exames de vigilância médica periódica de executivos, quadros, técnicos, empregados e demais pessoal não operário.
- Exames de vigilância médica periódica do pessoal operário.
- Exames de vigilância médica periódica de determinados «grupos de risco» (v. g., trabalhadores sujeitos à exposição de substâncias ou agentes tóxicos ou perigosos, grávidas, adolescentes e jovens).
- Programas de intervenção no âmbito do tabagismo, do consumo excessivo de álcool, da toxicod dependência, etc.
- Política de nutrição (v. g., refeições dietéticas).
- Programas de educação para a saúde (v. g., *posters*, vídeos, jornais de parede, conferências).
- Ensino de grupo (v. g., alimentação racional, auto-apalpação da mama para detecção precoce do cancro).
- Apoio social ou psicoterapêutico por parte de pessoal qualificado (v. g., assistente social, psiquiatra, psicólogo ou fisioterapeuta ocupacional).
- Ginástica de pausa ou de manutenção nas instalações da empresa, em horário laboral ou pós-laboral.
- Instalações ou outros apoios, no local de trabalho ou nas imediações, para a prática de desporto ou exercício físico (v. g., circuito de manutenção ou campo de jogos).
- Salas para repouso, convívio, lazer, etc.
- Serviços sociais (v. g., refeitório, bar, creche e jardim-de-infância, transportes).
- Programas sociais e comunitários (v. g., acções de cooperação intersectorial em saúde).
- Programas de gestão do *stress* (v. g., para as chefias directas e quadros intermédios, gestores, executivos).
- Formação ou treino no campo da dinâmica de grupo, da gestão do comportamento organizacional, etc.
- Reorganização do trabalho nocturno e por turnos.
- Novas formas de organização do trabalho (v. g., enriquecimento individual de tarefas, trabalho em equipa, círculos de qualidade, grupos semiautónomos de produção).
- Flexibilidade do tempo de trabalho (v. g., horário flexível).
- Introdução de meios de protecção nas máquinas e equipamentos.
- Automatização ou robotização de operações perigosas.
- Mudanças operadas nos diversos factores do meio ambiente de trabalho físico (v. g., espaço individual, decoração interior, iluminação, ruído, condições térmicas/ar condicionado).
- Controle ambiental de substâncias tóxicas, insalubres ou perigosas.
- Mudanças operadas no meio ambiente de trabalho psicossocial (v. g., estilo de liderança, cultura da empresa).

Há várias *formas e graus de envolvimento* no planeamento de acções para a saúde no trabalho. Esse envolvimento poderá, inclusive, ser medido numa escala de 1 (nenhum envolvimento) a 5 (principal responsabilidade), tal como se refere na *Figura 1*.

Por exemplo:

- a) Os trabalhadores, pura e simplesmente, «não são ouvidos nem achados» [1];
- b) A comissão de trabalhadores, a comissão sindical ou outra estrutura representativa dos trabalhadores é apenas *informada* pela direcção [2];
- c) O médico e a enfermeira do trabalho foram *consultados* [3];
- d) A comissão de higiene e segurança *participou* na fase de estudo prévio de um programa [4];
- e) A direcção, através do director de pessoal, delegou todas a *responsabilidade* de avaliação a um especialista ou consultor externo [5].

As acções para a saúde, como qualquer acção organizada, têm um «ciclo de vida», que é mais lógico do que cronológico:

- a) Alguém (a administração, um grupo de trabalhadores, o médico do trabalho, o centro de saúde da zona, a companhia de seguros, etc.) teve a *ideia inicial* ou fez um *estudo* exploratório. Por exemplo, um programa diário de ginástica de pausa para o pessoal operário de uma linha de montagem;
- b) A ideia foi depois trabalhada, em termos de desenho e *concepção*, por parte da fisioterapia ocupacional no seio da equipa de saúde ocupacional;
- c) Da análise passou-se à fase de *decisão* e à fase de *execução*, uma vez obtida «luz verde» por parte do director de produção, encarregados, delegados sindicais e comissão de higiene e segurança do trabalho;
- d) Posta a acção em marcha, é feito o seu acompanhamento, monitorização e *avaliação*.

