

Cadernos / Avulso

1

Sociedade Portuguesa de
Medicina do Trabalho.



Outubro de 1999



Neste nº

Artigo do Sociólogo do Trabalho e da Saúde, Luís Graça

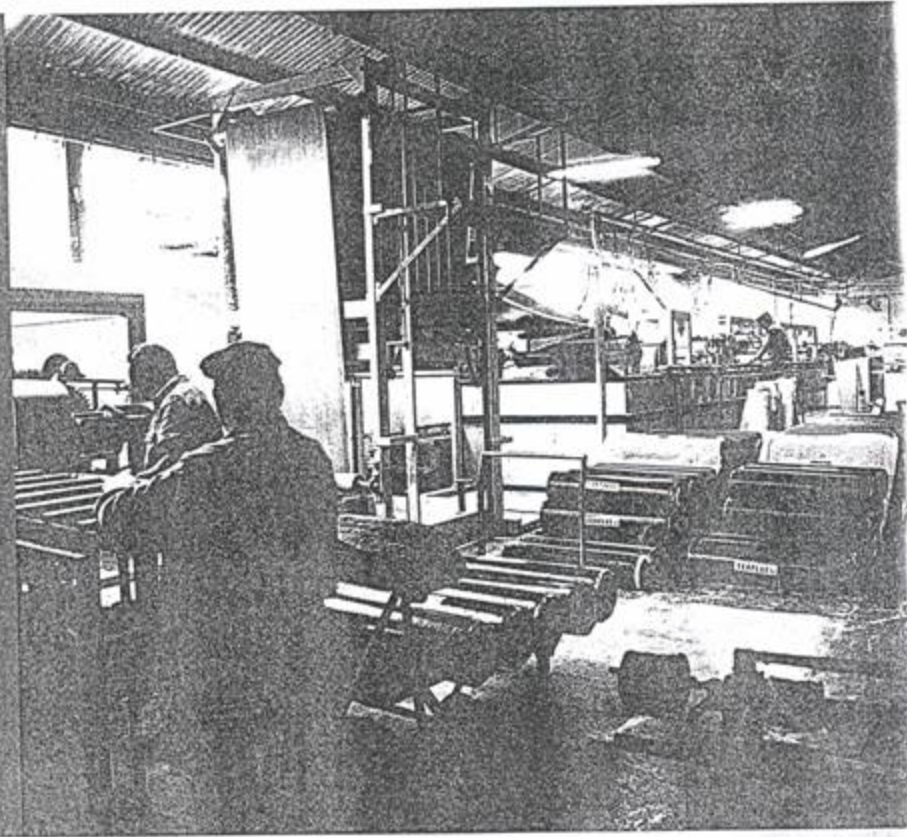
Promoção da Saúde no Local de Trabalho: a nova Saúde Ocupacional?

Medicina do Trabalho "versus" saúde dos trabalhadores?

Uma nova **saúde ocupacional** precisa-se, para o novo milénio!...

E, com ela, uma nova maneira de ser, estar, pensar e agir dos
médicos do trabalho.

01





Cadernos / Avulso

1

Sociedade Portuguesa de
Medicina do Trabalho.



Coordenador da Edição:
António de Sousa Uva

Lisboa 1999

Promoção da Saúde no Local de Trabalho:
a nova **Saúde Ocupacional?**

Artigo do Sociólogo do Trabalho e da Saúde, Luís Graça

Ficha Técnica

Propriedade

Sociedade Portuguesa de
Medicina do Trabalho
Av. da República, 34, 1º
1050 - 193 Lisboa

Coordenador de Edição

Prof. António de Sousa Uva

Design

Nuno Almodovar de Faria

Foto da Capa

Paulo Andrade

Composição e Impressão

Tipografia Peres

nº 1, Outubro de 1999

Tiragem: 750 exemplares



A actividade científica da **Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho (SPMT)** teve início com a sessão inaugural do ano académico de 1966/67. Na ocasião, o **Professor Cândido de Oliveira** - primeiro presidente da **SPMT**, eleito em 24 de Novembro de 1966 - proferiu uma conferência subordinada ao sugestivo título "*Horizontes da Medicina do Trabalho*".

A evocação de tal efeméride parece-me oportuna no momento em que, com o primeiro número de **Cadernos Avulso**, a **SPMT** inicia uma nova actividade editorial cujo principal objectivo é a divulgação de matérias com interesse para os médicos do trabalho.

Na realidade, o tema "**Promoção da Saúde no Local de Trabalho: a nova Saúde Ocupacional ?**", escolhido pelo autor, vem recolocar - com a premência que a actual (e crescente) complexidade das relações de trabalho / saúde lhe confere - o "velho" problema dos *novos* horizontes do exercício profissional da Medicina do Trabalho.

E de uma coisa estou certo. O texto de **Luís Graça** constituirá - a par de um útil motivo de reflexão sobre o papel (e a prática profissional) dos médicos do trabalho portugueses - um pertinente alerta para os desafios com que, num futuro imediato, será confrontada a Medicina do Trabalho no nosso país.

Uma palavra final, de agradecimento, é devida ao Instituto de Desenvolvimento e Inspecção das Condições de Trabalho (**IDICT**) que, uma vez mais, dá o seu apoio a iniciativas da **SPMT**. Oxalá possamos usufruir de idêntica cooperação em futuras versões destes **Cadernos**.

Lisboa, 6 de Outubro de 1999



Presidente da **SPMT**

Sumário

1. Introdução	7
---------------	---

2. O PST, segundo a perspectiva norte - americana	9
---	---

- 2.1 Os wellness programs (9)
- 2.2 *Employee assistance programs e drug screen initiatives* (11)
- 2.3 A natureza e a frequência dos programas de PST (12)
- 2.4 A saúde pública e a PST (14)
- 2.5 Exemplos de programas de PST (16)
 - 2.5.1 *Life for Life / Johnson & Johnson* (17)
- 2.6 O contexto teórico e societal da PST (19)
 - 2.6.1 Uma estratégia para conter os custos com a prestação de cuidados de saúde (20)
 - 2.6.2 O novo modelo etiológico de saúde / doença (21)
 - 2.6.3 A cultura do *wellness* (23)
 - 2.6.4 A construção de uma nova ética do trabalho (24)
- 2.7 Custos e benefícios da PST (28)
- 2.8 PST e características técnicas e sócio-organizacionais das empresas (29)

3. A PST, segundo a perspectiva europeia	35
--	----

- 3.1 O papel pioneiro da Fundação Europeia (35)
- 3.2 Um contexto favorável à PST (39)
- 3.3 Uma tradição histórica no domínio da SH&ST (40)
 - 3.3.1 A emergência da saúde pública (41)
 - 3.3.2 A proto-história da legislação sobre a saúde no trabalho (43)
 - 3.3.3 Evolução dos *Occupational Health Services* (45)
- 3.4 A nova saúde pública e a promoção da saúde (49)
- 3.5 A reorientação dos serviços e políticas de SH&ST (50)
- 3.6 A crise da *corporate health policy* (51)

4. A experiência norte - americana e europeia: Conclusão	54
--	----

5. Conceito, princípios e metodologia da PST	56
--	----

- 5.1 Prevenção "versus" promoção? (56)
- 5.2 Metodologia da PST (57)

6. Nível de desenvolvimento da PST em Portugal

60

- 6.1 Inquérito sobre a política de saúde no local de trabalho (1997/98) (60)
 - 6.1.1 Universo das empresas (61)
 - 6.1.2 Amostra (61)
 - 6.1.3 Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SH&ST) (65)
 - 6.1.4 Percepção dos factores de risco e problemas de saúde (66)
 - 6.1.5 Formas e nível de participação dos trabalhadores no domínio da SH&ST (66)
 - 6.1.6 Políticas, programas e actividades de saúde: Tipo, frequência, nº médio e índice de saúde (68)
 - 6.1.7 Participação no planeamento e implementação (72)
 - 6.1.8 Factores condicionantes da política de saúde no trabalho (74)
 - 6.1.9 Custos e benefícios da política de saúde (75)
 - 6.1.10 Prioridade atribuída à saúde como objectivo de gestão (76)
- 6.2 PST: Um quadro de referência para a redefinição das políticas de saúde no local de trabalho (77)

7. Conclusão

81

Referências bibliográficas
Anexos

1 Introdução

Mais do que o balanço de uma década sobre os problemas da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (abreviadamente, SH&ST) em Portugal, gostaríamos sobretudo de fazer aqui o *marketing* da promoção da saúde no trabalho (abreviadamente, PST), tendo como grupo-alvo privilegiado os médicos do trabalho e como pretexto a realização, justamente ao virar do Século XX, do V Fórum Nacional de Medicina do Trabalho.

Trata-se, no essencial, de explorar a consistência da hipótese de a PST ser já (ou vir a ser no futuro) a expressão equivalente a Nova Saúde Ocupacional (abreviadamente, NSO).

A abordagem tradicional da SH&ST, em geral, e da medicina do trabalho, em particular, tem sido caracterizada como atomística, naturalizante, redutora, tecnocrática e *topdown*. Levantaria, além disso, problemas de custo/benefício e custo/efectividade, que são cada vez mais relevantes para a economia, a sociedade, a gestão das empresas, o desenvolvimento dos recursos humanos, a estratégia e a política de saúde, a própria prática profissional dos médicos do trabalho e demais profissionais de SH&ST, etc.

Pelo contrário, a PST seria um conceito relativamente novo, mas já banalizado. Infelizmente, continuaria a ser mal entendido e pior aplicado. O seu alcance teórico e prático (e, nomeadamente, as suas implicações para o desenvolvimento da saúde pública e da saúde ocupacional no limiar do novo milénio) poderá, contudo, ser melhor compreendido a partir da revisão de literatura, ilustrativa do *estado da arte*, que nos propomos fazer nesta brochura.

De acordo com um estudo exploratório que foi encomendado à Escola Nacional de Saúde Pública pela Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (abreviadamente, Fundação Europeia), a situação portuguesa no princípio da década de 1990 caracterizava-se pela ausência de uma *política nacional de melhoria da organização e demais condições de trabalho* com reflexos na SH&ST, integrada, concertada e participada, e além disso, flexível, custo-efectiva e congruente com o esforço de modernização do tecido empresarial e com as expectativas criadas à volta da União Europeia Monetária (UEM), a constituir a partir de 1 de Janeiro de 1993.

Em contrapartida, os imperativos da modernização da economia e da sociedade portuguesas, a par do reforço da coesão económica e social da UEM, eram vistos pelos autores do relatório, Luís Graça e Mário Faria, como factores endógenos e exógenos que iriam determinar o inevitável *aggiornamento* da nossa legislação e regulamentação em matéria de SH&ST e eventualmente potenciar, a médio prazo, o desenvolvimento de iniciativas inovadoras com o objectivo não só de *prevenir* os riscos profissionais (quase sempre limitados, entre nós, aos acidentes de trabalho e às doenças profissionais) como também de *promover* a saúde dos trabalhadores e, em última análise, contribuir para a valorização estratégica do nosso *humanware*, a melhoria da produtividade e da competitividade das nossas empresas, a criação de emprego e o desenvolvimento sustentado, sem exclusão social (Graça, 1992 e 1999).

A ausência de literatura nacional específica sobre este tópico (PST) e a ênfase dada pelo Governo e parceiros sociais aos problemas mais tradicionais da SH&ST eram interpretados pelos autores do relatório, em termos de predominância, em Portugal, de uma concepção bastante redutora e simplista da relação trabalho/saúde que privilegiava mais o enfoque na doença, no acidente, na

incapacidade e nos factores de risco do que propriamente na saúde e no bem-estar, no reforço dos factores protectores e potenciadores da saúde, na qualidade de vida no trabalho, na participação e responsabilização dos diferentes *stakeholders*, na empregabilidade e manutenção da capacidade de trabalho ao longo da vida activa, na inovação sócio-organizacional, etc.

No entanto, desde o início da década de 90 tem-se feito sentir, em Portugal e na UE, a necessidade de repensar a saúde no local de trabalho, encontrar novas soluções para novos problemas de saúde da população trabalhadora e, por conseguinte, reorientar as políticas, os serviços e as actividades de SH&ST. É hoje relativamente consensual a ideia de que temos de responder a novas necessidades e expectativas dos trabalhadores e seus representantes, bem como dos empregadores, gestores, Estado, sociedade civil e demais *stakeholders*, incluindo os médicos do trabalho e os restantes profissionais de SH&ST. É nesse contexto que utilizamos a expressão *nova saúde ocupacional* (NOS).

Recorde-se que os *serviços médicos do trabalho*, no nosso país, foram criados segundo uma *estreita lógica corporativa*, donde se excluía outros profissionais de saúde como, por exemplo, os enfermeiros, remetidos quando muito para a prestação de cuidados curativos e de “primeiros socorros em caso de urgência” (art. 9º do D.L. nº 47512, de 25 de Janeiro de 1967).

Segundo Faria (1994, p. 2), “este redutor modelo conceptual, reinante na época, não chegou sequer a ser integralmente adoptado (...), uma vez que desde logo ficou excluído, nos textos legais referentes à organização de ‘serviços médicos do trabalho’ produzidos em 1962 e 1967, o contributo profissional dos enfermeiros. É que a zelosa Câmara Corporativa de então, no desempenho das suas funções de fiscalização preventiva das leis, subtraiu-lhes meticulosamente toda e qualquer referência ao exercício da enfermagem do trabalho (...) Ficavam assim criadas as condições ideais para que prevalecesse, até aos dias de hoje, a *Saúde Ocupacional* *marcadamente medicocêntrica* que fomos tendo entre nós” (Itálicos nossos).

Mais: a tripla função preventiva que era reservada aos serviços médicos do trabalho (prevenção *clínica, técnica e social*, segundo a terminologia legalmente consagrada em 1967) acabou por esgotar-se, na prática, nos clássicos exames de admissão, periódicos, ocasionais e de despedimento, de eficácia mais do que duvidosa (Faria, 1988 e 1994; Guidotti, 1988). O seu objectivo explícito era “verificar a aptidão dos trabalhadores para o exercício da sua profissão e manter a vigilância da sua saúde” (art. 15º do D.L. nº 47512).

Como é sabido, só em 1991 fariamos o *upgrading* do conceito de *saúde ocupacional*. A tónica continuava a ser posta na *prevenção dos riscos profissionais*, como principal obrigação dos empregadores. No entanto, e no entender dos subscritores do Acordo Económico e Social (Portugal, CPCS, 1991), a prevenção deveria situar-se tanto ao nível do controlo desses mesmos riscos nos locais de trabalho (privilegiando-se a *prevenção colectiva*) como ao nível do trabalhador, tendo em vista quer a *adopção de comportamentos mais seguros e saudáveis*, quer a *avaliação dos seus efeitos na saúde*, num quadro de vigilância médica adequada, o que apontava já para uma abordagem mais integrada, próxima do conceito de PST.

Ora, a PST, quanto a nós, vem justamente propor um *novo quadro de referência, global e integrado*, para a investigação e intervenção no domínio da saúde no trabalho; representa, além disso, um conjunto de oportunidades e desafios para a prática dos médicos do trabalho e dos demais profissionais de SH&ST, para a reorientação dos seus programas de educação e formação, para a gestão dos recursos humanos, para a redefinição das estratégias e das políticas de saúde no trabalho e, em última análise, para a própria gestão estratégica das empresas e demais organizações. Em

termos figurados, a PST seria um *conceito de terceira geração*, que emerge no contexto teórico e societal das profundas mudanças que se tem vindo a operar a todos os níveis, desde a década de 70: ela estaria para a medicina do trabalho (que é, quanto a nós, um conceito de segunda geração) como a nova saúde pública está para o sanitarismo.

A PST também tem, porém, os seus mitos e, sobretudo, as suas armadilhas, podendo servir de alibi (ideológico) para dismantelar um sistema de protecção contra os riscos profissionais que, ao longo de século e meio, os nossos países foram lentamente construindo. Se ela não tiver uma fundamentação teórica consistente e critérios explícitos de boas práticas, há o risco de se tornar uma simples noção de senso comum (por ex., a simples educação para a saúde dirigida ao indivíduo no tempo e local de trabalho) e até, inclusive, de se transformar numa subtil e potencialmente perigosa engenharia de controlo social (por ex., a adopção de estilos de vida saudáveis como critério de empregabilidade).

Se a PST se vai tornar na *nova saúde ocupacional* (NSO) no próximo milénio, não nos compete a nós responder. A resposta a essa questão só pode vir dos actores interessados, a começar pelos trabalhadores, empregadores, gestores, médicos do trabalho e demais profissionais de SH&ST.

Em resumo, parece-nos haver razões suficientes para analisarmos e discutirmos o *conceito, os princípios e a metodologia da PST*, tendo em conta o nível de investigação e desenvolvimento que este tópico já atingiu nos últimos quinze a vinte anos, nomeadamente nos EUA, Canadá e Europa (incluindo Portugal).

2 • A PST, segundo perspectiva norte-americana

2.1 • Os *wellness programs*

O termo *workplace* (ou *worksites*) *health promotion* (abreviadamente, WHP) começou a ser popularizado nos Estados Unidos em meados da década de 70, com a introdução de *wellness programs* num crescente número de empresas norte-americanas (Fielding, 1983; Castillo-Salgado, 1984; Hollander, 1988).

O vocábulo *wellness*, que tende a ser tomado como sinónimo de *health promotion* (Nutbeam, 1986), é dificilmente traduzível para a nossa língua: significa, em inglês, "the fact or condition of being in maximum physical and mental health" (*Webster's Encyclopedic Unabridged Dictionary of the English Language*, New York, 1996, p. 2159).

Em geral, os *wellness programs* tinham uma forte componente de informação/educação para a saúde, combinada com exames periódicos de vigilância da saúde (*health screenings*) dos trabalhadores que voluntariamente neles participavam, e ainda com intervenções a nível do indivíduo (*behavioural change*) e, em menor grau, do seu ambiente de trabalho (*environmental change*). No essencial, este novo tipo de programas tinham como objectivo *facilitar a mudança de comportamentos ou estilos de vida* do indivíduo enquanto trabalhador, com vista a prevenir a doença e promover a saúde (Conrad, 1988).

A WHP tendia, pois, a centrar-se mais nos *estilos de vida* do que nos factores de risco profissionais, numa altura em que já eram evidentes as dificuldades de implementação da *Occupational Safety and Health Act* de 1970, aprovada por Nixon numa conjuntura fortemente marcada pela contestação social e pela mobilização dos sindicatos contra o *business-controlled 'compensation-safety establishment'* cuja origem remontava às primeiras décadas do Século XX (Berman, 1977).

Essas dificuldades irão depois ser agravadas, nos anos 80, com a orientação conservadora e neoliberal do Governo de Ronald Reagan, através das tentativas de desregulamentação de importantes matérias tanto no domínio da SH&ST, como no da protecção ambiental, e de desmantelamento de agências públicas como o OSHA (*Occupational Safety and Health Administration*, vd. <http://www.osha.gov/>), a par do corte drástico do financiamento a projectos inovadores de investigação e desenvolvimento na área dos factores psicossociais no trabalho e dos novos riscos para a saúde da população trabalhadora.

De um modo geral, os programas norte-americanos de PST não incluíam, nessa época, (i) a *prestação de cuidados curativos* nem (ii) as *medidas preventivas* que o empregador era obrigado a tomar, por lei, tradicionalmente associadas ao conceito de *occupational safety and health* (abreviadamente, OSH).

Também se excluíam (iii) os chamados *employee assistance programs (EAP's)* bem como (iv) os exames de despistagem do consumo de drogas ilícitas (*screen drug initiatives*) (Roman, 1988; Fielding, 1990; Conrad, 1992).

Esta situação tenderá a mudar a partir dos finais da década de 80. De qualquer modo, na época havia ainda alguma dificuldade em definir a natureza e o âmbito da PST e, consequentemente, em avaliar o seu impacto. Não havia sequer consenso sobre a definição do conceito: É óbvio que se incluirmos as tradicionais actividades de *occupational safety and health (OSH)* —tal como a prevenção dos acidentes e doenças profissionais—, a promoção da saúde "will appear much more commonplace than if one restricts attention to *health-related behavior modification* (e.g., diet, smoking, exercise)" (Warner, 1987, p. 40) (Itálicos nossos).

Na perspectiva da medicina do trabalho, a SH&ST e a PST eram dois conceitos que não podiam (nem deviam) ser confundidos. A tendência, no final dos anos 80, era ainda a de fazer a separação de águas, de modo a clarificar o papel do médico do trabalho e a delimitar o seu território, através nomeadamente da distinção entre riscos e factores de risco 'profissionais' e 'não profissionais':

Os programas de PST seriam "one clear way in which occupational medicine crosses the line, which may be thin indeed, from *occupationally related disorders to nonoccupational factors determining health* (...). The *occupational physician* engaged in health promotion programs cannot use the same approach or thinking appropriate to occupational disorders. The control of *personal health hazards* requires a different strategy than *occupational health hazards* and tend to be more dependent on personal initiative and compliance" (Guidotti, 1988, p. 575. Itálicos nossos)

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

2.2 • Employee assistance programs e drug screen initiatives

As chamadas *drug screening initiatives* são mais recentes do que os EAP's. A sua origem remonta a 1981, quando o Departamento de Defesa norte-americano, por alegadas razões de segurança, começou a usar testes para detectar vestígios do consumo de drogas ilícitas na urina do pessoal civil e militar dos estabelecimentos das forças armadas. Por volta de 1988, e em grande parte como resultado do *clima de guerra contra a droga*, criado pela Administração Reagan, muitas empresas do sector privado passaram utilizar o *drug screening* tanto na selecção de pessoal como na despesagem (raramente aleatória, diga-se de passagem) do consumo, entre o seu pessoal (Conrad, 1992).

Quanto aos EAP's, também são uma pretensa originalidade norte-americana, se bem que na Europa e noutras regiões também haja uma tradição de *industrial social service* que remonta, pelo menos, à II Guerra Mundial (Akabas, 1998). Inspirando-se na experiência dos grupos de auto-ajuda (por ex., os *Alcoólicos Anónimos*), os EAP's desenvolveram-se sobretudo a partir do início da década de 1970 (Roman, 1988). Durante muito tempo, o termo ficará conotado com o *alcohol abuse*. Aliás, a paternidade do termo é atribuída ao *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA), criado em 1971 (vd. <http://www.niaaa.nih.gov/>).

Os EAP's podem ser definidos, em sentido lato, como iniciativas levadas a cabo, no local de trabalho, para garantir a manutenção do emprego (ou a empregabilidade) de indivíduos cujo desempenho profissional e relacionamento humano são afectados negativamente por problemas de consumo de álcool ou de droga, doença psiquiátrica, dificuldades familiares ou outros problemas pessoais (Roman, 1988).

Para a associação americana que representa os profissionais que trabalham neste campo (EAPA- *Employee Assistance Professionals Association*, vd. <http://www.eap-association.com>), um EAP é um "worksite-based program designed to assist in the identification and resolution of productivity problems associated with employees impaired by personal concerns including, but not limited to: health, marital, family, financial, alcohol, drug, legal, emotional, stress, or other personal concerns which may adversely affect employee job performance" (cit. por Lee, 1994, p. 216. Itálicos nossos).

Com o apoio financeiro do Governo Federal, muitas empresas vão introduzir, nos anos 70, programas de ajuda, aconselhamento, referência e tratamento dos seus trabalhadores com problemas de uso e abuso de álcool. Com o decorrer do tempo, os EAP's passaram a contemplar outros problemas emergentes com implicações no desempenho e na empregabilidade. O seu número cresceu significativamente: No final dos anos 50, haveria uma escassa meia centena de programas deste tipo; em 1973, registavam-se já cerca de meio milhar; a partir daí verifica-se um crescimento exponencial: 2400 em 1977; 10 a 12 mil em finais dos anos 80 (segundo diversas fontes, citadas por Conrad, 1992, p. 94). Embora tardiamente, o termo também chegou aos nossos serviços de SH&ST, sendo conhecido, nalgumas empresas portuguesas, sob a designação de *Programas de Apoio aos Trabalhadores* (PAT's) (Leal, 1993).

As diferenças, quanto à estrutura e a natureza dos EAP's e os *wellness programs*, nem sempre são fáceis de distinguir. Muito sumariamente, pode dizer-se que: (i) Os EAP's colocam-se mais na perspectiva da *prevenção secundária e terciária*, ou seja, do tratamento e da cura bem como da reabilitação e reintegração; além disso, têm uma população-alvo mais restrita (os chamados 'casos sociais', como se diz eufemisticamente nas nossas empresas); (ii) Por seu lado, os programas de PST estavam orientados mais para a *manutenção da saúde em geral* do que propriamente para a *protecção da saúde no trabalho* (por ex., prevenção dos acidentes e doenças profissionais); (iii) Em todo o caso, a tendência, nos anos 90, será para integrar os EAP's nas actividades de PST.

Quer os EAP's quer as *drug screen initiatives* (e, mais recentemente, os testes de HIV/Sida) levantam questões éticas e deontológicas que estão longe de terem sido devidamente equacionadas e resolvidas nos EUA e fora dos EUA (Roman, 1987; Green, 1988; Hecker, 1989; Conrad, 1992), questões essas a que os médicos do trabalho são particularmente sensíveis (ICOH, 1992;).

Quanto aos programas de PST, e até pelo menos ao final da década de 1980, também eram considerados um fenómeno especificamente norte-americano, sem paralelo na Europa e no Japão (Conrad, 1988; Wynne, 1989; Muto, 1997; Okubo, 1998), tendo-se desenvolvido à margem da profissão médica e dos serviços de SH&ST: "*Work-site health promotion as a widespread corporate phenomenon only began to emerge in the 1970s and has developed largely outside of the medical care system with little participation by physicians.*" (Conrad, 1987, p. 257. Itálicos nossos).

Só a partir da segunda metade da década de 80 é que se começa a falar da PST no Canadá (Health Canada, 1997; Dooner, 1996) e na Europa (Wynne, 1989).

2.3 • A natureza e a frequência dos programas de PST

Na primeira metade da década de 1980, a natureza e a frequência dos programas e actividades de PST variavam, conforme a dimensão das empresas, a sua localização geográfica e o seu sector de actividade. Segundo o primeiro *National Survey of Worksite Health Promotion Activities*, realizado em 1985, sob os auspícios do *U. S. Department of Health and Human Services* (1987), duas em cada três empresas ou estabelecimentos do sector privado, com cinquenta ou mais trabalhadores, tinham então em curso um ou mais programas de promoção de saúde.

A amostra abrangeu 1358 locais de trabalho, correspondendo a uma taxa de resposta de 83% e sendo resultados do inquérito generalizáveis para o universo das empresas ou estabelecimentos com 100 ou mais trabalhadores. O número médio de actividades (2.1) tendia claramente a aumentar em função do número de trabalhadores: (i) 1.4 nos locais de trabalho de menor dimensão (≥ 50 a 99 trabalhadores); e (ii) 4.6 nos locais de trabalho de maior dimensão (≥ 750 trabalhadores) (Fielding, 1989 e 1990).

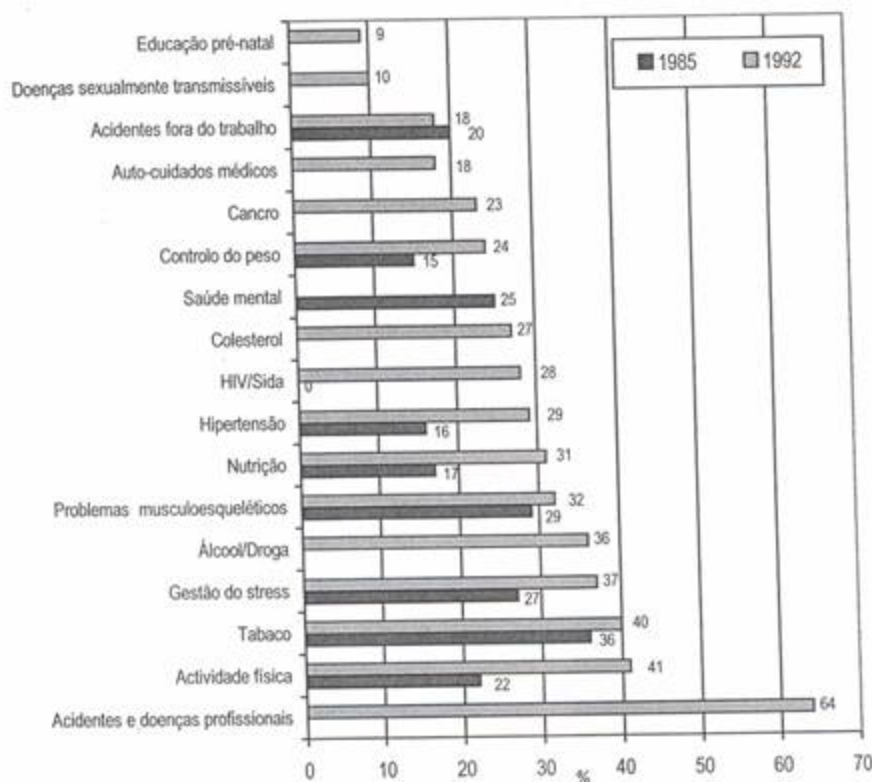
Nas actividades de maior prevalência destacavam-se as que eram claramente orientadas para o *indivíduo* em detrimento do seu *ambiente de trabalho*, físico e psicossocial (*Figura 2.1*). Acima dos 20%, os programas mais comuns eram:

- O tabagismo (*smoking cessation*) (36%);
- A avaliação e a vigilância da saúde (*health risk assessment*) (30%);
- A prevenção e o tratamento dos problemas do foro musculoesquelético (*back problem prevention and care*) (29%);
- A gestão do *stress* (*stress management*) (27%);
- A actividade física (*exercise/physical fitness*) (22 %).

A seguir, com 15% a 20% de prevalência, apareciam também outras actividades centradas nos *health-related behaviours*:

- A prevenção dos acidentes extralaborais (*off-the-job accident prevention*) (20%);
- A alimentação (*nutrition education*) (17%);
- O controlo e tratamento da hipertensão (*high blood pressure control and treatment*) (17%);
- O controlo do peso (*weight control*) (15%).

Figura 2.1 — Prevalência de programas e actividades de saúde nas empresas e estabelecimentos norte-americanos, do sector privado, com mais de 50 trabalhadores, em 1985 e 1992



Fonte: Adapt. de Fielding (1989 e 1998)

Comparando os resultados de 1985 com os de 1992 (Figura 2.1), verifica-se ter havido uma clara expansão dos programas mais típicos (por ex., exercício/fitness, tabaco, stress, hipertensão, nutrição), enquanto outros são identificados pela primeira vez (por ex., HIV/Sida, álcool/droga, colesterol, saúde mental, cancro, doenças sexualmente transmissíveis, educação pré-natal, auto-cuidados). Também, pela primeira vez, se discriminavam, no inquérito de 1992, as actividades tradicionalmente associadas à SH&ST (*job hazards/injury prevention*).

De qualquer modo, em 1992, mais de 80% da amostra tinha um ou mais programas de PST, embora muitos deles se resumissem a meras actividades de informação/educação. Outros como a *gestão do stress* eram claramente orientados para a formação e o treino do indivíduo com vista a melhorar a sua capacidade para lidar com os riscos de natureza psicossocial no trabalho e fora do trabalho (Wilbur, 1986; Fielding, 1989).

Dáí a tendência para se privilegiar técnicas como a relaxação muscular, o *biofeedback*, a meditação, a aquisição de capacidades cognitivas e comportamentais (*stress coping skills*), etc. (Murphy, 1985), em detrimento claramente das intervenções organizacionais com vista a eliminar ou reduzir os

factores de *stress* (por ex., mudança organizacional, *job design*, flexibilidade de horários, suporte social, participação e consulta) (Gardell, 1982; Sloan, 1997; Cooper, 1988; Aronsson, 1989; Karasek, 1990; Israel, 1992; Smith, 1992; Bravermann, 1992; Kompier, 1993).

Quanto à *elegibilidade* dos programas, era em geral bastante alta: à volta de 85%, de acordo com os resultados do inquérito de 1985. Quanto ao *grau de participação*, ele tendia a variar em função do tipo de programa e do local onde era administrado (dentro ou fora da empresa ou estabelecimento). Programas como a *avaliação e vigilância da saúde* tendiam a registar taxas mais elevadas de participação (70% a 90%), ao invés dos programas de *redução de riscos* (entre 5% a 30% dos trabalhadores elegíveis, ou seja, pertencentes ao grupo de risco, durante o período de um ano). Por ex., programas como o do *tabaco* e da *obesidade* raramente recrutavam mais do que 20% a 25% dos trabalhadores elegíveis (Fielding, 1990).

Segundo a experiência norte-americana dos anos 80, a *participação* (e a continuação da participação ao longo do tempo) da população trabalhadora dependia de múltiplos factores, a começar pela *visibilidade do apoio da gestão* (a todos os níveis, desde o topo à base), pelo tipo de *incentivos* (positivos ou negativos, com expressão monetária ou não), pelas *garantias de confidencialidade*, pelo *tipo de metodologia* usada no planeamento, implementação e avaliação, pelas *características sociodemográficas e organizacionais* das empresas, etc. (Sloan, 1988; Stange, 1991; Stoffelmayr, 1992; Heirich, 1993; Witte, 1993).

A literatura norte-americana não é conclusiva sobre este tópico, mas em geral os promotores de saúde tendem a subestimar a importância dos factores psicossociais e organizacionais associados à participação (Sloan, 1987; Conrad, 1987a). Uma das fraquezas metodológicas de muitos programas de PST, nos EUA, tinha (e tem) a ver justamente com o facto de estarem mais centrados no *indivíduo* do que na *organização*. Ora, para ser eficaz, a PST tem de ser simultaneamente uma *health action* e uma *organizational action*, ou seja, agir sobre o indivíduo e o seu ambiente de trabalho, criando um *supportive environment* e, ao mesmo tempo, fornecendo informação e prestando apoio a cada trabalhador para proteger, manter e melhorar a sua saúde e o seu bem-estar no trabalho.

Nesta perspectiva integrada, o papel dos trabalhadores só pode ser *proactivo* (Sloan, 1987; Green, 1988; Ribisl, 1993; Gründemann, 1997; Warshaw, 1998; Wynne, 1998; Graça, 1993 e 1999).

2.4 • A saúde pública e a PST

Até praticamente ao início da década de 1990, a política do Governo Federal norte-americano não teve grande impacto no desenvolvimento da PST (se excluirmos da PST os EAP's). A par do célebre relatório Lalonde (1974) sobre a saúde dos canadianos, é de sublinhar, pelo seu pioneirismo, a importância da promulgação da *Health Information and Health Promotion Act of 1974 (Public Law 94-317)* que entrou em vigor em 1976 e que conduziu à formação do *Office of Disease Prevention and Health Promotion*.

Este organismo do serviço de saúde pública (vd. <http://www.odphp.osophs.gov/>) não teve, no entanto, um papel decisivo, directo e visível, no desenvolvimento da PST, se exceptuarmos a realização dos dois já citados inquéritos nacionais (em 1985 e 1992) e a definição da estratégia nacional de saúde *Healthy People 2000* (em 1990) (O'Donnell, 1996).

Na década de 1990, os serviços de saúde norte-americanos vão dar o seu claro aval a estas iniciativas no local de trabalho, seleccionando e publicitando os melhores exemplos de programas de PST levadas a cabo tanto pela *Corporate America* como pela administração pública. (U. S. Department of Health and Human Services, 1993).

Os exemplos de PST que foram seleccionados e divulgados, num total de 61, através da publicação *Health Promotion Goes to Work* dividem-se por tipo de sector e número de trabalhadores:

- Sector privado (empresas com mais de 1000 trabalhadores) (n=42);
- Sector privado (empresas com menos de 1000 trabalhadores) (n=7);
- Sector público (organizações com mais de 1000 trabalhadores) (n=10);
- Sector público (organizações com menos de 1000 trabalhadores) (n=2).

Embora se trate de uma amostra de conveniência, ela reflecte a tendência para os programas de PST serem ainda considerados como um luxo reservado aos *big boys*, ou seja, às empresas e demais organização de grande dimensão e com mais recursos.

Entretanto, em Setembro de 1990, o U. S. Department of Health and Human Services, havia lançado o *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention*. À semelhança da estratégia regional europeia da *Saúde para Todos no ano 2000*, o *Healthy People 2000* baseava-se na cooperação intersectorial e tinha como principais metas a atingir: (i) O aumento da *esperança de vida* de todos os americanos; (ii) a redução das *desigualdades em saúde*; e, por fim, (iii) a igualdade de oportunidades no *acesso a serviços e cuidados de saúde preventivos*. (Sobre o próximo *Healthy People 2010*, ainda em discussão, <http://health.gov.healthypeople/>).

Para alcançar estas três grandes metas de saúde, foram estabelecidos 300 objectivos específicos em 22 áreas prioritárias, incluindo o local de trabalho. Em termos de filosofia, o programa *Healthy People 2000* privilegiava (U. S. Department of Health and Human Services, 1991):

- A *promoção da saúde* "através da redução dos comportamentos de alto risco" (sic) e da "melhoria dos comportamentos saudáveis relacionados com actividade física, nutrição, consumo de tabaco, álcool e outras drogas, planeamento familiar, saúde mental e violência";
- A *protecção da saúde* "através da prevenção dos acidentes e dos riscos ambientais" (sic) bem como da "melhoria da segurança dos alimentos e medicamentos";
- Os *cuidados de saúde preventivos* (saúde materna e infantil, vacinação, doenças cardiovasculares, cancro, diabetes, HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, doenças infecciosas, etc.);
- Além da *vigilância epidemiológica* e da melhoria do *sistema de informação de saúde* a nível, nacional, regional e local. (U. S. Department of Health and Human Services, 1991).

O *worksites* é então definitivamente consagrado, pela saúde pública norte-americana, como um local privilegiado para atingir as metas do *Healthy People 2000* (vd. <http://www.health.gov/healthypeople/>), tendo em conta que é uma comunidade única onde os indivíduos em idade activa passam a boa parte do seu tempo. Subsiste, em todo o caso, a distinção entre a *promoção da saúde* (limitada aos comportamentos de risco e aos estilos de vida saudáveis) e a *protecção da saúde* (centrada na prevenção dos acidentes e dos riscos profissionais e ambientais), que é um conceito que continua a ser caro aos médicos do trabalho e que é um princípio civilizacional.

Era esperado que a WHP tivesse, também, um impacto positivo na reforma do *health care system* norte-americano e, sobretudo, na redução dos custos com os cuidados médicos e hospitalares.

Segundo um importante documento produzido em 1993 pela *Worksite Health Promotion Alliance* ("uma coligação de empresas e organizações, representando milhões de trabalhadores americanos e suas famílias"), a PST:

- É uma maneira particularmente eficaz de atingir grupos de risco ("people at high risk");
- Reforça outras medidas dos gestores para melhorar o desempenho e a produtividade dos trabalhadores ("other business efforts aimed at improving worker productivity and effectiveness");
- Representa um poderoso instrumento para modificar a cultura de saúde do povo americano ("a powerful way of positively impact the health culture of Americans");
- Tem mostrado ser muito eficaz "in reducing both lifestyle-related health risk and the resulting demands on the medical care system" (cit. por Kaman, 1995, pp. 217-220).

2.5 • Exemplos de programas de PST

A análise dos exemplos que foram seleccionados pela brochura *Health promotion goes to work*, confirma a tendência para se continuar a privilegiar, nos anos 90, o indivíduo e os seus *risk-health behaviours* em detrimento das iniciativas para melhorar o ambiente físico e psicossocial de trabalho:

- Por ex., numa grande empresa do sector químico como a *Dow Chemical Company* (30 mil trabalhadores), o objectivo do seu programa *Up with Life* (iniciado em 1985) é "to encourage employees to develop healthy lifestyles";
- O mesmo se passa com organizações pertencentes ao Governo Federal, como a *NASA (National Aeronautics and Space Administration)* (24 mil trabalhadores): O *NASA's Fitness Challenge, Exercise for the Health of it* (iniciado em 1991), tem como objectivo explícito "to produce a workforce that functions at his highest level of health, well-being and productivity";

Em todo o caso, em empresas como a *Texas Instruments, Inc.*, do sector electrónico (80 mil trabalhadores), havia já uma clara articulação entre a OSH (que remonta a 1952) e a WHP (mais recente, 1988). O seu programa *LifeTrack* tinha explicitamente como objectivo oferecer "a safe and healthy work environment" bem como promover e apoiar "the health of employees".

Algumas das mais conhecidas multinacionais norte-americanas estavam representadas nesta selecção que pretendia ser "a core representation among public and private organizations of outstanding examples of programs that have been successful in improving health and reducing risk of premature disease and disability among employees, dependents and retirees". Além disso, tratava-se de programas que tiveram ou tinham "an impact on health care cost containment, productivity, absenteeism, and morale". Finalmente, alguns tinham sido seleccionados "for their award-winning innovations and longevity alone". Em qualquer dos casos, todos beneficiavam de "significant organizational support" e reflectiam "a growing interest among business, industry, and labor in employee health" (*U.S. Department of Health and Human Services*, 1993, p. iii. Itálicos nossos).

2.5.1 • Live for Life / Johnson & Johnson

Um dos programas mais conhecidos era então o da Johnson & Johnson, *Live for Life* (iniciado em 1979). Em finais de 1984, encontrava-se já disponível para mais de 25 mil empregados deste grupo multinacional, repartidos por 43 estabelecimentos nos EUA, Porto Rico, Canadá e Europa.

Figura 2. 2 – A metodologia do Programa Live for Life ® a nível local



Fonte: Wilbur (1986, p. 339)

Segundo Wilbur (1986, p. 340), "it is specifically designed to improve employee health by encouraging healthful lifestyles" (sic). Mas a longo prazo, o objectivo deste *comprehensive program* era o de conter os custos com os cuidados de saúde. A curto e médio prazo, os seus objectivos incluíam "improvements in the quality of life, performance, and attitudes of Johnson & Johnson employees".

Ao grande investimento feito neste programa não serão estranhas, também, as preocupações da Johnson & Johnson com a sua imagem de marca. O mesmo se poderia dizer de outras conhecidas multinacionais como a Coca-Cola, a Pepsico, a Ford, a General Motor, a Apple Computer ou a American Express. Em termos de *marketing*, o programa *Live for Life* era apresentado como estando "in the business of selling health to essentially healthy people" (Wilbur, 1986, p. 349).

Live for Life é tipicamente um *kit* completo, concebido e desenvolvido por especialistas internos, e pronto a servir. A sua implementação também segue uma metodologia própria. O empenhamento da gestão de topo de cada estabelecimento ou empresa do grupo, dentro ou fora dos EUA, era considerada uma condição *sine qua non* para o seu sucesso, tal como a existência de um coordenador central com funções de *marketing*, assessoria e avaliação.