3.4. A promoção da saúde no trabalho pode ser económica e socialmente benéfica (Hollander e Lengermann, 1988). De entre os benefícios mais importantes que dela se podem esperar, sobretudo num país como o nosso, contar-se-ão os seguintes:

- Redução da taxa de sinistralidade;
- Decréscimo dos «problemas» com pessoal;
- Melhoria da saúde dos trabalhadores;

- Melhoria do clima de trabalho/moral do pessoal;
- Redução do absentismo;
- Melhoria da produtividade/*performance*;
- Redução da taxa de rotação de pessoal (*turn-over*);
- Melhoria das relações colectivas (empregador/sindicatos);
- Melhoria da imagem pública da empresa, etc.

4. Oportunidades para a promoção da saúde no trabalho

4.1. A conferência europeia para a promoção de saúde no trabalho, realizada em Barcelona e a que nos referimos na introdução, permitiu pôr em evidência as oportunidades e as vantagens, mas também as dificuldades, que se deparam ao desenvolvimento de uma política global, integrada e concertada

Quadro II

Razões que poderão levar à introdução de AST

- Cumprimento da legislação (incluindo as convenções colectivas).
- Intervenção da Inspecção-Geral do Trabalho.
- Detecção de casos de doença profissional.
- Diagnóstico de outras doenças relacionadas com o trabalho.
- Ocorrência de acidentes de trabalho.
- Problemas a nível da política social da empresa.
- Degradação do clima de trabalho e do «moral» do pessoal.
- Absentismo (e, designadamente, absentismo-doença).
- Rotatividade do pessoal (*turnover*).
- Dificuldades no recrutamento de mão-de-obra.
- Problemas a nível das relações colectivas de trabalho (v. g., empregador/sindicatos ou comissões de trabalhadores).
- Reclamações, críticas ou sugestões feitas pelo pessoal.
- Conflitos de trabalho.
- Valorização dos recursos humanos.
- Imagem interna e/ou externa da empresa.
- Resultados de auditoria social ou balanço social da empresa.
- Modernização do aparelho produtivo (v. g., introdução de novas tecnologias).
- Aumento dos encargos com a prestação de cuidados curativos e prémios de seguros.
- Problemas de produtividade ou de qualidade.
- Concorrência a nível nacional ou comunitário.

de promoção da saúde da população activa, no contexto de uma Europa em construção, económica, social e politicamente solidária. Uma das primeiras dificuldades é a de diálogo entre os próprios parceiros sociais. Por exemplo, na última sessão plenária, que tinha como tema «Europa sem fronteiras: trabalho e saúde», os empresários não se fizeram representar na mesa e as confederações sindicais (UGT e Comissões Obreras) aproveitaram o ensejo para fazerem a sua autocritica em relação ao tradicional modelo «economicista» do movimento sindical, numa altura em que a modernização da economia espanhola e a sua integração no espaço comunitário teriam sido acompanhadas de uma degradação das condições de trabalho.

Em todo o caso, uma das ideias-força que ressaltou dos debates nesta conferência foi a de que é necessário fazer políticas de saúde *para a população trabalhadora*, o que não parece ser exactamente o mesmo, em termos semânticos e conceptuais, que uma política de saúde *no trabalho*.

Partindo de uma concepção socioecológica da saúde, e baseando-se na participação e na cooperação intersectorial, uma política de saúde para a população trabalhadora deveria, segundo as conclusões da conferência, superar a velha dicotomia indivíduo/sistema, e integrar as actividades dirigidas quer à melhoria das condições e do ambiente de trabalho, quer à mudança de conhecimentos, atitudes e comportamentos ou «estilos de vida» não saudáveis.

No nosso caso, é de há muito reconhecida a necessidade de se formular uma política nacional de

saúde ocupacional integrada e concertada, tomando como referência algumas das trinta e oito metas da estratégia regional europeia da saúde para todos no ano 2000 (Santos e Faria, 1988).