Quanto à concepção e organização do programa, elas são claramente *topdown*, ou seja, dirigidas de cima para baixo, não se prevendo a participação dos trabalhadores nas várias fases do processo, a não ser na implementação de actividades específicas, por razões óbvias: mas neste caso, a *employee participation* significa apenas *compliance*, sem a qual não haverá a tão desejada *behavioral change*.

A apresentação do programa ao *management board* de cada uma das empresas ou estabelecimentos é um passo considerado imprescindível para obter o seu empenhamento (Figura 2.2). A gestão de topo, a nível local, deverá comprometer-se a assegurar quatro coisas fundamentais para o sucesso do programa:

- Disponibilidade de recursos financeiros;
- Disponibilidade de tempo de gestão;
- Abertura em relação à necessidade de se efectuarem eventuais "environmental improvements";
- E, finalmente, recrutamento de um ou mais "senior volunteer leaders", de entre os quadros de nível médio ou superior, para a fase de arranque do programa.

A um dos membros da administração ou direcção é atribuída a responsabilidade operacional pela execução do programa. Em geral, é escolhido o *vice-president of personnel* ou o *vice-president of finance*.

Em linhas gerais, o programa-tipo que é oferecido aos trabalhadores de cada empresa ou estabelecimento começa com um exame de saúde (*health screen*), de cerca de uma hora de duração, e que inclui a avaliação de diversos parâmetros *biométricos*, *psicométricos* e *comportamentais*. Os participantes, que são voluntários, recebem depois o respectivo *lifestyles profile*.

O programa continua com um seminário sobre estilos de vida (*lifestyles seminar*), de cerca de três horas, efectuado no local e tempo de trabalho, e dirigido a grupos de cerca de 50 empregados. A partir daqui, cada participante tem ao seu dispor um vasto reportório de programas específicos (Figura 2.2).

No essencial, trata-se de programas de ensino/aprendizagem em grupo, de duração variável (4 a 12 sessões), visando a mudança de conhecimentos, atitudes e comportamentos com implicações na saúde. Por ex., a gestão do *stress* é um programa de oito sessões, "designed to teach basic mental and physical relaxation skills"; o programa de *actividade física* consiste em doze semanas de ginástica aeróbica; o *personal power* é um programa de 12 sessões "to teach employees how to manage stress through improved personal assertiveness", etc.

É esperado que a empresa ou estabelecimento faça, por seu turno, algumas *environment improvements in key health and lifestyle areas*. Curiosamente, tirando o *flextime*, não há nenhuma sugestão no sentido de introduzir melhorias no *work environment* propriamente dito:

- Disponibilidade de instalações e equipamentos para a prática do *fitness*;
- Disponibilidade de alimentos e bebidas saudáveis no restaurante, cafetaria e nas máquinas de venda automática;
- Fornecimento de *kits* para a automedicação da tensão arterial;
- Criação de EAP's "to provide professional treatment and referral services to troubled employees";
- Definição de uma política no domínio do consumo de tabaco;
- Atribuição de prémios e outros incentivos à participação no programa *Live for Life*, etc.

Em resumo, "the overall strategy is to surround the employee with *information and incentives* to spur healthier lifestyles. Long-term, this strategy seeks to create a *corporate culture thoroughly supportive of good health practices*" (Wilbur, 1986, p. 344, *itálicos nossos*). Sendo um dos programas de PST mais conhecidos (se não mesmo o mais famoso nos EUA), o *Life for Life* da Johnson & Johnson era também claramente assumido como parte de uma estratégia integrada de contenção de custos (Wilbur, 1983 e 1986; Bly, 1986).

2.6 • O contexto teórico e societal da PST

Estas iniciativas de saúde no local de trabalho têm de ser entendidas no *contexto específico* norte-americano, nomeadamente económico, político, ideológico, social e cultural, em que se desenvolvem, ou seja, a partir de meados da década de 1970:

A PST insere-se numa *estratégia* mais vasta das empresas norte-americanas para reduzir os elevados custos, directos e indirectos, resultantes quer (i) da *prestação de cuidados médicos e hospitalares*, suportados através dos esquemas de seguro/doença, quer (ii) dos *disfuncionamentos ligados às atitudes e comportamentos no trabalho* (insatisfação profissional, *stress*, absentismo, *turnover*, etc.), bem como ao clima organizacional, às condições de trabalho, aos problemas da qualidade e da produtividade (Wilbur, 1983; Sloan, 1987; Conrad, 1988; Hollander, 1988; Alexander, 1988; Harris, 1991; Witte, 1993).

Nuns casos, há uma preocupação evidente em *aumentar a competitividade* da empresa no mercado nacional ou internacional. Noutros casos, há também o claro interesse em *melhorar a imagem externa* e, sobretudo, em *controlar os custos dos cuidados médicos e hospitalares* (Sloan, 1987; Warner, 1987 e 1988; Kaman, 1995).

Quatro *ordens de razões* podem ser encontradas para explicar o desenvolvimento da PST nos EUA (Conrad, 1988 e 1992; Graça, 1991 e 1999):

- Uma estratégia para *reduzir ou conter os custos com a saúde da população trabalhadora*;
- O novo *modelo etiológico de saúde/doença*;
- A cultura do *wellness*;
- A construção de uma *nova ética do trabalho*.

2.6.1 • Uma estratégia para conter os custos com a prestação de cuidados de saúde

Contrariamente ao que se passa na generalidade dos países da Europa Ocidental, os EUA não têm uma tradição histórica de *Welfare State*. Estão generalizados os esquemas de seguro de saúde/doença privados, a par dos planos de reforma, oferecidos pelas empresas aos seus trabalhadores como um importante *fringe benefit* (Mondy, 1999).

No essencial, são os empregadores que suportam uma parte substancial dos encargos com a saúde do seu pessoal no activo e/ou na reforma (incluindo muitas vezes o respectivo agregado familiar), para além dos encargos com a SH&ST. O grau de cobertura dos planos de saúde é variável. De qualquer modo, as empresas norte-americanas terão sido das primeiras a preocupar-se com a escalada dos custos directos e indirectos da protecção social dos trabalhadores. Os dados falam por si:

- Na década de 1980, cerca de 80% de todos os prémios de seguros de saúde privados eram por conta das empresas; estas, por sua vez, eram responsáveis, em 1985, por cerca de 20 a 25% do total das despesas nacionais com a saúde (estimadas em mais de 400 mil milhões de dólares), segundo fontes citadas por Warner (1987);
- Outras estimativas apontam para uma proporção muito maior: Citando Pelletier (1989), Witte (1993, p. 227) diz que "of the total United States annual medical budget of \$551 billion, private corporations pay 40-43%";
- De 1979 a 1984, o valor dos benefícios pagos ao abrigo aos seguros de saúde, nos EUA, passaram de 6,5 mil milhões de dólares para 10,9 (um crescimento exponencial de mais de 66%); no mesmo período, o custo dos prémios dos seguros de saúde cresceu 75% (de 73,9 mil milhões de dólares para 129,8);
- Em 1950, as despesas de saúde representavam 4,4% do PIB, em 1960 cerca de 5,3% e em 1985 elevavam-se a 10,7% (Sloan, 1987); no princípio da década de 90, atingiam já os 12% (Witte, 1993);
- Em 1985, cada empregador americano pagava 2560 dólares por trabalhador, relativamente aos custos com a saúde, o que representava 11,8% da massa salarial (Sloan, 1987);
- A indústria automóvel (Crysler, General Motors, Ford, etc.) estava a pagar uma pesada factura, comprometendo a sua competitividade: No início da década de 1980, por ex., cada carro saído das linhas de montagem da Crysler tinha um custo adicional de 500 dólares, devido aos encargos com a saúde (Conrad, 1988).

Na década de 90, a economia da saúde está intimamente ligada às tentativas (falhadas) da *health care reform* (Kaman, 1995; Lynch, 1995), e sobretudo ao imperativo (económico) de reduzir as despesas resultantes da utilização dos cuidados médicos e hospitalares (que poderão atingir 28% do PIB norte-americano daqui a três décadas):

Segundo Whitmer (1995, p. 79), que cita várias fontes, em 1992, "about 14 cents of every dollar spent in the United States went for medical care (...). This represents an estimated average cost of \$2,953 per person (...). When examining employee medical benefits, the average cost per employee was \$3,968 which amounted to an average of 42% of net company profits (...). During the past 10 years, the annual increase in medical expenses was over twice the increase in general inflation (...). The total cost for medical care in 1992 was about \$817 billion was predicted to increase to \$940 billion for 1993. Increases over the next 5 years are projected at 12% to 13% per year (...). If trends continue, by the year 2030 medical care will account for about 28% of the Gross Domestic Product (...)" (Itálicos nossos).

O interesse dos empregadores na redução dos custos com a prestação de cuidados de saúde era igualmente partilhado pelas seguradoras, algumas das quais se tornariam muito activas, fazendo o *marketing* da PST, organizando, elas próprias, programas destinados aos seus trabalhadores, vendendo pacotes de *wellness programs* aos seus clientes, apoiando a realização de encontros científicos sobre o tópico da avaliação económica da PST, etc. Tornava-se óbvio, face à escalada

dos custos com os cuidados médicos e hospitalares, que era do interesse das seguradoras e dos empregadores dar maior ênfase à prevenção da doença do que ao seu tratamento (Fielding, 1983; Alexander, 1988).

Por outro lado, a reestruturação de largos sectores industriais e as profundas alterações tecnológicas e organizacionais, a par da política musculada, no plano social e económico, de Ronald Reagan, vieram aumentar os riscos associados ao stress no local de trabalho. Na década de 1980, o *job stress* terá custado às empresas um valor anual estimado entre os 75 e os 150 mil milhões de dólares (segundo fontes citadas por Fielding, 1989, p. 990). Karasek (1990) é mais preciso, afirmando que as perdas para a economia norte-americana associadas ao stress no trabalho eram estimadas em mais de 150 mil milhões de dólares por ano (com base num artigo de M. Freudenheim: *Business and health*, *New York Times*, May 26, 1987).

Dáí esperar-se claramente que a PST fosse um *bom negócio* para todos, ou seja, económica e socialmente benéfica para as seguradoras, os empregadores, os trabalhadores e seus familiares e até para o próprio país (Conrad, 1988; Hollander, 1988).

O editor do *American Journal of Health Promotion* (vd. <http://www.healthpromotionjournal.com>), reconhecia há alguns anos atrás, perante uma plateia maioritariamente europeia e sobretudo alemã, que "the primary stimulus for workplace health promotion programs in the United States has been corporate efforts to increase profits by controlling medical care costs, and enhancing productivity and image" (OTDonnell, 1996, p. 51. Itálicos nossos).

Não se pode negar, no entanto, o impacto que no início da década de 1990 teve o lançamento da estratégia nacional de saúde *Healthy People 2000*, não só no meio científico e profissional da saúde como nos *mass media* e na opinião pública, ao pôr em evidência os elevados custos, por doente, do tratamento e reabilitação das doenças que são hoje de maior prevalência mas também, e em grande parte, susceptíveis de diagnóstico precoce e prevenção: Por exemplo, nessa época, 7 milhões de norte-americanos sofriam de doença cardíaca, em resultado da qual morriam anualmente 500 mil; entretanto, faziam-se cerca de 284 mil implantações de *bypass* por ano, o que custava qualquer coisa como 8 mil e 500 milhões de dólares (Vd. *Quadro A1*, em anexo).

2.6.2 • O novo modelo etiológico de saúde/doença

Em segundo lugar, é nos EUA que surge, em meados dos anos 60, na sequência do célebre estudo do Condado de Alameda, na Califórnia, um novo modelo etiológico ou teoria explicativa da saúde/doença, o *lifestyle-risk factor* (Human Population Laboratory, 1966; Belloc, 1972; Berkman, 1983).

Trata-se de uma nova variante do paradigma epidemiológico segundo o qual certos comportamentos individuais ou estilos de vida constituem factores de risco (por ex., o tabagismo) e são decisivos para o desenvolvimento de doenças crónicas, de elevada mortalidade (por ex., cancro do pulmão).

Conrad (1988) cita, entre outros, o célebre *U. S. Surgeon General's Report on Smoking*, de 1964, como um dos documentos de referência que fundamentou e popularizou este novo modelo etiológico. Em 1991, o *U. S. Department of Health and Human Services* (vd. <http://hhs.gov/>) estimava em mais de 390 mil, por ano, o número de vítimas do consumo de tabaco, uma cifra superior ao total de vidas perdidas, pelos EUA, em todas as guerras em que esteve envolvido durante o Século XX.

Além disso, a importância do novo modelo etiológico, para a educação e a promoção da saúde, é óbvia. Sendo factores de risco *endógenos* ou comportamentais, os estilos de vida podem ser mais facilmente modificados (ou manipuláveis) do que os outros factores *exógenos* que o indivíduo não pode controlar: a biologia humana, o ambiente (incluindo os riscos profissionais) e o sistema de saúde.

A importância do estudo de Alameda foi o de demonstrar o peso que têm as "seven health practices" no estado de saúde (físico e mental) de cada indivíduo e, mais tarde, no risco de adoecer, ficar incapacitado ou morrer, (Kronenfeld, 1988), práticas essas que foram rapidamente incorporadas nos programas de PST (Donaldson, 1995):

- Dormir diariamente 7 a 8 horas;
- Tomar habitualmente o pequeno-almoço;
- Nunca ou raramente comer entre as refeições;
- Ter o peso adequado;
- Manter uma actividade física regular;
- Nunca fumar;
- De preferência não consumir álcool (ou beber moderadamente).

A estes sete *estilos de vida* haveria que acrescentar o *uso do cinto de segurança*, um *safety behavior* que não foi considerado no estudo de Alameda County, mas cuja importância, para a prevenção dos acidentes de tráfico e para redução da taxa de mortalidade, tem um crescente reconhecimento não só por parte dos investigadores e promotores de saúde bem como pelos responsáveis a nível de política de saúde (U. S. Department of Health and Human Services, 1990 e 1991; Breslow, 1990; Bertera, 1991).

De qualquer modo, este paradigma tornou-se rapidamente dominante, tendo beneficiado do efeito ideológico e mediático de importantes documentos de política de saúde como o já citado relatório Lalonde (*A new perspective on the health of Canadians*, 1974) ou o *Healthy People*, no caso dos Estados Unidos (1980).

Os críticos do novo modelo irão denunciar, por seu turno, os seus efeitos negativos e perversos, nomeadamente a excessiva ênfase na responsabilidade do indivíduo em relação à sua saúde, o *blaming the victim* (Crawford, 1977; Sloan, 1987; Alexander, 1988; Warshaw, 1998) e a pretensa cobertura ideológica à ofensiva conservadora e neoliberal contra o Estado-Providência, em particular no que respeitava à prestação de cuidados de saúde (Conrad, 1988) e às obrigações dos empregadores no domínio do OSH (Navarro, 1983).

"Historically, too many efforts in workplace health promotion have placed the burden of organizing for change on employees and not on the more powerful elements of management (...). This orientation in workplace health promotion has thus the effect of *blaming the victim for poor health rather than focusing on the circumstances responsible for the problem*. Carcinogenic substances in the workplace, overly stressful work conditions, and the inefficient or inhumane operations of an organization all constitute examples of circumstances not conducive to maintaining health at work. The potential for victim-blaming in workplace health promotion is vast, if you allow yourself to think about health as a solely individual responsibility (...)" (Sloan (1987, pp. 146-147. Itálicos nossos).

A prevenção da doença e a promoção da saúde, em geral, iriam tornar-se, de resto, um importante *enjeu* da política de saúde do Governo americano. Em 1980, por exemplo, fixava-se já um conjunto de quinze objectivos de saúde a atingir pelo país até 1990. Cinco dessas metas estavam especificamente relacionadas com os *estilos de vida*: deixar de fumar, reduzir o consumo de álcool e da droga, melhorar a alimentação, manter-se em boa física e controlar o *stress* (U. S. Department of Health and Human Services, 1980).

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

2.6.3 • A cultura do *wellness*

A par disso, assistia-se na América, a partir da década de 60 a um '*boom*' da cultura do corpo e do '*fitness*', associada à saúde e ao bem-estar, bem como a mudanças de hábitos, sobretudo por parte da classe média. O *smoking cessation* (Fielding, 1991 e 1992) é apenas um exemplo das consequências desta mudança de valores e padrões de comportamento:

- Entre 1965 e 1980, a população masculina de fumadores, com 20 ou mais anos, diminuiu em 10.5% (Kronenfeld, 1988, p. 516);
- O consumo anual de cigarros pela população adulta atingiu o seu ponto mais em 1983, um ano antes do primeiro *Surgeon General's Report* (4345 cigarros *per capita*), para começar a descer acentuadamente;
- Em 1988, o consumo estimado *per capita* era de 3121, já inferior ao nível atingido no final da II Guerra Mundial (Fielding, 1992, p. 726).

Para este declínio terão seguramente contribuído diversas medidas, tomadas nas últimas três décadas pelas autoridades americanas e pelo sector privado (*lobbying* contra as tabaqueiras, campanhas publicitárias nos *mass-media*, criação do *Non-smokers Rights Movement*, política fiscal e de saúde pública dos Governos Federal e estaduais, *smoking cessation programs* nos locais de trabalho, etc.).

Tal como noutros países altamente desenvolvidos (vd., por ex., Vries, 1995), há diferenças acentuadas na taxas de prevalência e de abandono do tabagismo, por idade, sexo, grupo étnico, educação e *status* socioeconómico. A tendência é, de resto, para uma crescente segregação social dos fumadores a nível da classe média e média-alta ("Smokers in the United States are becoming socially isolated, especially in higher-income and well-educated groups, and sensitive to the concerns of the nonsmokers with whom they interact") (Fielding, 1992, p. 733).

Em relação aos hábitos tabágicos da população trabalhadora americana, havia também diferenças acentuadas em função das características sociodemográficas e económicas, diferenças essas que muitas vezes não são tidas em conta pelos promotores de saúde, contribuindo desse modo para as críticas de elitismo, discriminação, *blaming the victim*, coacção, etc. dirigidas a muitos dos *wellness programs* (Conrad, 1992; Warshaw, 1998).

De acordo com dados do 1985 *Current Population Survey* e do 1978-1980 *National Health Interview Survey* (cit. por Fielding, 1991, pp. 214-215), verificava-se que:

- Os *desempregados* de ambos os sexos tinham mais propensão para fumar (por ex., em 1985, "white employed men and women had current smoking rates of 34% and 29%, versus 45% and 36% for their unemployed counterparts");
- A prevalência do tabagismo era maior entre os *trabalhadores menos qualificados* e as *minorias étnicas*: por ex., "in 1985, 40% of male blue-collar workers and 40% of male service workers smoked, compared with 33% of male white collar workers"; em 1978-1980, "blacks in professional or technical occupations had a higher percentage of smokers than whites - 38% versus 25%");

- Os trabalhadores dos sectores *primário e secundário* fumavam mais do que os do sector terciário (por ex., entre os trabalhadores das pescas a percentagem de fumadores correntes era de 63% contra 25% no sector da educação);
- Os *colarinhos azuis* do sexo feminino fumavam mais (38%) do que os *colarinhos brancos* do mesmo sexo (32%);
- Os trabalhadores *expostos a riscos profissionais* também fumavam mais do que os outros trabalhadores, de acordo com um relatório do *Surgeon General* de 1985 (*The health consequences of smoking: Cancer and chronic lung disease in the workplace*, cit. por Fielding, 1991, p. 215).

Um outro exemplo da *cultural wellness* é o aumento da prática do *jogging*, da ginástica aeróbica, do *fitness* e de outras formas de actividade física regular (vd., por ex., a *home page* da AFAA-Aerobics and Fitness Association of America: <http://www.afa.com/>), a par da voga dos *health foods* e dos *health clubs*.

Segundo fontes citadas por Conrad (1988, p. 486), há duas décadas atrás estimava-se já em 37 a 60 milhões o número de americanos que praticavam regularmente uma actividade física, sendo a grande maioria da classe média, com idades compreendidas entre os 20 e os 50 anos. O *fitness* é, aliás, o programa mais sedutor e popular de entre todos os *wellness programs* que podemos encontrar nos locais de trabalhos norte-americanos, com especial destaque para a musculação, a ginástica aeróbica e o *jogging* (Conrad, 1992).

Podia, pois, falar-se duma tendência nacional *to get fit, look good, eat well, and not smoke* como parte de uma nova cultura da saúde que era a da geração dos *baby-boomers* (O'Donnell, 1996; Ransford, 1966). De um modo geral, os programas de promoção da saúde, em geral, e de PST, em particular, eram mais populares e atractivos entre "this well educated, young to middle age groups"; em contrapartida encontravam muito menos adesão entre as "racial minorities, the very young and old, less well educated and lower income populations".

Last but not the least, a *Corporate America* estaria a forjar uma *nova ética da saúde*, sendo a adopção de estilos de vida saudáveis uma nova forma mais ou menos subtil de controlo social no trabalho. A pretexto do argumento económico da contenção dos custos dos cuidados de saúde, o que se teria a operar nos locais de trabalho, seria uma *mudança histórica de paradigma* no que respeita às preocupações dos empregadores com a saúde dos seus trabalhadores (Alexander, 1988; Hecker, 1989; Conrad, 1992).

2.6.4 • A construção de uma nova ética do trabalho

Tradicionalmente, havia nos EUA uma clara fronteira entre a esfera da vida profissional e a esfera da vida privada. Com a introdução dos *EAP's*, dos *wellness programs* e, mais tarde, das *drug screening initiatives*, essa fronteira tende a esbater-se, podendo falar-se de uma *new corporate health ethic* por oposição à *old corporate health ethic*, esta última ligada ao reconhecimento da importância (histórica) da protecção médico-legal dos trabalhadores (incluindo o papel da medicina do trabalho) bem como da extensão da sua protecção social, contemporânea da II Revolução Industrial e do triunfo do taylorismo-fordismo.

"From the 1920s on, the gradual growth of industrial health programs in large corporations institutionalized a corporate medical presence in the workplace and established *occupational medicine* as a recognized speciality. Programs were developed to screen for disease and to identify and treat alcohol-abusing employees. *Insurance coverage for medical care* was attached to the employment relationship. As these employee health programs took shape, they developed a largely implicit but clearly circumscribed jurisdiction. *Occupational health programs would address only problems*

associated directly with work – problems that either emanated from job exposures or affect work performance. A crucial distinction was thus made between *health on and off the job*, and a line was clearly drawn between *work and private life*” (Conrad, 1992, p. 89. Itálicos nossos).

A partir de meados dos anos 70, com a estagnação da produtividade e da competitividade das empresas americanas, com a crescente desindustrialização de vastas regiões e com o notório enfraquecimento da tradicional ética do trabalho, que era parte integrante do *American way of life*, a *Corporate America*, depois das razias do *downsizing* e da reengenharia (já nos anos 80), precisava de inovar no contexto da economia global e da sociedade da informação.

E vai justamente fazê-lo *recolectivizando* de algum modo o trabalho, ao descobrir tardiamente (em relação ao Japão e à Europa do Norte) as potencialidades dos grupos de trabalho enquanto equipas, a sua criatividade e a sua capacidade para interiorizar e reforçar novas normas de trabalho. A nova *corporate culture* é pós-taylorista mas não menos ideológica, ao fazer apelo a valores como estratégia, missão, qualidade, competência, empenhamento, espírito de corpo, lealdade ou devoção à missão da organização (Wood, 1990; Graça, 1996b e 1996c). Termos, aliás, que têm algumas conotações castrenses e que surgem em obras recentes dos novos gurus da gestão pela qualidade total (TQM), vindos do *warfare*, como, por ex., Creech (1998).

Os *healthy lifestyles* tornam-se assim, facilmente, um requisito para a admissão numa empresa e a manutenção do emprego, em empresas que se orgulham de serem *drug-free*, *smoking-free*, amigas do ambiente, etc., e que oferecem aos seus colaboradores, como parte dos *fringe benefits*, a utilização de *health clubs* ou de *fitness centers*, alguns sumptuosamente equipados e com pessoal altamente especializado.

Estes receios podiam ser, de algum modo, datados, tendo em conta o contexto da época, fortemente marcado pela *reaganomics*. Mas outros autores, como Green (1988, p. 474), também acentuam a perspectiva redutora que, em geral, têm da saúde dos trabalhadores muitos dos programas de PST:

“Workplace wellness programs typically deal only with factors which have no direct relation to work and which are intrapersonal in nature, such as diet and smoking. Also important are *institutional factors specific to the individual's role as a worker*: the physical work environment (generally addressed by occupational health and safety professionals) and the psychosocial work environment, referring to such aspects as the degree of control over work, time pressure, and routinization (which is only beginning to be studied in the United States). *Social factors, referring to laws and regulations*, may also have a significant impact on health through their effects at the institutional level” (Itálicos nossos).

Os factores que determinam a saúde dos trabalhadores podem ser resumidos numa matriz de acordo com o *grau de controlo* que sobre eles exercem as duas partes em presença – o trabalhador e o empregador (Figura 2.3):

- No quadrante I figuram os factores que requerem *o envolvimento de ambas as partes*: por ex., a distribuição, pelo empregador, e a correcta utilização, pelo trabalhador, do equipamento de protecção individual (EPI), incluindo a informação e a formação necessárias para a sua utilização, mas também a respectiva manutenção;
- O quadrante II inclui, por sua vez, *variáveis intrapessoais* sobre as quais o empregador pode legitimamente exercer controlo mas só na medida em que estejam directamente relacionadas com o desempenho no trabalho (por ex., proibição de fumar no tempo e local de trabalho); em contrapartida, os trabalhadores têm, em geral, um alto nível de controlo sobre estas variáveis, sem que todavia se possa ignorar ou escamotear o peso que têm outros factores, nomeadamente de natureza sociocultural, nos conhecimentos, atitudes e comportamentos relacionados com a saúde do indivíduo;

- O quadrante III representa o pólo oposto do quadrante II, na medida em que o controlo do sistema técnico e organizacional do trabalho é (e continua a ser) uma prerrogativa da gestão, embora o seu *design* possa eventualmente ser influenciado pelos trabalhadores e seus representantes; a este propósito veja-se o exemplo histórico de países como a Itália (Bagnara, 1981 e 1985; O'ddonne, 1984) ou a Suécia (Navarro, 1984);
- Finalmente, no quadrante IV estão agrupados todos os demais factores que estão fora do controlo de ambas as partes, desde a biologia humana até à envolvente socioeconómica da empresa.

Figura 2.3 — Factores endógenos e exógenos que influenciam a saúde no trabalho, por locus de controlo

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

Fonte: Graça (1999), adapt. de Green (1988, p. 475)

A questão da *responsabilidade pela saúde no local de trabalho* pode (e deve) ser vista de acordo com o locus de controlo. A legislação sobre SH&ST nos EUA (que reporta a 1970, com alterações recentes em 1998) atribui ao empregador, como principal obrigação, a de garantir um ambiente de trabalho saudável e seguro (Quadrante III), para além do dever de cooperar com os trabalhadores e seus representantes em todas as matérias que exijam um esforço conjunto (Quadrante I). Em contrapartida, a preocupação dos trabalhadores deve ser centrada nos seus comportamentos relacionados com a saúde, dentro e fora do local de trabalho (Quadrante II); por outras palavras, "they should not be held accountable for health problems arising from factors in the work environment which are beyond their control" (Green, 1988, p. 476).

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

Voltando a citar Green (1988, p. 476), "two of the health-related programs which employers frequently provide – workplace health promotion and employee assistance programs (...) – are noticeably absent from this schema, because they represent the involvement of management in an area over which it lacks control (Quadrant 2) and therefore responsibility".

Tal não quer dizer que tanto a WHP como os EAP's não constituam um benefício potencial para os trabalhadores, para a empresa e até para a sociedade. O que seria desejável é que tais programas fossem concebidos, planejados, implementados e avaliados segundo uma *perspectiva integrada, concertada, participativa e custo-efetiva* (Graça, 1991 e 1999).

De acordo com as observações críticas de Conrad (1988, p. 487), "wellness advocates shift attention from the environment to the individual. They put very little energy into modifying the work environment and generally have ignored the health effects of working conditions". Além disso, "there is always the potential that corporations will become more coercive about promoting health and, for example, make wellness a condition of employment. This could lead to new and subtle discriminations on the basis of health" (Itálicos nossos).

Mais recentemente, Conrad (1992, p. 105) retoma tese da *new corporate health ethic*: mais do que reduzir os custos com a saúde, o que estaria em jogo seria o controle da produtividade, modelando os valores e as atitudes dos trabalhadores em relação aos estilos de vida e, indirectamente, ao trabalho "through a culture that rewards fitness, striving and strength, and invariably breeds intolerance for signs of weakness" (sic).

A prevalência e sobretudo a natureza das EAP's, nos anos oitenta, seriam já um claro sinal da crise da *old corporate health ethic* e da intromissão do controle da gestão na esfera da vida privada e familiar ("The old link between alcohol or drug abused and tardiness, absenteeism, accidents, and shoddy workmanship has been generalized into a diffuse concern on the part of corporate employers with ways in which their employees' personal lives might eventually compromise productivity and performance") (Conrad, 1992, p. 94. Itálicos nossos).

De qualquer modo, uma das menos desenvolvidas potencialidades da WHP tem sido justamente a mudança da *corporate culture* (centrada em questões como a organização do trabalho, o stress, o trabalho repetitivo e monótono, os estilos de gestão, a participação e consulta dos trabalhadores, etc.), não obstante o discurso (ideológico) dos promotores de saúde (Conrad, 1987).

Finalmente, há analistas para quem a emergência do discurso sobre a WHP no contexto das tentativas do Estado e da maioria das empresas "to curtail their share of the social wage" (Alexander, 1988) vê p. 560), ou seja, como parte de uma estratégia para reduzir os custos do trabalho e resolver os problemas da produtividade e da competitividade. No seu artigo, o autor procura pôr em evidência a dominância de um *discurso do risco como construção ideológica*, através da análise de três exemplos:

- A construção ideológica dos custos com os cuidados de saúde e do seu crescimento exponencial, imputados a uma procura crescente e a uma sobre-utilização por parte dos trabalhadores e suas famílias;
- A construção ideológica da etiologia da doença como risco individual; e, finalmente,
- A construção ideológica da promoção da saúde como actividade empresarial.

Nos EUA, a saúde da população trabalhadora tornou-se um poderoso *enjeu* não apenas ideológico, político e social como sobretudo económico. Empresários, consultores, médicos, enfermeiros, outros educadores e promotores de saúde (o chamado complexo *Business & Health*, incluindo hospitais, universidades, seguradoras, empresas especializadas e outras organizações do mercado social) estariam a vender habilmente aos gestores das empresas um tipo particular de conhecimento

teórico sobre a etiologia da doença (o modelo epidemiológico) e a levá-los a ligar o *health risk* ao *corporate risk management*, através da aplicação das técnicas de análise de riscos ao local de trabalho.

Entre outros *stakeholders*, com interesses específicos no domínio da promoção da saúde, em geral, e da PST, em particular, podíamos citar a *Blue Cross and Blue Shield Association* (<http://www.bluecares.com/>), a *Health Insurance Association of America* (<http://www.hiaa.org/>), a *American Association of Health Plans* (<http://www.aahp.org/>) ou a *Association for Worsite Health Promotion* (<http://www.awhp.org/>). A lista é meramente exemplificativa.

2.7 • Custos e benefícios da PST

De acordo com os dados do *National Survey* de 1992, em apenas 12% dos locais de trabalho se fazia uma *avaliação formal* das actividades e programas de prevenção da doença e de promoção da saúde. Na brochura já citada (*Health Promotion Goes to Work*, 1993), há exemplos de avaliações de processo e de resultados que vão desde a informação meramente subjectiva até às análises altamente sofisticadas (incluindo a análise de custo/benefício e de custo/eficácia, *longitudinal cohort studies*, estudos de caso/controlo).

Na literatura pode ser encontrada informação detalhada sobre a avaliação de alguns dos mais conhecidos programas de PST bem como a metodologia usada. Em geral trata-se de análises de custo/benefício. Entre outras poderia citar-se o caso de empresas (algumas já atrás referidas) como:

- The Travelers Insurance Company (que introduziu o seu *Taking Care Program* em 1986, abrangendo cerca de 36 mil empregados e pessoal reformado) (Golaszewski, 1992);
- Du Pont Company, com cerca de 100 mil trabalhadores (*Health Horizons*, iniciado em 1981) (Bertera, 1990 e 1991);
- Johnson & Johnson, com 28 mil (*Live for Life*, iniciado em 1979) (Wilbur, 1986; Bly, 1986; Breslow, 1990);
- AT&T Communications, 250 mil (*Total Life Concept*, 1983) (Spilman, 1986 e 1988).

Para Warner (1987), a ênfase deveria ser posta não tanto na análise de custo/benefício como sobretudo na análise de custo/eficácia. A saúde, e não o lucro, seria o principal benefício da PST. Mas vejamos primeiro quais são os principais *prompting factors* ou razões que levam as empresas a investir na saúde dos seus trabalhadores. Essas razões podem ir das experiências pessoais de saúde de um mediático CEO (*Chief Executive Officer*) que sobreviveu a um ataque cardíaco até às considerações de natureza económica. Muito provavelmente haverá mais do que uma razão principal para explicar o grande interesse pela WHP, manifestado pelas empresas norte-americanas.

De acordo com os resultados de um inquérito feito às empresas do Colorado, com ou sem programas de PST (Davis, 1984, cit. por Walter, 1987, p. 43), a melhoria da saúde do pessoal (*improvement of employee health*) era apresentada como o principal *prompting factor* (82% das respostas das empresas que tinham introduzido programas de PST).

A segunda razão mais comum era a *melhoria do moral do pessoal* (59%). Outras razões adicionais também eram de natureza não económica: *Resposta a pedidos ou interesses dos trabalhadores* (32%), *moda ou tendência inovadora* (32%), *melhoria da imagem externa da empresa* (20%). De qualquer modo, eram sobretudo as considerações de natureza económica que constituiriam os

principais *prompting factors*: a redução dos custos dos cuidados de saúde (57%), a redução do absentismo e do turnover (51%), bem como a melhoria da produtividade (50%) (Walter, 1987).

Quanto às empresas que, na altura, não tinham ainda programas de PST mas que tencionavam implementá-los, a principal motivação continuava a ser a melhoria da saúde dos trabalhadores (68%), seguida de muito perto pela redução dos custos com os cuidados de saúde (67%). A terceira e quarta razões eram a melhoria da produtividade (64%) e a redução do turnover e do absentismo (57%). Só em quinto lugar aparecia a melhoria do moral do pessoal (52%).

Independentemente da natureza da motivação (económica ou não económica), parece haver um factor adicional que não pode ser menosprezado, e a que Walter (1987, p. 43) chama "a genuine interest in the welfare of employees" (sic), ou seja, a resposta a necessidades e expectativas de saúde dos trabalhadores e seus representantes, como resultado da negociação colectiva e, eventualmente, de mudança de valores e estratégias dos próprios sindicatos.

Em meados dos anos 80, alguns dos contratos colectivos de trabalho começam a incluir cláusulas relativas à PST, à medida que os sindicatos (representando nomeadamente os colarinhos brancos) não viam incompatibilidade entre os potenciais benefícios da PST para os trabalhadores e suas famílias (vd. Quadro 2.1) e as tradicionais questões do pão e da manteiga (*bread-and-butter issues*), ou sejam, as cláusulas de expressão pecuniária.

Quadro 2.1 - Potenciais benefícios e beneficiários da PST

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

Fonte: Adapt. de Hollander (1988, p. 492)

2.8 • PST e características técnicas e sócio-organizacionais das empresas

Haverá outras características, para além da dimensão, que expliquem a prevalência e a natureza dos programas e actividades de promoção da saúde nas empresas norte-americanas? A revisão de literatura não é conclusiva em relação a este tópico.

Hollander (1988), já atrás citado, realizou um inquérito por questionário postal às 500 empresas eleitas como as melhores e as maiores do ano de 1984 pela conceituada revista *Fortune*. O questionário foi enviado directamente ao *health or medical director* da empresa ou, no caso de ser desconhecido, ao *Chief Executive Officer*. A taxa de resposta foi de 49,4% (n=247).

- No questionário eram abordadas questões do tipo: (i) se a empresa tinha em curso um programa de promoção da saúde; (ii) o tipo e o número de actividades; (iii) a elegibilidade dos diversos grupos de trabalhadores e o nível de participação; (iv) os recursos afectos ao programa (financeiros, humanos, etc.); (v) a metodologia de planeamento e avaliação; (vi) as intenções futuras, etc.
- Como variáveis independentes, consideravam-se o *ranking* ou posição da empresa na lista da *Fortune* (em função do volume de negócio), a dimensão (ou número de trabalhadores) e o nível tecnológico (baixo ou alto).

Como se pode observar no *Quadro 2.2*, cerca de dois terços (n=164) dos respondentes eram empresas activas no domínio da PST. E dessas mais de 60% (n=92) tencionavam expandir as suas actividades no domínio da saúde. O número médio de actividades era de 7,9 num máximo possível de 19.

Além disso, quanto maior era a classificação (ou o *ranking*) das empresas, maior era a probabilidade de terem um *programa de PST*, de oferecerem *maior número de actividades* no âmbito do programa e de terem *planos para expandir o programa*. A dimensão também estava relacionada com a prevalência da PST e o número médio de actividades.

"*Type of industry* (Lo-tech, Hi-tech) is not related to whether or not companies have programs but is positively related to the number of activities in programs, and to plans (...) to expand programs. On a more descriptive level, the greatest involvement in worksite health promotion programs is found in industries such as printing, mining, office equipment, oil refining and cosmetics (more than 80% of their companies have programs) while the least is found in transportation, textiles and metal products (less than 50% have programs)" (Hollander, 1988, p. 495. Itálicos nossos).

Ainda de acordo com os resultados do citado inquérito, as actividades mais frequentes eram as seguintes:

- Avaliação e controlo da hipertensão (83%);
- Avaliação médica periódica (78%);
- Consumo de álcool e droga (75%);
- Consumo de tabaco (75%);
- Prevenção dos acidentes, segurança e primeiros socorros (75%);
- Actividade física/fitness (75%);
- Controlo do peso e nutrição (65%);
- Gestão do stress (61%);
- Rastreio e controlo do cancro (61%);
- Informação e aconselhamento em matéria de saúde mental (36%).

A percentagem média de trabalhadores elegíveis para participar nas actividades de promoção de saúde era muito alta (cerca de 90%). Quanto à participação efectiva média situava-se nos 40%. E, se bem que as diferenças não fossem estatisticamente significativas, "the highest ranked, largest, and hi-tech categories once again show the highest levels of participation" (Hollander, 1988, p. 496).

Quadro 2. 2- Prevalência de programas de PST na amostra das 500 melhores e maiores empresas da Fortune 1984 (n=247)

	Empresas c/ programas (%)	Nº médio de actividades	Empresas c/ planos de expansão dos programas (%)
<i>Classificação</i>			
• 1-100	91*	8.9†	79 •
• 101-200	77*	8.0†	61•
• 201-300	70*	6.8†	48•
• 301-400	45*	7.2†	38•
• 401-500	35*	5.7†	54•
<i>Dimensão</i>			
• 1-999	62•	6.0†	59
• 1000-9999	63•	8.6†	52
• ≥ 10000	75•	8.5†	71
<i>Nível tecnológico</i>			
• Baixo	66	7.3•	55
• Alto	67	8.4•	69
<i>Total</i>	66 (n=164)	7.9 n=164	61 (n=92)

* $p < 0.001$; † $p < 0.01$; • $p < 0.05$

Fonte: Hollander (1988, p. 495)

Quanto ao apoio organizacional (administração dos programas, financiamento, recursos humanos, etc.), é interessante sublinhar que:

- Só em 20% das empresas é que os programas de saúde decorriam inteiramente durante o tempo de trabalho;
- Em metade das empresas da amostra, a situação mais frequente era a administração dos programas ser efectuada "on a combination of company and employee time". Esta característica estava relacionada com as variáveis *ranking* (classificação na lista da *Fortune*), dimensão e tipo de indústria: "The higher ranked, larger, and hi-tech companies are less likely to offer the opportunity to participate entirely on company time and more likely to have participation occur on a combination of company and employee time";
- Mais de metade (53%) das empresas cobriam totalmente os encargos com os programas;
- Em 43% dos casos, os custos eram partilhados pelo empregador e pelos trabalhadores;
- Em média, mais de quatro quintos dos custos totais eram cobertos pelas empresas (84%).

No que dizia respeito ao número e tipo de profissionais (médicos, enfermeiros e educadores de saúde), envolvidos nos programas de PST, os resultados do estudo apontavam para o seguinte:

- O pessoal de enfermagem estava envolvido em 74% dos programas, uma proporção muito mais alta do que em relação a outros profissionais (por ex., médicos, 60%; educadores de saúde, 39%; gestores e técnicos de recursos humanos, 39%).
- Mais de 80% dos programas empregavam pelo menos um tipo de profissionais de saúde e 59% pelo menos dois; em contrapartida, só 23% dos programas tinham um equipa de saúde, constituída por médico, enfermeiro e educador de saúde;
- "The figures (...) show that the variables of rank, size and industry are related to types of personnel hired in health promotion programs. For example, the top 100 companies of the Fortune 500 are much more likely than other ranks to use all *three health-professionals as a group* (43% in the top rank compared with 14% in the next highest rank)";
- "The top rank is also more likely to hire each type of health professionals separately, and in particular health educators. Similar patterns appear for the largest size category (i.e. the group with 10,000 or more employees) and hi-tech technology" (Hollander, 1988, p. 497. *Itálicos nossos*).

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

De acordo com o *Quadro 2.3*, mais de metade dos respondentes usavam pelo menos uma destas técnicas, sendo maior a proporção do *needs assessment* (41%) em relação à *evaluation* (35%). Apenas 16% destas empresas faziam *cost analysis* da PST.

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

O estudo apontava para outra tendência interessante: de um modo geral, as empresas de maior dimensão e melhores classificadas na lista da *Fortune*, bem como as empresas com maior grau de modernização tecnológica e que aplicavam as técnicas de planeamento e avaliação aos programas PST, usavam mais os profissionais de saúde do que os técnicos e gestores de recursos humanos para planear e implementar os programas de PST.

Além disso, preferiam os enfermeiros e os educadores de saúde aos médicos. Embora a explicação possa também ser atribuída a uma utilização mais racional de recursos, "it is more probable that is due to an understanding that health information and behavior can be enhanced with a diverse mix of health personnel and with less dominance of physicians" (Hollander, p. 499. Itálicos nossos).

Diga-se, de passagem, que, não obstante reputadas publicações científicas, ligadas à medicina do trabalho, terem vindo a dedicar uma crescente atenção à PST (como por ex., o *Journal of Occupational Medicine* ou a última edição da *Enciclopedia of Occupational Health and Safety*, da OIT, vd. Stellman, 1998), há ainda hoje, dentro e fora dos EUA, a ideia mais ou menos generalizada de que os médicos do trabalho são hostis à PST e vêem-na como uma ameaça ao seu território (Wynne, 1998).