4.2. Em relação ao enquadramento legal e à situação dos sete países comunitários sobre os quais já se fez o «estado da arte» em matéria de acções inovadoras para a saúde no trabalho, constata-se num recente relatório da Fundação (Wynne, 1990) a existência de alguns traços comuns:

— A principal responsabilidade em matéria de segurança e saúde no trabalho é dos empregadores. Será de esperar, por isso, um maior grau de iniciativa e desenvolvimento dos empresários em relação a futuras actividades de promoção da saúde no trabalho?

— O leque de obrigações e o grau de responsabilidade dos empregadores são variados, e o mesmo se passa em relação aos direitos dos trabalhadores. Em muitos casos, esses direitos são limitados à informação e à consulta.

— O enquadramento legal não constitui, por si mesmo, um obstáculo à realização de acções inovadoras para a saúde no local de trabalho; no entanto, a legislação existente está longe de ser cumprida, o que se deve a razões de diversa ordem:

- a) Falta de recursos;
- b) Conflitos de interesses entre as diversas autoridades, nomeadamente do trabalho e da saúde;

Figura 1

Formas e graus de participação nas acções para a saúde no trabalho (AST)

ACTORES	FASES DO PLANEAMENTO																			
	Estudo					Concepção					Decisão					Execução				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Direcção																				
Comissão de higiene e segurança																				
Serviço de medicina do trabalho																				
Serviço de higiene e segurança do trabalho																				
Comissão sindical																				
Comissão de trabalhadores																				
Outros representantes do pessoal																				
Consultores externos																				
Outros																				

Escala: 1=Nenhum envolvimento

2=Informação

3=Consulta

4=Participação

5=Responsabilidade

- c) Indefinição ou confusão de responsabilidades;
- d) Conflitos na interpretação dos diplomas legais, etc.

— A legislação relevante em matéria de saúde ocupacional é da responsabilidade dos Ministérios do Trabalho e da Saúde (ou equivalentes), mas a sua aplicação e fiscalização são assumidas na prática, com excepção do caso da Itália, apenas pelo Ministério do Trabalho.

— É baixo, ou mesmo muito baixo, o nível das actividades que se realizam tanto no domínio da higiene e segurança como no da saúde. A integração na CEE e a criação do mercado único estão a trazer, contudo, profundas alterações neste campo, tanto em termos de conhecimentos como de atitudes e comportamentos, por parte dos diferentes actores sociais.

A situação portuguesa não será muito diferente. Veja-se o que se passa em matéria de enquadramento legal: a proposta de lei de bases sobre higiene, segurança e saúde no trabalho, posta à discussão em 1990, é em muitos pontos conceptualmente confusa, dissociando por diversas vezes, ao longo do seu articulado, a *segurança* em relação à *saúde* ou subordinando esta àquela, quando a tendência é, a nível da OMS e da OIT (nomeadamente desde a Convenção n.º 155, de 1981), a de afirmar o princípio segundo o qual *a saúde e a segurança do trabalhador são inseparáveis...*

Aliás, de *saúde* e de *promoção da saúde* não se fala: o texto é omissivo em relação a estes dois conceitos ou noções-chave. Define-se prevenção, mas não promoção. Em todo o caso, «a *promoção da saúde* dos trabalhadores e uma vigilância especial aos grupos de risco» aparece, em 4.º lugar, numa lista de doze objectivos a que deve responder a política nacional em matéria de saúde e segurança no trabalho.

O 9.º objectivo, também ele semântica e conceptualmente confuso, tem a ver com «a *educação, formação e informação para a saúde e a segurança no trabalho*, por forma a garantir a *adopção de atitudes e comportamentos* que venham a traduzir-se na existência ou *promoção de níveis elevados de segurança* nos locais de trabalho» (Portugal, 1990. Sublinhados nossos).

Não se falando, de igual modo, em conceitos como *equipa e trabalho em equipa multiprofissional e multidisciplinar*, e não se definindo *perfis* para os vários profissionais, há logo à partida um risco de *confusão e conflito* de papéis, nomeadamente entre o médico do trabalho e o engenheiro de higiene e segurança no trabalho, e um terreno fértil para as estereis disputas de liderança e os inócuos discursos imperialistas. Até porque os principais actores, os trabalhadores, ficam retidos a um papel

de «participação passiva», o direito de escolher ou eleger um «representante», o direito à informação e à consulta...

4.3. Das entrevistas que foram feitas a actores-chave dos sete países envolvidos na primeira fase do projecto (representantes dos empregadores e dos trabalhadores, responsáveis das várias áreas da administração do trabalho e da saúde, dirigentes de associações profissionais, etc.) retiraram-se uma série de conclusões sumárias (Wynne, 1990) que, em termos gerais, também são aplicáveis à situação específica do nosso país:

- A promoção para a saúde no trabalho não pode ser imposta por decreto, só sendo desejável quando for vista como económica e socialmente benéfica para a empresa e para os seus trabalhadores;
- Há hoje uma mais clara percepção da relação entre saúde e segurança no trabalho, por um lado, e indicadores de *performance* (v. g., absentismo, produtividade, qualidade), por outro;
- É reconhecida, pelos parceiros sociais, a importância da participação dos trabalhadores nas actividades de promoção da saúde no trabalho;
- É baixo o nível de conhecimento dos problemas de saúde, em geral, e de saúde ocupacional, em particular;
- As poucas actividades de educação para a saúde nos locais de trabalho que são referenciadas estão mais viradas para a mudança de conhecimentos, atitudes e comportamentos individuais (e em especial para a modificação de estilos de vida não saudáveis);
- Os sindicatos tendem a revelar um certo ceticismo em relação à utilidade deste tipo de acções que, nalguns casos, poderão fazer ignorar ou escamotear a questão da prevenção (técnica) dos riscos que se encontram associados às condições de trabalho;
- As políticas e os programas existentes não contêm uma visão global e integrada dos problemas de saúde no trabalho;
- Há uma tendência para questionar a excessiva regulamentação dos problemas de saúde e segurança no trabalho;
- A aplicação da legislação é inadequada e, nalguns países, é a própria legislação que é inadequada, tendo em conta o contexto comunitário;
- Os recursos para a promoção da saúde no trabalho (humanos, técnicos, científicos, financeiros, etc.) são considerados escassos. Essa escassez estaria directamente relaciona-

da com a falta de vontade política dos governos em apoiar programas de promoção de saúde para o conjunto da população activa:

- O sistema de saúde não parece sentir-se inteiramente responsável pela promoção da saúde ocupacional, não tendo, além disso, os necessários meios para dar aos locais de trabalho a devida prioridade;
- Os sindicatos não estão preparados para se empenharem neste tipo de actividades enquanto as empresas tendem a reger-se pela estrita lógica do mercado;
- As grandes empresas (e sobretudo as multinacionais) serão, apesar de tudo, as que têm práticas mais inovadoras no domínio da promoção da saúde nos locais de trabalho.

5. Conclusão

No início da década de 80 um grupo de trabalho da OMS sobre avaliação de serviços de saúde ocupacional propunha, como objectivo destes últimos, o de promover condições de trabalho susceptíveis de garantirem o máximo de qualidade de vida através da prevenção da doença e dos acidentes de trabalho, da protecção da saúde dos trabalhadores, bem como da promoção do seu bem-estar físico, mental e social (WHO, 1982).

A década de 90 pode constituir, para o nosso país e para os demais países da Comunidade Europeia, uma excelente oportunidade para realizar esse objectivo. Há agora condições teóricas e sociais, quadros de referência, experiências concretas, etc., que possibilitam um maior incremento de acções inovadoras para a saúde no trabalho.