Quadro 2.3 – Percentagem de empresas da amostra das 500 melhores e maiores da *Fortune* 1984, que faziam estudo de necessidades, avaliação e análise de custos no âmbito dos programas de PST (n=164)

	Estudo de necessidades	Avaliação	Análise de custos	Não usavam nenhuma das técnicas
<i>Classificação</i>				
• 1-100	51	40	26	38
• 101-200	46	36	11	39
• 201-500	31	30	11	59
<i>Dimensão</i>				
• 1-999	33	20*	13	62*
• 1000-9999	45	43*	17	42*
• ≥ 10000	49	41*	17	36*
<i>Nível tecnológico</i>				
• Baixo	38	35	17	50
• Alto	46	35	14	43
<i>Total</i>	41 (n=64)	35 (n=54)	16 (n=24)	47 (n=76)

* $p < 0.05$

Fonte: Hollander (1988, p. 498)

Por outro lado, a ausência de planeamento e avaliação numa elevada proporção de empresas com programas de PST (47%), era interpretada por Hollander (1988, p. 500) como querendo significar que "a good deal of the diffusion of worksite health promotion programs is due to the nonrational processes of copying an innovation identified with successful companies" e, não propriamente, como resultado de processos de desenvolvimento organizacional "based on rational efforts to adapt to environmental shifts in complexity, uncertainty, and resources" (Itálicos nossos).

Por fim, era esperado que, com a previsível expansão e o consequente desenvolvimento da PST nos EUA, as diferenças *organizacionais, tecnológicas e culturais* das empresas viessem ao de cima, determinando por sua vez a frequência, a natureza, a metodologia e o ritmo de evolução dos programas. As 500 empresas da *Fortune* era então vistas como constituindo um excelente barómetro do estado da arte em relação ao tópico da PST, não só pelo seu volume de emprego e de negócio, como também pela sua *performance* económico-financeira e pelos recursos de que, à partida e por oposição às PME's, poderiam dispor para investir, de maneira inovadora e custo-efectiva, na saúde dos seus trabalhadores.

Por seu turno, Witte (1993) encontrou uma relação significativa entre o estilo de gestão e a PST, num estudo que incidiu sobre uma amostra dos gestores (n=48) das 500 melhores e maiores empresas da Califórnia. Recorrendo à entrevista por telefone, o autor obteve informação sobre quatro áreas:

- Caracterização *sociodemográfica* da empresa;
- Avaliação do *estilo de gestão* (através da aplicação de uma escala de tipo diferenciador semântico de dez itens bipolares, p. ex.: flexível/rígido, participativo/directivo);
- Percepção dos *factores de risco e problemas de saúde no trabalho*;
- *Políticas, programas e actividades de saúde* da empresa.

O autor examinou duas hipóteses de investigação:

- As organizações (i) com programas de PST ou que (ii) pensam vir a implementar programas de PST, tendem a ter estilos de gestão mais *democráticos ou participativos*;
- Pelo contrário as organizações (iii) sem programas de PST ou que (iv) não têm planos neste domínio, tendem a ser mais *autocráticas ou directivas*.

A partir da literatura sobre liderança (por ex., Tannenbaum, 1958; Vroom, 1973; Hersey, 1982) e da teoria da difusão da inovação (Davis, 1985), podem definir-se, do seguinte modo, os dois estilos predominantes de gestão, o estilo *autocrático* (centrado no líder) e o estilo *democrático* (centrado no grupo) (Witte, 1993, p. 229):

- O estilo autocrático põe tradicionalmente a ênfase no desempenho, na produção, nas tarefas, na eficiência, em suma, na satisfação das necessidades da organização;
- O estilo democrático, por sua vez, procura partilhar as funções da gestão (planeamento, execução, avaliação, acompanhamento, etc.) com os trabalhadores;

O autor reconhece que esta tipologia é bastante simplista e redutora, como todas tipologias. Tal como em relação à liderança dos gestores individuais, as organizações têm um estilo de gestão que forma um *continuum*, indo de autocrático a democrático. Estes dois estilos não são, pois, disjuntivos (Hersey, 1982; Jesuino, 1987; Robbins, 1998).

Provavelmente, fará mais sentido falar-se em *cultura organizacional* (CO) do que em *organizational management style* (OMS). A cultura organizacional tende a ser entendida como "a common perception held by the organization's members" ou "a system of shared meaning"

(Robbins, 1998, p. 595) e é, também seguramente, influenciada pela liderança da gestão de topo e sobretudo pelo sistema técnico e organizacional de trabalho, para além do seu contexto socioeconómico. No entanto, para Witte (1993, p. 230), o OMS seria um construto mais específico e concreto do que a CO, já que inclui factores como os suportes de informação, a rede de comunicação, os métodos de decisão, os métodos e os estilos de gestão, etc.

Metade da amostra era constituída por empresas *hi-tech*, ou seja, com elevado nível de modernização tecnológica. A outra metade incluía sectores como a indústria pesada, a banca, os serviços e o comércio por retalho. Cerca de 40% dos gestores que foram entrevistados disseram que tinham pelo menos um dos 10 programas-tipos de PST (a saber: Avaliação de riscos; Tabaco; Hipertensão; *Fitness*; Controlo do Peso; Nutrição; Gestão do Stress; *Back prevention and care*; Prevenção dos Acidentes; Feiras da Saúde).

As duas hipóteses de investigação foram confirmadas. Na amostra californiana, o *estilo de gestão* era o único factor que predizia a PST: As organizações com programas de PST (ou com planos para a sua implementação no futuro) tendiam a ser mais *democráticas*, enquanto as organizações sem programas de PST (nem planos para introduzi-los no futuro) tendiam a ser mais *autocráticas*.

O autor discute duas hipóteses de explicação para estes resultados (que, em princípio, não podem ser generalizados, dados os possíveis enviesamentos da amostra, circunscrita a empresas de grande dimensão e com sede numa região específica dos EUA como é a Califórnia)

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

Segundo as conclusões de Witte (1993, p. 228), as organizações com estilos de gestão mais autoritários tenderiam a ser mais cépticas (ou seja, *the late majority*) e tradicionalistas (ou seja, *the laggards*); por seu lado, as organizações com um estilo mais democrático "appear to fit the *innovator*, *early adopter*, and *early majority* categories of the innovativeness continuum" (Itálicos nossos).

A segunda hipótese explicativa centra-se na *teoria do controlo social*, já atrás referida (Conrad, 1992). Segundo Witte (1993, p. 223):

- As organizações autoritárias exerciam formas mais tradicionais de controlo social e não viam interesse na PST ("Authoritarian organizations claim no jurisdiction over lifestyle-related health behaviors, because these fall outside the scope of corporate control" e, portanto, "they do not view health promotion programs as necessary or beneficial");
- As organizações democráticas, pelo contrário, tendiam a adoptar as 'novas' formas de controlo social (nomeadamente no que dizia respeito aos estilos de vida dos trabalhadores dentro e fora do local de trabalho), e a oferecer programas de PST (vistos como "as a better means to control employee productivity and commitment than 'old' forms of social control").

Em resumo, este estudo dá um contributo teórico e prático para se compreender melhor por que é que há empresas que adoptam e implementam programas de PST, enquanto outras não o fazem, pelo menos num contexto (o dos EUA, no final da década de 1980) em que a PST podia ser considerada uma "inovação", dado o seu ainda relativamente recente aparecimento.

3 • A PST, segundo a perspectiva europeia

3.1 • O papel pioneiro da Fundação Europeia

Na Europa, e nomeadamente nos Estados-membros da União Europeia (UE), o interesse pela PST é mais recente do que nos EUA (ou no próprio Canadá), por razões que têm a ver com as historicidades e as especificidades de cada uma das sociedades e economias de um e do outro lado do Atlântico (Graça, 1999).

Para a divulgação e aprofundamento do conceito, princípios e metodologia da PST bem como para um melhor conhecimento das práticas das empresas europeias muito contribuíram os projectos pioneiros de investigação e desenvolvimento levados a cabo pela *Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho* (abreviadamente, Fundação Europeia, vd. <http://www.eurofound.eu.int>), em particular desde 1989.

A título de exemplo, refira-se três dos seus projectos, tendo como tópico a saúde no local de trabalho, que foram desenvolvidos a partir de 1989 e que contaram com a participação portuguesa (Graça, 1992, 1995 e 1998):

- *Innovative workplace action for health* (1989-1993) (Wynne, 1992);
- *Workplace health promotion - A training specification* (1993-1998) (Wynne, 1998);
- *Ill-health and workplace absenteeism: Initiatives for prevention* (1994-1997) (Gründemann, 1997).

Um dos méritos da acção da Fundação Europeia foi a de procurar desenvolver uma perspectiva *integrada, participativa, inovadora e verdadeiramente europeia* dos problemas de saúde dos europeu, vistos simultaneamente como trabalhadores, cidadãos e consumidores (*European Foundation...*, 1992).

Este trabalho, além de pioneiro, veio a revelar-se fecundo, ao contribuir, de um modo que julgamos ter sido decisivo, para o desenvolvimento da PST em cada um dos Estados-membros e ao influenciar a política da própria Comissão Europeia, ou pelo menos, ao pôr a PST na agenda política e social (Fundação Europeia, 1996 e 1998; Breucker, 1996 e 1998; Gründeman, 1997; Wynne, 1998 e 1998a; Graça, 1995 e 1999).

Até 1989 era praticamente desconhecido o nível de desenvolvimento da PST na Europa e a literatura sobre este tópico era muito pobre. Estas e outras lacunas foram colmatadas com o projecto de investigação e disseminação *Innovative workplace action for health* (1989-1993) (Wynne, 1992; Hauss, 1992).

- Na primeira parte do projecto, procurou-se identificar e caracterizar, através de análise documental, entrevistas e estudos de caso, as atitudes dos parceiros sociais em relação à PST, o enquadramento legislativo, as iniciativas de saúde levadas a cabo nos locais de trabalho e a metodologia de acção, bem como eventuais exemplos de boas práticas neste domínio;
- O estudo envolveu oito Estados-membros (Alemanha, Espanha, Grécia, Holanda, Irlanda, Itália, Portugal e Reino Unido). Posteriormente, foi levado a cabo um inquérito por questionário postal a mais de 1400 empresas sobre a prevalência de programas de PST (Wynne, 1992) (vd. *Figura 6.2*), além de um segundo conjunto de estudos de caso sobre a política de saúde de diversas multinacionais a operar em mais do que um Estado-membro (Hauss, 1992).

A constatação da existência de outra grande lacuna, a do desenvolvimento profissional, daria depois origem a um novo projecto (*Workplace health promotion-A training specification*, 1993-1997), que se traduziu na criação de uma vasta rede de correspondentes europeus envolvidos na educação e formação no domínio da PST e na publicação de um manual de formação (Wynne, 1998 e 1998a) (vd. <http://www.wrc-research.ie/whp/index.html>).

A partir do início dos anos 90, alguns países europeus irão tornar-se bastante activos no domínio da PST. Cite-se, entre outros, a Finlândia, o Reino Unido, a Holanda e a Alemanha (Breucker, 1996 e 1998).

- Na Alemanha, grande parte do *marketing* e desenvolvimento da PST tem sido feita pela BKK BV (*Federal Association of Company Health Insurance Funds*). O seu *European Information Centre*, criado em 1990, passou a ser oficialmente reconhecido, em 1991, como um *WHO-Collaborating Centre* na área da PST (vd. <http://www.bkk.de/health/>);
- Mais recentemente, a Comissão Europeia, através da DG-V (Emprego, Relações Industriais e Questões Sociais), veio apoiar a criação da *European Network for Workplace Health Promotion*, na sequência da adopção do "Programme for Action on Health Promotion, Education and Training within the framework for action in the field of public health (No 645/96/EC)".

A referida Rede abrange os 15 Estados-membros mais três países da Área Económica Europeia (Islândia, Noruega e Liechtenstein). Sob o signo *WHP in Europe: Healthy Employees in Healthy Organisations*, foi adoptada a *Declaração do Luxemburgo*, em Novembro de 1997, por todos os participantes na Rede Europeia (incluindo Portugal, representado pela Direcção-Geral de Saúde). A citada Declaração tem o mérito de estabelecer uma definição consensual da PST, susceptível de operacionalização sob a forma de quatro princípios fundamentais: (i) participação; (ii) integração; (iii) gestão por projectos; e (iv) abordagem holística (vd. Caixa 3.1).

A própria OMS – Região da Europa, para além da OIT, tem vindo a mostrar um crescente interesse pela PST, nomeadamente a partir da década de 90 (WHO, 1988, 1991, 1995 e 1997). A tendência europeia, em todo o caso, é para reconhecer a PST como parte integrante da *nova saúde ocupacional* (Breucker, 1996 e 1998; Stellman, 1998).

Em resumo, e de acordo com o documento constitutivo da Rede Europeia, a PST tende hoje a ser vista simultaneamente como: (i) uma estratégia de *prevenção dos comportamentos de risco* do trabalhador enquanto indivíduo ("behavioural prevention at the workplace"); (ii) uma parte integrante do *moderno conceito de SH&ST*; (iii) uma estratégia para influenciar os *factores que determinam a saúde* no local de trabalho; (iv) uma estratégia para reduzir o *absentismo*; e, por fim, (v) uma componente fundamental do *desenvolvimento pessoal e organizacional*, incluindo a valorização estratégica dos recursos humanos (vd. <http://www.baua.de/english/fors/index.html>).

Caixa 3.1—The Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the EU

Workplace Health Promotion (WHP) is the *combined efforts of employers, employees and society to improve the health and well-being of people at work.*

This can be achieved through a combination of: (i) *improving the work organisation and environment*; (ii) *promoting active participation*; (iii) *encouraging personal development.*

Introduction

Two developments provide the basis for current activity in WHP. The first, the Framework Directive on Safety and Health (Council Directive 89/391) prepared the ground for a *reorientation of traditional occupational health and safety (OHS) legislation and practice.* The second is the increasing profile of the workplace as a *setting in public health.*

A healthy, motivated and well-qualified workforce is fundamental to the future social and economic well-being of the European Union. Therefore, the responsible European Commission's service has supported an initiative to establish a European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP). This initiative is in accordance with *Article 129 of the Treaty on European Union* and the *Programme for Action on Health Promotion, Education and Training within the framework for action in the field of public health* (No 645/96/EC). The European Network includes organisations from all 15 Member States and the countries of the European Economic Area (EEA countries). They act as National Contact Offices (NCO).

The objective of the network is to identify and disseminate examples of good practice of WHP by exchanging experience and knowledge. By doing this the Union is encouraging the Member States to place WHP high on their agenda and to incorporate workplace health issues in all respective policies.

Challenges for the working world in the 21st century

The world of work is undergoing major change—a process which will continue. Some of the key issues to be confronted are: globalisation; unemployment; increasing use of information technology; changes in employment practice (e.g. short-term and part-time employment, telework); ageing; increasing importance of service sector; downsizing; increasing number of people working in SMEs; customer orientation and quality management.

The future success of organisations is dependent on having well-qualified, motivated and healthy employees. WHP has a significant role to play in preparing and equipping people and organisations to face these challenges.

WHP: an organisational investment for the future

Traditional OHS has significantly improved health at the workplace by reducing accidents and preventing occupational diseases. However, it has become obvious that OHS alone cannot address the wide range of issues mentioned above.

By promoting health in the workplace organisations will see a reduction in sickness related costs and an increase in productivity. This results from a healthier workforce with increased motivation, higher morale and improved working relationships.

WHP is a modern corporate strategy which aims at preventing ill-health at work (including work-related diseases, accidents, injuries, occupational diseases and stress) and enhancing health-promoting potentials and well-being in the workforce.

WHP: healthy people in healthy organisations

The workplace influences health and disease in various ways. Work can cause ill-health if employees have to work within health-damaging working conditions, the available skills are inadequate, or the mutual support from colleagues is lacking. At the same time work can be a resource for personal growth and enhancement of personal skills.

(Cont. pág. seguinte)

WHP contributes to a wide range of work factors which improve employees' health. These include:

- management principles and methods which recognise that employees are a necessary success factor for the organisation instead of a mere cost factor;
- a culture and corresponding leadership principles which include participation of the employees and encourage motivation and responsibility of all employees;
- work organisation principles which provide the employees with an appropriate balance between job demands, control over their own work, level of skills and social support;
- a personnel policy which actively incorporates health promotion issues;
- an integrated occupational health and safety service.

WHP is evidenced-based and successful

WHP is based on multisectoral and multidisciplinary co-operation and can only be successful if all the key players are committed to it.

WHP can reach the aim 'healthy people in healthy organisations' if it is oriented along the following guidelines:

- All staff have to be involved (*participation*);
- WHP has to be integrated in all important decisions and all areas of organisations (*integration*);
- All measures and programmes have to be oriented at a problem-solving cycle: needs analysis, setting priorities, planning, implementation, continuous control and evaluation (*project management*);
- WHP includes individual-directed and environment-directed measures from various fields. It combines the strategy of risk reduction with the strategy of the development of protection factors and health potentials (*comprehensiveness*).

Priorities of the European Network for WHP

The ENWHP co-ordinated the exchange of information and the dissemination of examples of good practice in Europe. Its member organisations have committed themselves to initiate informal information networks on national level. All activities and priorities are based on the principle of subsidiarity and support the co-operation between the Member States. In view of the future challenges and with the aim to expand health-promoting workplaces, the ENWHP regards the following priorities as a basis for future activities:

1. Increase awareness of WHP and promote responsibility for health with regard to all stakeholders;
2. Identification and dissemination of models of good practice;
3. Develop guidelines of effective WHP;
4. Ensure commitment of Member States to incorporate respective policies;
5. Address the specific challenges of working with SMEs.

This declaration has been adopted by all members of the ENHP in their networkmeeting in Luxembourg on the 27th and 28th of November 1997.

Fonte: Adapts. de European Network for Workplace Health Promotion: *Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union, November 1997*. Essen: Federal Association of Company Health Insurance Funds (BKK). 1997 (*Itálicos nossos*)

No *Quadro 3.1* listam-se os principais documentos internacionais de estratégia ou de política, com relevância directa ou indirecta para a PST na Europa (e em particular na UE):

Quadro 3. 1— Documentos internacionais de estratégia e de política com relevância para a PST na Europa

<i>Documento</i>	<i>Organização (e ano)</i>	<i>OIT</i>	<i>OMS</i>	<i>U E</i>
• Convenção nº 161 + Recomendação nº 171 (Serviços de saúde no trabalho)		1985		
• Carta de Ottawa (Promoção da saúde)			1985	
• Acto Único Europeu				1986
• Directiva-Quadro nº 89/391/CEE (SH&ST)				1989
• Carta Europeia dos Direitos Sociais Fundamentais dos Trabalhadores (a)				1989
• Estratégia Regional Europeia Saúde para Todos no Ano 2000 (Meta nº 25)			1991	
• Tratado de Maastricht (art. 127 ^a)				1991
• 12 ^o Comité Misto da OIT/OMS para a Saúde no Trabalho		1995	1995	
• Estratégia Global da Saúde no Trabalho para Todos			1996	
• Tratado de Amesterdão (art. 152 ^a)				1997
• Declaração do Luxemburgo, adoptada pela Rede Europeia para a PST				1997

(a) Conselho Europeu, Estrasburgo

3.2 • Um contexto favorável à PST

Na Europa, e em particular na UE, pode dizer-se que há um contexto favorável à PST, a começar pela *tradição histórica*, que tem mais de um século, de legislação, regulamentação, investigação e intervenção nos locais de trabalho, com vista à prevenção dos riscos profissionais e à protecção da saúde dos trabalhadores (Graça, 1999).

Por outro lado, há mudanças profundas nos países da UE, de natureza *demográfica, social, económica, política e cultural*, que obrigam a repensar a saúde nos locais de trabalho e a reorientar as tradicionais políticas, práticas, actividades e serviços de SH&ST. No programa quadrienal (1997-2000) da Fundação Europeia (1996, p. 19) pode ler-se, por exemplo:

"Enquanto os problemas tradicionais da saúde e segurança no trabalho ainda estão na ordem do dia, o trabalho da Fundação revelou um aumento nos *problemas psicossociais (stress), mentais (depressão) e musculoesqueléticos (...)*. As *políticas tradicionais de saúde no trabalho* estão a chegar ao seu limite. Os sistemas baseados em regulamentos, controlo e sanções e focando um *número limitado de questões*, devem ser adaptados aos *novos tipos de emprego e às novas situações de trabalho*, pois esses sistemas poderão ser difíceis de aplicar em pequenas empresas ou unidades. *Problemas multifactoriais*, tais como o *stress*, devem ser abordados de um modo mais holístico, incluindo a vida fora do trabalho. *Estratégias para a promoção da saúde* devem ser reforçadas não só no local de trabalho mas também na comunidade em geral, especialmente se quisermos superar as *desigualdades existentes* na saúde e no bem-estar entre os diferentes grupos sociais (...). (Itálicos nossos).

De acordo com o *Second European Survey on Working Conditions (1996)*, o *back pain* (30%) e o *stress* (28%) surgem, claramente, como os dois problemas de saúde com maior prevalência, de acordo com a percepção da população trabalhadora dos 15 Estados-membros da UE (Paoli, 1997).

Há, entretanto, algumas diferenças sociodemográficas notórias na percepção dos problemas de saúde relacionados com o trabalho, por parte dos trabalhadores da UE:

- Por ex., há maior proporção de *homens* (33%) do que de *mulheres* (22%) que pensam que a sua saúde está em risco devido ao trabalho;
- *As mulheres trabalhadoras* têm mais queixas de dores de cabeça (15%) do que os *homens* (11%); em contrapartida, estes têm mais problemas de audição (9% contra 3%);
- É no *grupo etário dos 45-54 anos* que há uma maior percepção dos riscos que o trabalho representa para a saúde;
- É também no grupo dos *trabalhadores mais idosos* (≥ 45 anos) que há mais problemas de saúde: dores nas costas, dores musculares nos braços ou pernas, *stress*, fadiga geral, problemas em dormir, ansiedade, etc.

Em relação aos sectores de actividade que apresentam maiores riscos de natureza física ou psicossocial (vd. *Quadro A2*, em anexo), destacam-se, por ex., a *agricultura, silvicultura, caça e pescas* (A/B) onde haveria: (i) menos trabalhadores *satisfeitos* com o seu trabalho (72%); (ii) maior proporção daqueles que pensam que *o trabalho afecta a sua saúde* (40%); e (iii) predominância de problemas de saúde relacionados com o *sistema musculoesquelético* (dores de costas: 49%; dores musculares nos braços e/ou nas pernas: 35%; fadiga geral: 30%).

Em contrapartida, em sectores como *os hotéis e os restaurantes* (H), *a banca, os seguros e outras instituições financeiras* (J), *o imobiliário, o aluguer e os serviços prestados às empresas* (K) regista-se uma maior proporção de trabalhadores em que o principal problema de saúde no trabalho seria o *stress*.

Contrariamente aos acidentes e às doenças profissionais que incidem mais neste ou naquele sector, neste ou naquele grupo ocupacional (por ex., minas, construção civil, indústria transformadora), o *stress* no trabalho (e fora do trabalho) é um problema que atravessa praticamente todas as sociedades contemporâneas, todos os grupos da população e todas as categorias socioprofissionais, dos quadros aos trabalhadores manuais, dos executivos às chefias directas, ao ponto de ser hoje porventura o maior problema de saúde dos trabalhadores (Gardell, 1982; Cooper, 1988 e 1994; Martino, 1992; *Commission of the European Communities*, 1992; Kompier, 1993; Paoli, 1997).

Não podemos ainda esquecer, para além da pandemia da sida, outras ameaças e desafios à saúde pública, muitos dos quais têm a sua origem nos locais de trabalho ou afectam particularmente a população activa, como é o caso das doenças do foro osteoarticular, das queixas psicossomáticas, da depressão e das doenças relacionadas com o (ou agravadas pelo) ambiente (Arnetz, 1996).

3.3 • Uma tradição histórica no domínio da SH&ST

Os conceitos relacionados com a saúde nos locais de trabalho têm, na Europa, uma tradição histórica mais antiga do que nos EUA. Em todo o caso, há que distinguir, no campo de problemas cobertos pela SH&ST, duas concepções teórico-ideologicamente diferentes: a da *higiene e segurança no trabalho* (ou a segurança, *tout court*), por um lado, e a da *prestação de cuidados de saúde* (preventivos ou curativos) à população trabalhadora, por outro (Murray, 1987; Dwyer, 1992; Graça, 1999).

As preocupações com a *higiene e a segurança no trabalho*, na perspectiva da protecção médico-legal dos trabalhadores em caso de acidente e doença profissional, remontam pelo menos às últimas décadas do Século XIX. Em países como a Alemanha, o Reino Unido ou a França, só para citar

alguns exemplos, os poderes públicos são obrigados a intervir através de legislação e regulamentação sobre as condições de trabalho, o trabalho infantil e feminino, a duração do trabalho, a inspecção do trabalho, a prevenção e a reparação dos acidentes, etc. (Graça, 1999).

Quanto à medicina do trabalho propriamente dita foi precedida pela reforma sanitária. O país que foi berço da Revolução Industrial, também o foi do moderno sanitário.

3.3.1 • A emergência da saúde pública

As consequências sociais do processo de industrialização, de que a Grã-Bretanha foi pioneira, começaram por sentir-se sobretudo a nível da *saúde ambiental, comunitária e familiar*. Menos perceptíveis eram os seus efeitos na saúde individual dos trabalhadores, excepto porventura no caso das crianças e mulheres, brutalmente exploradas nas minas de carvão e nas indústrias têxteis.

As primeiras preocupações dos observadores e reformadores sociais, dos higienistas e dos poderes públicos vão concentrar-se sobretudo nos problemas de *salubridade* (e, em última análise, de *controlo social*) postos pela deslocação da população rural, proletarianização, concentração urbana, miséria, elevada morbimortalidade e emergência da *working class* (Thompsonson, 1968).

O problema das *indústrias insalubres, incómodas e perigosas* (como se dizia em Portugal no Século XIX) não se põe tanto na perspectiva da saúde da população trabalhadora como sobretudo da saúde ambiental e comunitária. Herzlich (1984, p. 154) recorda a controvérsia que se estabeleceu a propósito da tuberculose no final do Sec. XIX: "Est-elle maladie des taudis, comme le pensait la médecine ou, comme l'affirmaient les syndicats ouvriers, la maladie de l'usure au travail?"

No famoso *Report on the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain* (1842), Edwin Chadwick (1800-1890) dava conta da total ausência de hábitos de higiene pessoal na nova família operária e de saneamento básico nos seus locais de habitação.

É a *miséria* (e os seus potenciais *perigos para a ordem social*) mas também a *compaixão* burguesa que levam à realização dos primeiros inquéritos sociográficos sobre as condições de vida e de trabalho nas novas indústrias e nas novas cidades industriais bem como à introdução das primeiras medidas sanitárias e de protecção social (Herzlich, 1984). Em França, poderia citar-se, entre outros, o nome pioneiro de L.-R. Villermé (1782-1863) que realizou um vasto inquérito sobre as condições de vida e de trabalho (incluindo a saúde) dos operários das tecelagens de algodão, lã e seda (*Tableau de l'État Physique et Moral des Ouvriers Employés dans les Manufactures de Coton, de Laine et de Soie*, Paris, 1840).

Ainda antes do desenvolvimento da revolução pasteuriana e da bacteriologia, na segunda metade do Sec. XIX, a medicina preventiva e a saúde pública (a *higiene social*, como então se dizia) vão ter um grande impacto na melhoria das condições de vida da população europeia, ao serem preconizadas e implementadas medidas elementares mas eficazes como o abastecimento de água potável, a rede de saneamento básico, a utilização de desinfectantes, a recolha do lixo nas grandes aglomerações urbanas que resultaram da industrialização, a vacinação, a educação sanitária das populações, etc. (Chave, 1984; Lyons, 1991; Graça, 1996).

Estas preocupações pioneiras da elite bem pensante vinham já do Século das Luzes e da Revolução Francesa. Até ao final do Século XVIII surgem numerosas publicações de índole sanitaria sobre os *estabelecimentos insalubres e perigosos*, o saneamento básico, os cemitérios públicos, etc., mas também sobre a protecção da saúde materna e infantil. É, contudo, Chadwick o *arquitecto do moderno sanitismo*: Formado sob a influência dos princípios do maltusianismo e do utilitarismo, Chadwick iniciou a sua carreira na administração pública com a nomeação para a *Royal Commission on the Poor Law* de que se tornará, a partir de 1834, secretário e depois "chief executive officer" (Chave, 1984). Foi nessa comissão (encarregue da assistência pública e da repressão da indigência, desde 1601) que se reforçou a sua percepção de que a doença estava associada à pobreza, e que era mais custo/efectivo prevenir a doença através da melhoria das condições sanitárias do que manter um sistema tão anacrónico quanto dispendioso de assistência, baseado na caridade pública.

O que alguns historiadores da saúde pública tendem a escamotear, é o papel de Chadwick na implementação de um *sistema totalitário de repressão da pobreza* que foi fundamental para o desenvolvimento do capitalismo liberal na Grã-Bretanha (Thompson, 1968; Geremek, 1995). De facto, o *Poor Law Amendment Act of 1834*, ou *New Poor Law*, não se limitou a introduzir um esquema único de benefícios, antes criou um aparelho centralizado para a sua administração e um corpo de inspectores para observar a sua aplicação. As regras deviam ser cumpridas estritamente e destinavam-se a reprimir todos os pobres que estivessem em condições de trabalhar, sob pena de serem enclausurados nas *workhouses*, à semelhança do *Hôpital Général*, criado por Luís XIV. Em Inglaterra, eram conhecidas também como as *Bastilhas de Chadwick*, por analogia com a famigerada fortaleza-prisão de Paris.

Chave (1984, p.5) resume o essencial das regras que eram então aplicáveis, ao abrigo da *New Poor Law*, e que atingiram particularmente os artesãos tecelões de algodão (*cotton hand-loom weavers*), vítimas da introdução do tear mecânico (*power-loom*) (Seriam, os primeiros, 240 mil em 1820, e 123 mil, em 1840; estimavam-se, os segundos, em 12 mil e 85 mil, em 1820 e 1833, respectivamente, segundo Thompson, 1968, p. 327):

"An unemployed man could not receive relief unless he was prepared to enter the workhouse with his family, where husband would be separated from wife, to prevent them bringing more pauper children in to the world, and where children would be separated from their parents. Further, the Act laid down the 'test of lesser eligibility' which meant that the workhouse should be the lowest paymaster and the hardest taskmaster of all".

No *General Report*, Chadwick desenvolve a sua *sanitary idea*, quando ainda estavam em vigor as duas ideias-chaves da política sanitaria que vinha do *Ancien Régime*: a segregação e a quarentena. A nova concepção do sanitismo pode ser resumida em três pontos: (i) Uma teoria da causalidade (para explicar as novas doenças transmissíveis); (ii) um sistema de drenagem dos esgotos; e, por fim, (iii) a criação da figura do *Medical Officer of Health* (MOH).

Chadwick cairá em desgraça em 1853 (no rescaldo da epidemia de cólera que vitimou 54 mil pessoas, em 1848), não sem primeiro assistir, ainda em 1848, à promulgação do primeiro *Public Health Act* e à nomeação do primeiro MOH da cidade de Londres, John Simon (1816-1904), que irá continuar a desenvolver as embrionárias estruturas de saúde pública. O *Public Health Act of 1872* cria, por sua vez, o verdadeiro *national public health service*, de que o nosso Ricardo Jorge (1858-1939) era um entusiástico admirador (Graça, 1996).

3.3.2 • A proto-história da legislação sobre a saúde no trabalho

A intervenção do poder legislativo na Grã-Bretanha, no domínio da SH&ST, remonta ao princípio do Sec. XIX, e é devida, não propriamente à luta organizada dos trabalhadores (que ainda não existia, a não ser sob formas *selvagens*, isoladas e esporádicas), como sobretudo por influência de reformadores liberais, médicos humanistas ou empregadores filantrópicos tais como Samuel Greg (1758-1834), Robert Owen (1771-1858), Michael Sadler (1780-1833) e outros. Mas também por pressão dos segmentos da opinião pública mais esclarecidos, chocados com a revelação de uma nova classe de *escravos*, o proletariado, e sobretudo com a condição das mulheres e crianças nas *mills* (manufaturas) do Nordeste de Inglaterra e nas minas de carvão do País de Gales. E, talvez mais do que chocada, preocupada com os novos riscos de epidemia e de propagação (incontrolável) de doenças que a vizinhança das fábricas e dos dormitórios operários podiam trazer às comunidades locais.

"Insanitary conditions in factories and the dormitories attached to them introduced a risk of infectious disease. Influential people in the vicinity of the factories feared that the mills might be a source of contagion to themselves. Thomas Percival (1740-1804), a Manchester physician called in by the people of Ratcliffe in Lancashire to investigate an epidemic of typhus, went beyond his original remit and produced a report on hours of work and conditions of young persons. This report influenced Sir Robert Peel (Snr), a mill owner, to introduce into the British House of Commons the first Factory Bill which became the famous *Health and Morals of Apprentices Act of 1802*." (Schilling, 1973, pp.7-8. Itálicos nossos).

Esta lei não teve efeitos práticos. É, em todo o caso, a primeira tentativa de intervenção do Estado liberal, quebrando o tabu do *laissez faire, laissez passer*. A lei, de resto, não incomodou os representantes do Parlamento, muitos deles poderosos empregadores, proprietários de terras e de manufaturas. Robert Peel passaria, entretanto, à história como *the father of industrial legislation*.

É também desta época a generalização do vapor em substituição da água como força motriz. Até então as manufaturas situavam-se junto às fontes de água, espalhadas por montes e colinas, exigindo abundante mão de obra infantil que era recrutada maioritariamente nas *workhouses* (as chamadas *pauper children*). Com a máquina a vapor, a indústria passa concentrar-se nas proximidades dos centros populacionais e, por conseguinte, a poder recrutar as chamadas *free children* (assim chamadas por oposição às *pauper children*) que viviam nas imediações. Ora a lei de 1802 só se aplicava a aprendizes, uma reminiscência do sistema das corporações de ofícios medievais que de há muito estava em crise. Só com o *Factory Act of 1819* é que se começou timidamente, e no meio de grande oposição dos empregadores, a alargar a regulamentação do trabalho infantil: a idade mínima de admissão passava teoricamente a ser de 9 anos, se bem que não em todas as indústrias têxteis.

Entretanto, em 1832, Michael Sadler apresenta no Parlamento uma proposta de lei verdadeiramente pioneira que irá dar origem ao *Factory Act of 1833* e à criação do *Factory Inspectorate* com vista ao controlo da idade de admissão. Curiosamente, é esta questão (a *certificação da idade mínima* para o trabalho fabril) que irá abrir as portas das fábricas aos médicos por imperativos legais:

O *Factory Act* de 1833 vai introduzir duas inovações: "*the appointment of Factory Inspectors and the necessity of certification by a medical man that child seemed by its strength and appearance to be at least 9 years old, the age below which employment was prohibited in textile mills*". Mais tarde, a legislação de 1844 atribuiu aos inspetores competências para nomear "*Certifying Surgeons in each district to introduce more uniformity into certification and prevent parents taking their children from one doctor to another until they got a certificate*". Como a obrigatoriedade do registo de nascimento a partir de 1837, a certificação médica da idade tornava-se redundante. O *Factory Act* de 1855 vai conferir aos médicos duas novas obrigações: "*to certify that young persons were not incapacitated for work by disease or bodily infirmity*" e "*to investigate industrial accidents*". Criava-se, assim, por via legislativa, na Grã-Bretanha, "*a rudimentary industrial medical service, the first of its kind*" (Schilling, 1973, p. 11. Itálicos nossos).

A análise dos acidentes de trabalho e os exames de admissão são, pois, duas funções originais e primordiais, atribuídas aos antepassados dos médicos do trabalho (*industrial medical officers*). De qualquer modo, haverá que distinguir entre a *organização* de serviços de medicina do trabalho, a própria medicina do trabalho enquanto *especialidade médica* e a inspecção do trabalho, baseada ou não em peritos médicos:

- A primeira referência conhecida ao emprego de um médico numa manufactura é de 1789, em Quarry Bank (segundo o *Hunter's Diseases of Occupations*, Murray, 1987, p. 113). Em 1795 o Dr. Peter Holland (1766-1855) era não só médico assistente da família do proprietário como dos seus aprendizes. Há registos clínicos das suas consultas, pelo menos desde 1804;
- Por volta de 1830, Robert Baker (1803-1880), um médico de Leeds, terá sido o primeiro a aconselhar, a um empregador que o procurou ("*perturbed by the public concern about children being crippled by the long hours and conditions of factory life*"), a criação de um serviço médico na fábrica ("*a medical officer should be appointed to visit the factory daily and watch the effects of work on the children's health*") (Murray, 1987, p. 122. Itálicos nossos);
- Será eventualmente discutível considerar este como o "primeiro serviço de medicina do trabalho" na história do capitalismo, como o pretendem os brasileiros Mendes e Dias (1991). Tudo indica, de qualquer modo, que a cidade de Leeds tenha sido o *berço da medicina do trabalho*, a avaliar pelo exemplo pioneiro de Baker que iremos encontrar, mais tarde, em Outubro de 1834, a exercer as funções de *Subinspector of Factories*, nomeado ao abrigo do *Factory Act of 1833* (Lee, 1964; Graça, 1999).

Petite histoire à parte, remontaria, pelo menos, à primeira metade do Sec. XIX o primitivo figurino dos serviços de medicina do trabalho bem como a sua abordagem medicocêntrica dos problemas de saúde dos trabalhadores. Em rigor, é abusivo falar-se já de medicina do trabalho e de protecção da saúde dos trabalhadores. Esta última referia-se apenas ao (i) *risco de surtos epidémicos* de doenças infectocontagiosas e à (ii) persistência do fenómeno da *exploração do trabalho infantil*. Quanto a Baker, um típico inglês da *upperclass* vitoriana, será apenas recordado como o primeiro médico a ser contratado como inspetor do trabalho e como um reformador social, preocupado com a condição física e sobretudo moral da classe operária (Lee, 1964).

Voltando à legislação laboral da Grã-Bretanha vitoriana —a Rainha Vitória é coroada em 1837—, só em 1847 é promulgado o *Ten Hour Act*, culminando uma longa batalha de quase duas décadas pelo horário de trabalho de dez horas, batalha essa que ficou conhecida pelo *Ten Hour Movement*.

A legislação laboral de 1833 não se aplicava às minas onde o emprego de crianças com menos de sete anos era frequente. O *Children's Employment Commission, First Report, 1842* teve um grande impacto na opinião pública. A ele ficará ligado o nome de Anthony Ashley-Cooper, sétimo conde de Shaftesbury (1801-1885). Apesar da grande oposição dos proprietários das minas de carvão, representados na Câmara dos Comuns, o *Mines Act of 1842* foi o início de uma legislação que introduziu o princípio da intervenção do Estado num sector de actividade que foi fundamental para o arranque industrial na Grã-Bretanha e que virá depois a ser nacionalizado no pós-guerra (*Coal Industry Nationalization Act*, em 1946). O emprego de mulheres e de raparigas nas minas subterrâneas passava a ser proibido, enquanto aos rapazes era exigida a idade mínima de 10 anos.

A pouco e pouco, e ao longo da segunda metade do Século XIX, os sucessivos *Factory Acts* estenderam-se a todos sectores industriais, reforçando o princípio do controlo das condições de trabalho e abrindo o caminho à protecção da saúde dos trabalhadores. Refira-se, entre outras, o *Factories and Workshops Act 1867*.

Dos antepassados mais próximos da medicina do trabalho e da epidemiologia ocupacional, há que referir o nome do italiano B. Ramazzini (1633-1717): Foi ele o primeiro a analisar de maneira sistemática a relação entre o trabalho e a saúde. O seu *De morbis artificum diatriba* (1700) pode ser considerado como o primeiro tratado importante sobre as doenças profissionais. De facto, ele estabelece a associação entre certas doenças e a actividade profissional (por ex., a cólica do chumbo nos pintores que utilizam o alvaide, as perturbações dos esmaltadores que usam o antimónio):

- Médico e professor de medicina em Modena e Pádua, Ramazzini não tinha ainda, no entanto, qualquer preocupação de natureza quer *médico-legal* (por ex., reparação e prevenção dos riscos profissionais) quer *social* (por ex., adopção de medidas legislativas e técnicas com vista à protecção da saúde dos trabalhadores), pelo que será talvez um pouco abusivo considerá-lo "the father of occupational medicine", como o pretende Schilling (1973, p. 3). Quando muito, poderemos considerá-lo como o fundador da epidemiologia ocupacional (Graça, 1996).
- O exemplo pioneiro de Ramazzini será seguido, mais tarde, na Grã-Bretanha por outros médicos como Percival Pott (1713-1788) e Charles Turner (1795-1833), um médico de Leeds (tal como Baker e Thackrah) que publicou a primeira obra original, em língua inglesa, sobre as doenças profissionais, numa época em que os tratados, nesta matéria, se limitavam a plagiar descaradamente o velho Ramazzini. O seu livro, de 1830 tem o título sugestivo de *The Effects of the Principal Arts, Trades and Professions, and of Civic States and Habits of Living, on Health and Longevity with Suggestions for the Removal of many of The Agents which produce Disease and shorten the Duration of Life*. Esta monografia seria, inclusive, superior à de Ramazzini, não só pela qualidade, de primeira água, das suas observações clínicas como pelas suas propostas de melhoria do ambiente de trabalho.

3.3.3 • Evolução dos *Occupational Health Services*

O *Hunter's Occupational Diseases* considera que não foi Ramazzini mas Thackrah a fundar a medicina do trabalho. Chauvinismo à parte, a Inglaterra reunia então todas as condições para ser o primeiro país a criar e desenvolver um serviço médico do trabalho (*industrial medicine*) com vista à prevenção dos acidentes e das doenças profissionais.

O princípio da obrigatoriedade da notificação das doenças profissionais só será, contudo, estabelecido em 1895 (*Factory and Workshop Act 1895*). Os trabalhadores expostos ao chumbo, ao fósforo e outras substâncias perigosas passam então a ser submetido a exames médicos periódicos. O princípio da notificação obrigatório (para o *Chief Inspector of Factories*, acompanhada do respectivo relatório) foi historicamente importante, na medida em que comprometia os médicos a intervir sempre que havia um caso de patologia *suspeita* de ter sido provocada por *exposição profissional*.

Só três anos mais tarde (em 1898) será, contudo, nomeado o primeiro *Medical Inspector of Factories*, na pessoa de Thomas M. Legge (1863-1932) que viria também a tornar-se, em 1929, o primeiro consultor médico de uma central sindical (*TUC-Trade Unions Congress*).