Em Portugal, como, de resto, nos demais países comunitários, subsistem velhas necessidades em matéria de «higiene e segurança» dos locais de trabalho, que continuam a exigir uma grande atenção para os problemas de prevenção da doença e dos acidentes e de protecção de saúde dos trabalhadores. Estamos, no entanto, a assistir a uma rápida alteração dos perfis de morbilidade e mortalidade da população activa nos países industrializados (v. g., prevalência das doenças crónicas) que, por certo, obrigará as empresas e os serviços de saúde a darem cada vez maior atenção à promoção da saúde nos locais de trabalho.

Esta tem de ser vista como económica e socialmente benéfica, com implicações tanto na qualidade de vida dos trabalhadores como na própria *performance* das empresas.

O reforço da coesão económica e social das Comunidades Europeias, na perspectiva da criação do mercado único em 1993, passará também por uma «nova» saúde no trabalho. Recorde-se, a tal respeito, que a doença e os acidentes representam dez

vezes mais faltas ao trabalho do que as greves (Comissão das Comunidades Europeias, 1990).

Em Portugal, as questões de segurança e saúde no trabalho foram, finalmente, postas na «agenda» da concertação social, ainda que discreta e assepticamente e mais por razões de *aggiornamento* do nosso ordenamento jurídico-normativo na matéria do que por uma forte pressão social.

A próxima celebração de um acordo específico sobre higiene, segurança e saúde no trabalho (que incluirá a discussão de uma nova lei-quadro nesse domínio) e o próximo ano europeu para a higiene, segurança e saúde nos locais de trabalho poderão constituir excelentes oportunidades para o desenvolvimento da saúde ocupacional no nosso país, entendida como uma questão não tanto dos especialistas (médicos e demais técnicos) mas sobretudo dos empregadores, trabalhadores e demais actores sociais do trabalho.

A promoção da saúde no trabalho passará, em primeiro lugar, pelas empresas, mas também por diferentes ministérios, pelos sindicatos e associações patronais, pelas escolas e centros de investigação, pela comunicação social, etc. Para os profissionais de saúde ocupacional constituirá uma oportunidade de aprenderem a investir de outro modo, isto é, deixarem de fazer coisas *para* as pessoas e passarem a agir *com* as pessoas nos locais de trabalho.

Será então, também, para os serviços de saúde ocupacional, uma oportunidade de marcarem pontos em termos de prestígio, credibilidade, independência técnica, qualidade e eficácia.

□ Bibliografia

- ALEXANDER, I.
The ideological construction of risk: an analysis of corporate health promotion programs in the 1980s.
«Soc. Sci. Med.», 26 (5), 1988, pp. 559-567.
- CASTILLO-SALGADO, C.
Assessing recent developments and opportunities in the promotion of health in the American workplace.
«Soc. Sci. Med.», 19 (4), 1984, pp. 349-358.
- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS
A saúde e a segurança no trabalho na Comunidade Europeia. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias, Direcção-Geral de Informação e Cultura, 1990 (O dossier da Europa, 3/90).
- CONRAD, P.
Worksite health promotion: the social context.
«Soc. Sci. Med.», 26 (5), 1988, pp. 485-489.
- FEMCVT
Trabalhar para a saúde no trabalho — iniciativas em sete Estados membros das Comunidades Europeias. Dublin: Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, 1990, 9 páginas.

FIELDING, J. E.

Worksite health promotion programs in the United States: progress, lessons and challenges.

«Health Promotion International», 5 (1), 1990, pp. 75-84.

FIELDING, J. E., e PISERCHIA, Ph. V.

Frequency of worksite health promotion activities.

«Am. J. Publ. Health», 79 (1), 1989, pp. 16-20.

GRAÇA, L.

Condições de trabalho e saúde ocupacional: uma abordagem psicossocial.

«Revista Portuguesa de Saúde Pública», 3 (2), 1985, pp. 27-38.

GRAÇA, L.

A metodologia da mudança organizacional [Lisboa]: cadeira de Ciências Sociais e Humanas, Escola Nacional de Saúde Pública, 1990. mimeog. (Textos, T 707.)

HOLLANDER, R. B., e LENGERMANN, J. J.