É também quase ao virar do século que é, tardiamente, introduzido o *Workmen's Compensation Act* (1897). As doenças profissionais só passariam a ser objecto de reparação em 1906, se bem que a lista de factores de risco fosse ainda muito reduzida (antrax, chumbo, mercúrio, fósforo, arsénio e pouco mais).

É também por essa altura que a Inglaterra começa a perder a liderança como potência industrial, com o desenvolvimento da segunda revolução industrial, baseada na energia eléctrica, na petroquímica e no motor de explosão bem como nos princípios do taylorismo-fordismo (Taylor, 1965; Perrot, 1985).

Em 1883 o parlamento inglês tinha aprovado a primeira lei visando uma doença profissional específica, o *Factories (Prevention of Lead Poisoning) Act*. Todavia, o desenvolvimento da medicina do trabalho vai ser lento. Por ex., a primeira associação profissional de médicos do trabalho data apenas de 1935 (*AIMO—Association of Industrial Medical Officers*). Havia ainda muito poucas empresas, para além dos exemplos pioneiros dos correios e dos caminhos de ferro ingleses, com serviços privativos de medicina do trabalho.

De qualquer modo, e durante muito tempo, a vigilância médica dos trabalhadores era mais orientada para os problemas da *reparação* de doenças específicas do que para a *prevenção* dos riscos e factores de risco no local de trabalho (incluindo o problema, mais geral, da fadiga). Como, de resto, o reconhece o insuspeito *Hunter's Occupational Diseases* (Murray, 1987, p. 183), já aqui citado:

"In the early years of the *Workmen's Compensation Acts* physicians were often employed by industry to check on the validity of complaints by workers. In many cases, for good reasons or bad, the doctor gave evidence that the worker was not suffering from the specific prescribed disease under consideration. The evidence of doctors to the 1907 Departmental Committee indicates that many of them attributed the diseases to improvidence or alcoholism or both. The result was the evil appellation of any doctor who worked for an employer as a 'compensation doctor' " (Itálicos nossos).

Este pecado original da medicina do trabalho é igualmente reconhecido por Schilling (1973, p. 13), nomeadamente num país como o Reino Unido em que os *occupational health services* nunca foram obrigatórios por lei:

"The first real impetus to the voluntary appointment of doctors by employers came after the passing of the first *Workmen's Compensation Act* in 1897. The larger firms appointed physicians as a means of protecting against claims for compensation rather than as a measure to protect their employees. This was an unhappy introduction of medicine to industry. The industrial medical officer was often regarded by workmen as the employer's man - a suspicion which, however unfounded it may have been, has died hard" (Itálicos nossos).

O mesmo se passa em França, por esta época, com a promulgação das primeiras leis de protecção social dos trabalhadores:

" (...) À la lutte pour de meilleures conditions de travail s'allie celle pour l'utilisation effective des nouveaux droits accordés aux travailleurs. L'accident du travail, et la loi de 1898 donnant à l'ouvrier blessé le droit aux soins médicaux et à une pension, seront au centre des mouvements. Les ouvriers lutteront pour obtenir que la constatation d'accident du travail soit effectuée par les médecins de leur choix et non pour ceux payés par l'entreprise. Quelques groupes de praticiens de gauche participent à ce combat: en particulier, à partir de 1908, ceux du 'Sindicat de la Médecine Sociale' " (Herzlich, 1984, pp. 230-231. Itálicos nossos).

Só com o *Factories (Medical and Welfare Services) Order 1940*, é que os serviços de saúde ocupacional no Reino Unido irão, entretanto, conhecer um certo *boom*, nomeadamente nas indústrias reconvertidas para apoiar o esforço de guerra (fabrico de armamento e munições, etc.). Nestas indústrias específicas, é exigida a vigilância médica dos trabalhadores (maioritariamente mulheres), é criada a *occupational health nursing* e os serviços de primeiros socorros, para além dos *welfare services*.

Mas é também a época em que surge o conflito (ainda hoje mais ou menos latente na maior parte dos países europeus, incluindo Portugal), relativamente à *tutela da saúde e da segurança dos trabalhadores*, disputada pelo *Health Department* e pelo *Labour Department*.

Será preciso esperar, contudo, pelo pós-guerra, para que se comecem verdadeiramente a desenvolver e a generalizar pela Europa fora, os serviços de saúde no trabalho (*occupational health services*, em inglês; *services de médecine du travail*, em francês), tendo por base a *Recomendação n° 112 da OIT (1959)*, organização essa cuja origem remonta a 1919.

- A França foi o primeiro país da Europa a tornar obrigatória, por lei, a criação de "services médicaux du travail" (Lei de 11 de Outubro de 1946); além de conceitos já então conhecidos como protecção, reparação e prevenção, surge uma noção nova: a adaptação do trabalho ao homem e do homem ao trabalho;
- É também desta época a criação dos *Comités d'Hygiène et de Sécurité*. Segundo Robert (1969), cit. por Van Dormael (1978, p. 4), "aussi paradoxal que cela puisse paraître, la crise mondiale des années '30 servit la cause de la médecine du travail – parfois désignée sous le nom 'Service de l'entretien des hommes' – en encourageant l'étude scientifique de l'utilisation de la main d'oeuvre dans le cadre des plans de modernisation" (Itálicos nossos).

A Recomendação n° 112 da OIT ter-se-á inspirado largamente na experiência francesa de desenvolvimento dos serviços médicos do trabalho. Será entretanto adoptada pela CEE em 1962. É então recomendado aos Estados-membros a criação de serviços de "médecine du travail" (ou "occupational health").

Em resumo, o panorama na Europa até aos anos 50 era mais ou menos igual: a prestação de cuidados de saúde no local de trabalho tinha nascido da iniciativa de empregadores filantrópicos (na segunda metade do Sec. XIX) e de algumas grandes empresas resultantes da segunda revolução industrial (na primeira metade do Sec. XX).

De qualquer modo, os *occupational health services*, de acordo com figurino proposto pela Recomendação n° 112 da OIT, continuam a ter como função principal a *prevenção dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais*. E nessa medida filiam-se claramente na velha tradição da *higiene e segurança no trabalho*.

A grande ênfase posta na prevenção dos riscos profissionais (e, portanto, na *segurança*) contribui para criar uma cultura fortemente medicocêntrica que acabou por sub-estimar:

- A prevenção da *morbilidade geral* da população activa e de outros riscos não directamente relacionados com o trabalho (por ex., condições de vida, hábitos, comportamentos de saúde e outras características individuais);
- Os problemas de *saúde mental e de bem-estar* da população trabalhadora;
- A importância da saúde enquanto *conceito positivo e multidimensional* e a sua relação com o trabalho e o seu contexto (organizacional e societal).

Ao mesmo tempo, o *modelo fechado de organização e funcionamento* dos serviços de SH&ST acabou por levar a um divórcio da medicina do trabalho, não só dentro da empresa, como em relação ao sector da saúde pública, dos cuidados de saúde primários (que se irão desenvolver nos anos 80) e aos restantes sectores do sistema de saúde e áreas afins.

No campo mais vasto da protecção social da população trabalhadora, será a Alemanha de Bismarck a inaugurar o *Welfare State*, através da promulgação dos primeiros seguros sociais obrigatórios, cobrindo a *doença* (1883), os *acidentes de trabalho* (1884), a *invalidez e velhice* (1889), a par de legislação mais específica sobre *condições de trabalho* (1889-91) (Tambouri, 1983).

As medidas tomadas pelos Governos europeus, inspiradas ou não por reformadores sociais, foram claramente motivadas por razões quer *ideológicas* quer *políticas*, ligadas à manutenção ou conquista do poder (no caso, por ex., da Inglaterra vitoriana, da Alemanha de Bismarck, e da França do catolicismo social).

Em última análise, a emergência de legislação no campo da protecção social dos trabalhadores (incluindo a SH&ST) terá resultado de um duplo movimento de pressão do movimento operário e sindical e de acção do próprio sistema económico e político, preocupado em assegurar uma certa estabilidade social face às grandes transformações operadas pela industrialização (por ex., explosão demográfica, urbanização, miséria da classe operária, falta de condições de higiene e de saneamento básico, falta de habitação, incidência de doenças infecto-contagiosas, aumento exponencial dos riscos ligados ao trabalho industrial, conflitos sociais e políticos, crises económicas) (Graça, 1999).

A evolução dos serviços de saúde ocupacional (em inglês, *occupational health services*, abreviadamente OHS's) na Europa tende mais ou menos a seguir o esquema proposto por Matikaine (1996, pp. 42 e ss.) para o seu país, a Finlândia:

- Numa primeira fase (1850-1950), são criados OHS's nalgumas empresas industriais, por iniciativa dos empregadores. Não se pode falar especificamente em medicina do trabalho, com uma preocupação de prevenção dos riscos profissionais. Nesta época eles não passam de *serviços de medicina curativa* ("curative health services"), orientados para o trabalhador individual e para o diagnóstico e tratamento da doença, com um papel passivo no local de trabalho, e fundamentando-se na abordagem da clínica geral;
- Na II fase (1960-1980), os OHS's tornam-se um sistema especificamente orientado para a *prevenção de riscos específicos*, não já ao nível do trabalhador mas da população trabalhadora e o seu ambiente físico de trabalho. A ênfase é posta nos exames médicos periódicos. O seu papel é mais activo, mas continuam a ser medicocêntricos, se bem que mais especializados (abordagem monodisciplinar da medicina do trabalho). Os OHS's, nesta fase, são fundamentalmente "preventive health services";
- Na III fase (a partir de 1990), as alterações legislativas e as mudanças demográficas, tecnológicas, organizacionais, económicas e sociais obrigam os OHS's a seguir uma orientação mais compreensiva da saúde dos trabalhadores, centrada na promoção da saúde e na manutenção da capacidade de trabalho (*maintenance of work ability*, abreviadamente MWA). Este último conceito foi integrado na legislação finlandesa sobre SH&ST em 1994.

A *nova saúde ocupacional* (NOS) passa a ser vista sobretudo como um recurso estratégico para o desenvolvimento pessoal e organizacional. Principais características dos novos OHS's: Deverão ter um papel proactivo e estruturador, ser multidisciplinares e estar orientados não só para os riscos específicos, como para as doenças relacionadas com o trabalho (com uma componente de tratamento, reabilitação e reintegração), os estilos de vida do indivíduo e o seu ambiente de trabalho, ou seja, para a prevenção da doença e a promoção da saúde dos trabalhadores.

Em suma, "health promotion and MWA are becoming leading elements in OHS. During this development, the emphasis has shifted from individual diseases and risks for comprehensive health promotion and multidisciplinary implementation of the services. The object of the modern OHS is not only the individual worker, nor only the specific risks at the work environment, but rather all these together" (Matikainen, 1996, p.43. Itálicos nossos).

Na Alemanha, hoje em dia, também a PST (ou, pelo menos, o chamado *modelo dos BKK*) tende a ser entendida como "a component of an expanded and modernised OHS" (Breucker, 1998, p. 31):

"While traditional health and safety focused on the elimination of physical and chemical strain factors, modern OHS concepts consciously incorporate factors such as work organisation and work design and regard WHIP as an expression and elemental component of a holistic interpretation of health and safety" (Itálicos nossos).

3.4 • A nova saúde pública e a promoção da saúde

O termo *nova saúde pública* é muitas vezes atribuído ao ministro da saúde do Canadá, M. Lalonde (1974), na sequência do seu relatório *A new perspective of the health of Canadians*. A primeira conferência internacional sobre a promoção da saúde, realizada em Ottawa, pela OMS e pelo Ministério da Saúde Canadiano (em 1986), tem justamente como subtítulo: "The move towards a new public health".

- A expressão passa a ser usada para designar programas de âmbito nacional no domínio da *prevenção da doença e da promoção da saúde* em que surgem preocupações inteiramente novas por parte das autoridades e serviços de saúde: por ex., os novos riscos para a saúde das populações, a crescente prevalência das doenças crónicas, o controlo dos custos resultantes da prestação de cuidados de saúde, o custo/eficácia dos serviços de saúde públicos e privados, a qualidade dos cuidados, a cooperação intersectorial em saúde, a participação comunitária, a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida, etc.;
- O termo surge, de resto, num contexto que é marcado pela crise económica dos meados dos anos 70, pela explosão dos custos com os cuidados médicos e hospitalares, pela crítica do paradigma biomédico e do modelo medicocêntrico e hospitalocêntrico de prestação de cuidados, incluindo a iatrogénese médica, a desumanização e a despersonalização dos cuidados, a medicina defensiva, etc. (Graça, 1994).

O sector da saúde é obrigado a preocupar-se cada vez mais com a fundamentação científica e a legitimação social das suas políticas e programas, ao mesmo tempo que nos hospitais e demais serviços de saúde se começam a sentir o efeito das políticas de racionalização económica, financeira e organizacional. Na realidade, só a partir da década de 1970 é que passámos a ter um melhor conhecimento dos meios de prevenção da doença (e nomeadamente das doenças não-transmissíveis), a pôr mais ênfase na prevenção primária, na responsabilização do indivíduo pela sua própria saúde a par da participação comunitária e da cooperação intersectorial na construção social da saúde.

Os problemas de *equidade em saúde e em cuidados de saúde* são, por seu turno, um tema recorrente no final dos anos 70 e princípios dos anos 80 (Pereira, 1995), enquanto os sistemas de protecção social que herdámos do pós-guerra começam a evidenciar sinais de crise (ideológica) e de ruptura (financeira). O desemprego torna-se um problema sério, a par da nova pobreza e de outras formas de exclusão social.

Na Região da Europa, a OMS começa a interessar-se pela promoção da saúde, não só em termos de desenvolvimento teórico como de planeamento e desenvolvimento de políticas, programas e actividades. Em 1984, um grupo de trabalho da OMS define a promoção da saúde como o processo que habilita as pessoas a aumentar o controlo sobre a sua saúde e a melhorá-la. Mais importante, o conceito é explicitado através de cinco princípios fundamentais, decorrentes da *concepção socioecológica e psicossocial* da saúde (WHO, 1984):

- "Health promotion involves the population as a whole in the context of their everyday life, rather than focusing on people at risk for specific diseases" (1);
- "Health promotion is directed towards action on the determinants and causes of health" (2);
- "Health promotion combines diverse, but complementary methods or approaches, including communication, education, legislation, organisational change and community development" (3);
- "Health promotion aims particularly at effective and concrete public participation" (4);
- "Health promotion is basically an activity in the social, political and welfare fields, and not primarily a medical activity" (5).

Em 1986, e na sequência da *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, será publicada a já famosa *Carta de Ottawa*. Aí é oficialmente consagrada a definição de promoção de saúde da OMS como sendo "the process of enabling people to increase control over, and to improve their health", uma formulação algo filosófica e abstracta mas heurística e inovadora.

Entretanto, de há dez anos para cá aumentou imenso o interesse científico, profissional e até político sobre este tópico, traduzido numa já vasta literatura sobre o seu conceito e princípios, a metodologia do seu planeamento e implementação, as suas implicações para as políticas de saúde, a avaliação de programas em termos de custo/benefício e de custo/eficácia, a investigação empírica, o desenvolvimento profissional, a gestão da qualidade, etc. (Wynne, 1992 e 1998; Breucker, 1997).

Praticamente, todos os países europeus adoptam hoje como principal objectivo a atingir pelos seus sistemas e políticas de saúde a *promoção da saúde*, um termo que de repente se banaliza (como acontece com todas as modas), mas que tem, pelo menos, o mérito de deslocar o enfoque das questões de saúde, até então muito centradas no protagonismo da medicina e da prestação de cuidados de saúde.

Em Portugal, a PST é finalmente consagrada na estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002) (Portugal, Ministério da Saúde, 1999).

3.5 • A reorientação dos serviços e políticas de SH&ST

Embora, na Europa, tenha chegado mais tarde aos locais de trabalho, contrariamente ao que se passou na América do Norte, o conceito de *promoção da saúde* não era estranho ao campo da SH&ST. De facto, já em 1950, a primeira sessão do comité misto da OIT/OMS sobre a higiene industrial (termo que será substituído mais tarde, por *occupational health* ou *médecine du travail*), apontava nesta direcção, ao propor que o objectivo dos serviços de saúde no trabalho deveria ser:

- A promoção e a manutenção ("*promotion and maintenance*") do mais elevado grau de bem-estar (físico, mental e social) dos trabalhadores, qualquer que seja a sua profissão ou ocupação;
- A prevenção da incapacidade temporária ou definitiva, por motivos de saúde relacionados com as condições de trabalho;
- A protecção da saúde dos trabalhadores;
- E, em última análise, "a adaptação do trabalho ao homem e do homem ao trabalho" (uma expressão algo tautológica que depois se tornou o próprio lema da medicina do trabalho, nomeadamente nos países da Europa do Sul).

Todavia, só em 1988 é que a OMS publicou um primeiro relatório técnico, não especificamente sobre a PST, mas sobre a promoção da saúde da população trabalhadora (WHO, 1988). Defende-se aí que a abordagem mais tradicional da SH&ST e os programas de promoção de saúde deviam formar um *continuum*. Em 1991, há um reconhecimento do alargamento da intervenção dos serviços de SH&ST. Finalmente, em 1995, é produzido um documento específico sobre a PST, o seu conceito, princípio e estratégias (WHO, 1991 e 1995).

Entretanto, na sessão de 1993 do comité misto da OIT/OMS para a saúde ocupacional, faz-se uma importante actualização (em relação a 1950) da missão que devem prosseguir os serviços de SH&ST:

"The main focus in occupational health is on the three different objectives: (i) the *maintenance and promotion of workers' health and working capacity*; (ii) the *improvement of working environment and work to become conducive to safety and health*; and (iii) *development of work organizations and working cultures in a direction which supports health and safety at work* (...)" (Itálicos nossos).

Mais recentemente, a 49ª Assembleia Mundial de Saúde (1996) vem aprovar a *Estratégia Global da OMS sobre a Saúde no Trabalho para Todos*, ao mesmo tempo que um grupo de trabalho da OMS - Região da Europa discute e recomenda a *reorientação dos serviços de saúde no trabalho*, tendo em conta a emergência de novos conceitos como a PST e a MWA ("maintenance of work ability") (WHO, 1997):

- "One of the priority objectives of the *WHO Global Strategy on Occupational Health for All* endorsed by the 49th World Health Assembly (WHA) at its plenary meeting on 25 May 1996 in Geneva is the development of *healthy work practices and the promotion of health at work*. It encourages occupational health institutions and experts to include health promotion as an element of occupational health programmes in enterprises";
- "*Occupational health and safety services*, as developed in various European countries during the 1960s, 1970s and early 1980s, had a strong emphasis on the prevention of work-related diseases and injuries. This approach culminated in the mid-1980s in the *ILO Convention No. 161 and Recommendation No. 171 on Occupational Health Services* and later in the *EU Framework Directive 89/391/EEC*. In the 1980s, however, two concepts emerged: *workplace health promotion* and *promotion of work ability*. Both have a strong influence on the role of occupational health services and on the ways in which working life may contribute to the enhancement of the health and wellbeing of those who work" (Itálicos nossos).

3.6 • A crise da 'corporate health policy'

Hauss (1992) prefere o termo "corporate health policy" para dar conta da diversidade e complexidade das abordagens dos problemas de protecção e promoção da saúde dos trabalhadores:

De facto, termos como "occupational health", "occupational medicine", "industrial hygiene", "industrial safety", "preventive medicine", "occupational risk prevention", "health screening", "risk appraisal", "integrated health care", "safety, hygiene and health at work", "employee welfare", "health education", "health management", "maintenance of work ability", "workplace health promotion" (WHP), etc., não têm, ainda hoje, o mesmo significado em todos os Estados-membros da UE e demais países europeus, dadas as diferenças históricas, culturais, linguísticas, políticas e legislativas existentes entre eles (Nutbeam, 1986; Rütten, 1995; Matikainen, 1996; Orfeld, 1998; Wynne, 1998). Por ex., na Suécia, não há sequer uma expressão equivalente, que seja aceitável, para o termo inglês "workplace health promotion" (Thomsson, 1998).

De qualquer modo, há hoje diversas razões para advogar uma *reorientação da política de saúde no local de trabalho* (incluindo os serviços de SH&ST), que nos limitamos a analisar superficialmente.

Em primeiro lugar, pode-se falar de uma *crise da prática da medicina do trabalho* (ou da saúde ocupacional) na generalidade dos Estados-membros da EU (para não já falarmos do resto da Europa e de outras regiões):

"In general, [traditional occupational health and safety, shortly OHS] is *too narrow* in focus, its coverage extends to *only minority of workers*, it is *divorced from broad provisions for public health*, it is *costly to operate* and its *effectiveness* in dealing with anything but the narrowest of occupational health issues is questionable" (Wynne, 1994, p. 1-2).

A própria OMS reconhece implicitamente que estamos longe de poder responder ao desafio da Meta nº 25 da *Estratégia Regional Europeia da Saúde para Todos no Ano 2000* ("Target 25 - Health of people at work: By the year 2000, the health of workers in all Member States should be improved by making work environments more healthy, reducing work-related disease and injury, and promoting the wellbeing of people at work") (WHO, 1985a):

A nível da região da Europa, "no more than half of all European workers have access to occupational health services" —uma estimativa baseada em Rantanen (1990) que peca, seguramente, por excesso, dada a actual degradação da situação económica, social, sanitária e política de muitos países da Europa de Leste — "and little progress in coverage has taken place during the past 10 years, especially for those in small enterprises" (WHO, 1997, p. 10. Itálicos nossos).