Corporate characteristics and worksite health promotion programs: survey findings from Fortune 500 companies.

«Soc. Sci. Med.», 26 (5), 1988, pp. 491-501.

KICKBUSCH, I.

Approaches to an ecological base for public health.

«Health Promotion», 4 (4), 1989, pp. 265-268.

NOACK, H.

Concepts of health and health promotion.

In Abelin, T., et al. (eds.), Measurement in health promotion and protection, Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1987, pp. 5-28.

OMS

La promotion de la santé des travailleurs. Rapport d'un comité d'experts. Genève: OMS, 1988 (série de rapports techniques, 765).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DO EMPREGO E DA SEGURANÇA SOCIAL

Proposta de lei de bases sobre higiene, segurança e saúde no trabalho.

«Boletim do Trabalho e Emprego», separata 2, 27/4/90.

PORTUGAL, CONSELHO PERMANENTE DE CONCERTAÇÃO SOCIAL

Acordo económico e social. Lisboa: CPCS, 1991.

PREVENÇÃO NO TRABALHO

Notícias da DGHST. Proposta de lei de bases sobre higiene, segurança e saúde no trabalho.

«Prevenção no Trabalho» (139), Maio-Junho de 1990, p. 12.

ROMAN, P. M., e BLUM, T. C.

Formal intervention in employee health: comparisons of the nature and structure of employee assistance programs and health promotion programs.

«Soc. Sci. Med.», 26 (5), 1988, pp. 503-514.

SANTOS, C. S., e FARIA, M.

A saúde ocupacional e a estratégia de saúde para todos no ano 2000.

«Revista Portuguesa de Saúde Pública», 6 (1-2), 1988, pp. 35-40.

USA, DEPARTEMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Promoting health, preventive disease: objectives for the Nation, Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office, 1980.

WHO

Evaluation of occupational health and industrial hygiene services. Report on a WHO working group, Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1982 (Euro reports and studies, 56).

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 no. EF/WP/89/30/EN, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1989.

WYNNE, R.

Innovative workplace actions for health: an overview of the situation in seven EC countries. Working paper no. EF/WP/90/35/EN, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1990.

□ Résumé

LA PROMOTION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL — UN DÉFI POUR LA DÉCENNIE DE 90

En résultat des impératifs de l'Acte Unique Européen, les questions de sécurité et santé au travail sont finalement inscrites à l'ordre du jour de la politique sociale portugaise.

Au niveau des lieux, toutefois, nous risquons de rester encore prisonniers d'une certaine conception réductrice du rapport travail-santé, si cette opportunité n'est pas saisie par les partenaires sociaux pour mettre l'accent sur la santé plutôt que sur la maladie, pour considérer les accidents et les maladies professionnelles sous l'optique de la prévention plutôt que sous celle de la réparation et, surtout, pour ne pas dissocier sécurité et santé au travail des autres questions stratégiques qui constituent la politique globale d'une entreprise.

Sous cette perspective, la promotion de la santé au travail peut bien devenir un important enjeu économique et social de ces prochaines années, obligeant les propres professionnels de la santé au travail (médecins du travail, techniciens d'hygiène et sécurité, etc.) à repenser leurs discours et pratiques.

□ Summary

WORKPLACE HEALTH PROMOTION — A CHALLENGE FOR THE 90s

As a consequence of the European Global Act, workplace safety and health have finally become current issues in the Portuguese «agenda» on social policies.

At workplace level, however, we still run the risk of remaining prisoners of a restraining conception of the work-health rapport, if social partners do not grasp this opportunity to place emphasis on health rather than on sickness, if they fail to concentrate on prevention rather than on the remedy of work accidents and occupational diseases and, most of all, if they keep dissociating workplace health and safety from the remaining strategic issues of a company's global policies.

Within this framework, workplace health promotion may well become an important economical and social stake in the forthcoming years, forcing even the occupational health professionals themselves (doctors as well as hygiene and safety specialists, etc.) to reframe their whole policy and practice.