Por outro lado, o próprio *paradigma científico* em que assenta a medicina do trabalho mais clássica tem vindo a ser hoje posto em causa. Dada a complexa relação trabalho/saúde, o médico do trabalho, na sua actividade clínica e de investigação científica, é confrontado não apenas com a doença profissional, mas também com a doença relacionado com o trabalho e com a doença agravada pelo trabalho, o que implicaria a construção de modelos multifactoriais (Faria, 1988; Uva, 1998). Guidotti (1988, p. 571) sintetiza em quatro pontos a crítica ao modelo clássico, ainda predominante na investigação em saúde ocupacional:

- A medicina do trabalho mais clássica baseia-se numa "scientific foundation that blends *toxicology* with *epidemiology*";
- Ora os nossos estudos epidemiológicos são muitas vezes "less useful than they could be, because the toxicologic models underlying their design are too simple";
- Os nossos estudos toxicológicos, por seu turno, são muitas vezes irrelevantes ou difíceis de aplicar a situações reais de exposição, "because they cannot take into account *the complexity of interacting factors in the real world of occupational exposure*";
- Por fim, o elemento omissos nos estudos tanto epidemiológicos como toxicológicos no local de trabalho é a apreciação da variação individual, "*the personal risk factors* that determine why one person exposed at a certain level will develop an occupational illness and another, exposed at the same level, will not" (Itálicos nossos).

Em terceiro lugar, mesmo nos países e nas empresas onde existem bons serviços de SH&ST, os respectivos profissionais não têm formação específica para (ou mostram dificuldade em) lidar com os novos problemas e desafios que se põem à saúde da população trabalhadora, na sequência dos processos de reestruturação e reconversão das empresas, das mudanças que se estão a operar a nível não só do sistema técnico e organizacional de trabalho como da própria composição da força de trabalho, do mercado de trabalho, etc.

Num contexto marcado pela turbulência da envolvente socioeconómica das empresas, torna-se ainda mais difícil repensar as estratégias da saúde no trabalho. Referimo-nos, mais concretamente, à globalização da economia, à introdução das novas tecnologias de informação e comunicação, às novas formas de organização do trabalho, baseadas na flexibilidade e polivalência, à gestão da qualidade total, às crescentes exigências que são postas aos trabalhadores em termos de formação e qualificação, à mobilidade profissional, às novas tendências da gestão, etc. (Graça, 1999).

Ora tais processos têm profundas implicações não só a nível do mercado de trabalho e de emprego, como também a nível da saúde dos trabalhadores, do seu desempenho, das suas qualificações, da sua empregabilidade e da sua capacidade de trabalho.

Em quarto lugar, enfrentamos sérios *problemas de financiamento dos nossos sistemas de protecção social* (incluindo a segurança social e a saúde), o que parece constituir um argumento a favor da promoção da saúde, em geral, e da PST, em particular. O envelhecimento da população, a precarização do emprego, as novas formas de trabalho como o teletrabalho e o *outsourcing*, o desemprego, o risco de incapacidade de longa duração, etc., obrigam a prestar uma crescente atenção aos problemas da manutenção da capacidade de trabalho e da protecção da saúde da população em idade activa bem como aos custos (directos, indirectos e ocultos) do absentismo e da incapacidade para o trabalho (Graça, 1995; Gründemann, 1997).

Em quinto lugar, com a transposição da Directiva-Quadro 89/391/CEE, de 12 de Junho de 1989, praticamente todos Estados-membros da UE têm hoje um *enquadramento legal*, no domínio da SH&ST, que vem favorecer, teoricamente pelo menos, uma abordagem mais *integrada, flexível, concertada, participativa e custo-efectiva* dos problemas de saúde dos trabalhadores, da sua capacidade de trabalho e da melhoria do ambiente (físico e psicossocial) de trabalho.

"The Framework Directive is virtually the basic law of the European health and safety legislation and has not only been supplemented by several other guidelines but also transferred to the national legislation of the EU Member States (...) While occupational health and safety legislation so far has focused on single areas of risk, e.g. exposition to accident hazards, hazardous substances, noise and radiation, the new legislation considers all potential health hazards at the workplace, also including psycho-social aspects" (Breucker, 1998, p. 41).

Em sexto lugar, o local de trabalho é porventura, a par da escola, um *locus* de controlo ideal para o desenvolvimento de iniciativas de saúde orientadas para grupos da população homogéneos que dificilmente são atingidos pelos tradicionais programas de saúde pública e comunitária ou pelas grandes campanhas de informação/educação para a saúde:

"There are limits to the possibilities for preventive approaches through the medium of existing health care facilities and (...) a move towards community based initiatives is likely to be more successful. In particular the workplace has been as an arena where groups of people spend large amounts of time in which conditions can be changed to be more conducive to health" (Wynne, 1994, p. 7).

Por fim, o trabalho (e o local de trabalho) tem uma grande influência (positiva ou negativa) na saúde e no bem-estar da população trabalhadora. Nomeadamente, no Sul da Europa (para não falar já dos países do leste europeu), os serviços de SH&ST estão ainda muito orientados para a reparação e a prevenção dos riscos profissionais mais tradicionais.

Em suma, a PST pode (e deve) constituir uma oportunidade e um desafio para todas as empresas, sectores de actividades, países, regiões, grupos da população trabalhadora, profissões e ocupações. Além disso, pode (e deve) integrar os conceitos, os princípios e a metodologia da gestão da qualidade (Breucker, 1997).

4 • A experiência norte-americana e europeia: Conclusão

Em resumo, há cerca de três décadas que têm vindo a ser implementados *wellness programs* por um crescente número de empresas norte-americanas, nomeadamente de de grande dimensão. Este tipo de programas nem sempre se distingue bem de outros que cabem na designação genérica de *employee assistance programs*, com uma tradição mais antiga. Em meados da década de 80, assistiu-se ao desenvolvimento das *drug screen initiatives*. Os *wellness programs* também não se confundiam com as actividades (mais tradicionais) da SH&ST.

De qualquer modo, e independentemente da natureza e da frequência das actividades e programas de PST nos EUA e do contexto muito específico em que emergem, há dois tipos de abordagem que estão implícitos neste novo conceito (Castillo-Salgado, 1984; Graça, 1991; Conrad, 1992; Rütten, 1995):

- Uma abordagem mais *atomística e linear*, centrada no indivíduo não enquanto trabalhador mas como membro de uma comunidade (o local de trabalho), baseada no paradigma etiológico do estilo de vida enquanto factor de risco, e que dá mais ênfase à liberdade (e, portanto, à *responsabilidade*) do indivíduo pela manutenção e protecção da sua saúde do que à criação e ao reforço dos *supportive environments*;
- Uma abordagem mais *integrada ou societal*, que o põe o acento tónico na interacção do indivíduo com o seu ambiente (laboral e extralaboral), procurando agir tanto sobre um como sobre o outro, enquanto pares indissociáveis do mesmo binómio.

Esta última abordagem estaria mais próxima do modelo europeu, ou pelo menos da tradição europeia de prevenção dos riscos profissionais e de protecção da saúde no local de trabalho, e faz apelo à participação activa da população trabalhadora.

Pelo contrário, a primeira abordagem estaria claramente presente na emergência de um discurso e de uma prática, no domínio da saúde no local de trabalho, que passam a ser assumidos pela empresa norte-americana do início dos anos 80 e que, segundo Alexander (1988), têm de ser vistos no contexto da *construção ideológica da teoria do risco*. Ou seja, de um 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, em última análise, nega aos trabalhadores "o direito, historicamente alicerçado no movimento operário, de (...) intervir colectivamente no controlo das situações de trabalho" (Graça, 1991, p. 8).

Uma das consequências perversas da PST pode ser justamente a de tomar o indivíduo, descontextualizado, como unidade de análise e de intervenção, escamoteando ou ignorando, deliberadamente ou não, todos os demais factores (organizacionais e sociais) que influenciam a sua saúde e os seus hábitos de saúde. Estes, por sua vez, são tomados como variáveis discretas e modificáveis em si, fora do contexto psicossocial em que o indivíduo vive e trabalha:

"The overwhelming focus of work-site health promotion on individual lifestyle as the unit of intervention muddles the reality of social behavior. The social reality, including class, gender, and race – all known to affect health as lifestyle – is collapsed into handy individual risk factors that can be remedied by changing personal habits" (Conrad, 1987, p. 265. Itálicos nossos).

Por outro lado, o *health care cost containment* parecia ser, até aos anos 90, a principal motivação explícita das empresas norte-americanas para a implementação de actividades e programas de PST (Warner, 1987 e 1988). Outras razões mais subtis passariam pelo ensaio de novas formas de controlo social no local de trabalho (Hecker, 1989; Conrad, 1992).

Poderíamos sintetizar do seguinte modo o estado da arte da PST nos EUA e na Europa (Wynne, 1998):

- Até praticamente até 1989 não se sabia quase nada sobre o nível de desenvolvimento da PST na Europa;
- Em contrapartida, a prática da PST nos EUA tinha já uma tradição que remontava, pelo menos, à década 70;
- Dada a diferente estrutura dos custos com os cuidados de saúde, os empregadores norte-americanos teriam mais incentivos económicos do que os seus congéneres europeus para se tornarem activos no domínio da PST;
- Os programas e actividades mais frequentes eram os que se centravam em questões de saúde específicas, tais como a prevenção do cancro ou das doenças de coração, de elevada morbimortalidade;
- O modelo de intervenção baseava-se essencialmente na abordagem epidemiológica tradicional da redução dos factores de risco, visando a mudança dos comportamentos individuais relacionados com a saúde do trabalhador;
- Pouca ou nenhuma ênfase era dada à participação dos trabalhadores e/ou seus representantes na concepção, planeamento, implementação e avaliação dos programas;
- Havia um claro divórcio entre a PST e a SH&ST (incluindo a medicina do trabalho), pelo menos até finais da década de 1980;
- Em contrapartida, na Europa, e nomeadamente nos países da Europa do Norte, os programas e actividades de PST incluem já a vertente comportamental mas integram também iniciativas relacionadas com a organização do trabalho (como o stress, os métodos de organização do trabalho, a concepção ergonómica do posto de trabalho, das máquinas e equipamentos e de outros componentes materiais do trabalho). É mais do que os programas em si e a aderência passiva (*compliance*) dos trabalhadores elegíveis, procura-se que a PST leve a uma *participação efectiva e concreta* dos trabalhadores e seus representantes.

Sabe-se que a intervenção integrada e participada, a nível da concepção e execução dos programas de saúde no local de trabalho, tem mais probabilidade de sucesso e de eficácia. Heirich (1993), por ex., demonstrou-o, num estudo experimental de três anos, ao comparar os resultados de diferentes programas de exercício físico na indústria automóvel, em termos nomeadamente de participação e de redução dos riscos cardiovasculares.

Finalmente, a PST é claramente assumida, na maioria dos Estados-membros da EU (com algumas notórias excepções como a França) como parte integrante e indissociável da *nova saúde ocupacional*. A questão da reorientação das políticas e dos serviços de SH&ST está na agenda do dia e, muito em particular para os médicos do trabalho, a PST, mais do que uma ameaça, é uma oportunidade e um desafio.

5 • Conceito, princípios e metodologia da PST

5.1 • Prevenção versus promoção ?

Anderson (1987) e Wynne (1989) foram os primeiros, na Europa, a tentar operacionalizar o conceito de *workplace health promotion* (abreviadamente, WHP), a partir da definição de promoção da saúde, proposta pela OMS (WHO, 1984 e 1986).

No relatório produzido por Richard Wynne, em nome da Fundação Europeia, e baseado no primeiro encontro do grupo de coordenação do projecto *Innovative Workplace Action for Health*, a PST passa a ser vista, não tanto em termos de actividades específicas *per se* como sobretudo em termos de *princípios de abordagem*. Contrariamente à medicina do trabalho ou a outras formas, tradicionais e tecnicocêntricas, de *workplace action for health* (por ex., a higiene industrial, a educação para a saúde ou a ergonomia), a PST pode ser descrita sobretudo como um processo organizacional inovador, integrado e participativo.

Wynne (1989) definiu então, do seguinte modo, as cinco *dimensões* que permitem distinguir a PST das outras formas (mais tradicionais) de intervenção no domínio da saúde no local de trabalho:

"Workplace Health Action:

- can be applied across all groups in the workforce" (1);
- is directed at the underlying causes of ill health" (2);
- combines diverse methods of approach" (3);
- aims at effective worker participation" (4);
- is not primarily a medical activity, but should be part of work organisation and working conditions" (5) (Itálicos nossos).

Nesta acepção, o termo *promoção* da saúde integra o de *prevenção* da doença mas é decididamente mais rico em termos semânticos e conceptuais (vd. *Quadro A3*, em anexo):

- Etimologicamente, *prevenir* vem do latim *prae-venire* (ir à frente de, chegar antes, antecipar-se a, preceder, evitar): utilizando uma metáfora, poderíamos dizer que prevenir é "viajar em auto-estrada";
- *Promover*, por sua vez, vem do latim *pro-movere*: ir mais além, ir para a frente, avançar, dar impulso, apoiar, propor, fazer-por (alguma coisa) mas também fazer-com (alguém): a metáfora correspondente é "escalar o cume de uma montanha" (Ingrosso, 1993).

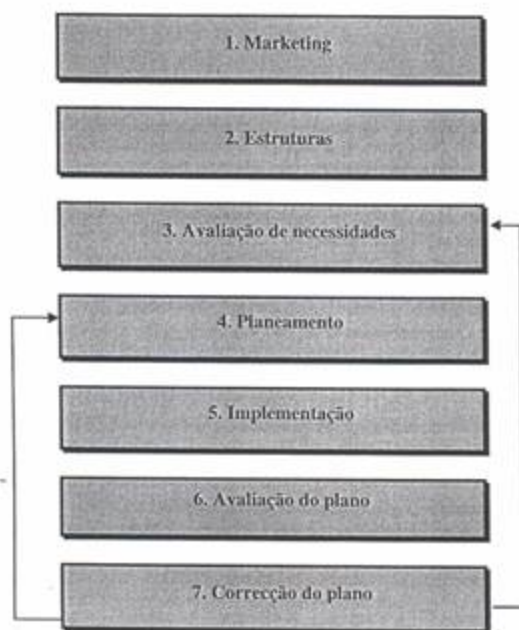
Aplicada ao local de trabalho, a perspectiva da *prevenção* é mais redutora do que a da *promoção*. Na abordagem da saúde dos trabalhadores, as duas perspectivas não são necessariamente antagónicas, apenas têm enfoques diferentes: a da *prevenção* é mais tradicional e redutora, mais consentânea com o modelo biomédico e organicista, baseado na especialização técnico-científica; a da *promoção* é mais inovadora e integrada, remetendo para o modelo da saúde enquanto construção social.

5.2 • Metodologia da PST

Pode (e deve) ainda acrescentar-se um sexto e último princípio, segundo o qual a PST é *um processo de acção, centrado no indivíduo e na organização*:

- Com sete fases mais lógicas do que cronológicas, de acordo com a metodologia da gestão de projectos (basicamente: 1. *Marketing*; 2. *Criação de estruturas*; 3. *Avaliação de necessidades*; 4. *Planeamento*; 5. *Implementação*; 6. *Avaliação do plano* 7. *Correcção do plano*);
- E em relação ao qual é possível distinguir seis papéis funcionais (a saber: *especialista, promotor, prestador, agente de mudança, participante, decisor*) (Wynne, 1998, pp. 32-37) (Figuras 5.1 e 5.2, Quadros 5.1 e 5.2).

Figura 5.1 — As fases do processo de PST



Fonte: Adapt. de Wynne (1998)

No caso do médico do trabalho, por ex., não é de esperar que ele seja o único actor, nem sequer porventura o mais importante. O seu papel continuará a ser sobretudo o do *especialista* e, em parte, o do *prestador* (Quadro 5.2). Não estamos, de resto, a definir papéis *profissionais*, mas apenas papéis *funcionais*. Na cultura da *nova saúde ocupacional*, ele vai ter de aprender sobretudo a trabalhar em equipa, ou seja, na base de uma relação igualitária, fora portanto da tradicional relação hierárquica que define poderes e saberes (Graça, 1992a).

Figura 5.2 —Cronograma estilizado do processo de PST



Fonte: Adapt. de Wynne (1998)

Quadro 5.1 — Fases e objectivos do processo de PST

Fase do processo	Objectivo sumário
1. Marketing da PST	- Identificar oportunidades e potenciais actores-chaves no local de trabalho - Relevantes para a PST - Disseminar o conceito, os princípios e a metodologia da PST - Criar interesse e empenhamento em relação à PST
2. Criação de estruturas	- Obter o apoio explícito e visível da administração/direcção e dos representantes dos trabalhadores - Estabelecer um acordo estratégico em relação à PST - Fazer a ligação às estruturas existentes (por ex., Serviço de SH&ST, Comissão de SH&ST, Direcção de Pessoal e Formação) - Assegurar apoios e recursos (humanos, técnicos, financeiros) - Criar uma equipa coordenadora, envolvendo a gestão de topo e os representantes dos trabalhadores
3. Estudo das necessidades, expectativas e preferências da população-alvo	- Identificar e avaliar as necessidades, as expectativas e as preferências da população em relação à PST (por ex., através de inquéritos por questionário ou de técnicas de grupo) - Apresentar e discutir os principais resultados do estudo, com vista a assegurar não só um elevado nível de participação como obter um equilíbrio dinâmico entre necessidades de saúde objectivas e subjectivas
4. Desenvolvimento de um plano de PST	- Definir os objectivos estratégicos do plano de PST - Planear as actividades do programa em função das necessidades objectivas e expressas da população-alvo - Identificar e mobilizar os recursos indispensáveis - Atribuir responsabilidades e competências (quem faz o quê e como) - Elaborar o cronograma do plano - Definir critérios e indicadores de avaliação (estrutura, processo e resultados)
5. Execução do plano	- Prevenir as dificuldades de (ou os obstáculos à) implementação do plano - Implementar as actividades ou os programas específicos - Assegurar a participação efectiva e concreta dos trabalhadores e seus representantes bem como das chefias directas
6. Avaliação do plano	- Explorar e analisar os indicadores de avaliação (por ex., taxa de participação, satisfação) - Explorar e analisar os indicadores de resultado (por ex., custo/benefício, melhoria da saúde, mudança do clima organizacional)
7. Correção do plano	Reformular o plano em função do feedback obtido na fase anterior ou da percepção de novas necessidades, preferências e expectativas (Fase 3)

Fonte: Graça (1998, p. 117)

Quadro 5. 2 — Papéis funcionais a desempenhar no processo de PST

Papéis funcionais	Perfil e requisitos
Especialista (Expert)	- Apoia o processo de PST aplicando o seu conhecimento - Tem uma formação mais baseada nas competências cognitivas ("knowledge") do que nas competências não-cognitivas ("skills"). - Faz uso do saber em domínios como a epidemiologia, a bioestatística, a recolha e a análise de informação, a medicina do trabalho, o comportamento organizacional, a metodologia de planeamento, a metodologia de avaliação, etc. - Pode ser desempenhado pelo médico do trabalho ou outro profissional de saúde com qualificação académica de nível superior (por ex., enfermeiro, técnico de serviço social, ergonomista, sociólogo, psicólogo) - Dá sobretudo apoio técnico nas fases 1, 3, 4, 6 e 7
Promotor (Advocate)	- A capacidade de persuasão é o seu principal trunfo - Sabe defender a 'causa' da PST, usando uma linguagem clara, simples, prática e acessível a um população-alvo para quem é tanto o conceito como os princípios da promoção da saúde - É o principal responsável pelo marketing e comunicação ao longo do processo de PST - Intervém praticamente em quase todas as fases (1, 2, 3, 4, 5 e 7)
Prestador (Deliverer)	- Está estreitamente relacionado com o papel do <i>Agente de mudança</i> - É uma figura-chave sobretudo na implementação das actividades específicas ou programas de PST, é — digamos — o rosto visível da PST - Desempenha diferentes tarefas: por ex., faz formação sobre questões de saúde, coordena reuniões, faz a ligação com o exterior, presta assessoria - Intervém nas fases 2, 3, 4, 5, 6 e 7
Agente de mudança (Change facilitator)	- É uma figura central em todo o processo, já que um dos resultados esperados da PST é a mudança a nível quer <i>individual</i> (por ex., novos conhecimentos, atitudes, valores e comportamentos em relação à saúde, melhoria da saúde) quer <i>organizacional</i> (por ex., melhoria do ambiente físico e psicossocial de trabalho com implicações na saúde e bem-estar) - Pode (e deve) ser desempenhado por um gestor de topo, pelo director de pessoal, por um especialista em comportamento organizacional (por ex., sociólogo, psicólogo, consultor externo). É menos provável que seja alguém da equipa de saúde. - Exerce a liderança estratégica do processo a partir da fase 2, até ao fim
Participante (Participant)	- São os trabalhadores e seus representantes (por ex., representantes eleitos para a SH&ST), desde os 'colarinhos brancos' aos 'colarinhos azuis'. - Em Portugal, os trabalhadores desempenham tradicionalmente um papel muito limitado e sobretudo passivo, de acordo com a perspectiva <i>topdown</i> dos serviços de saúde ocupacional. Não são actores, apenas meros figurantes. - É desejável que, além da informação, o participante tenha também uma formação básica prévia em PST - Espera-se que tenha um papel activo em quase todas as fases (2, 3, 4, 5, 6 e 7)
Decisor (Decision maker)	- É, por excelência, um papel da administração/direcção ou dos seus representantes (por ex., director-geral, gerente, director de pessoal, director financeiro) - Implica a tomada de decisões no que respeita à afectação de recursos (humanos, técnicos, financeiros, logísticos) e à integração das actividades de PST (e das suas implicações) na política e na gestão da organização (por ex., congruência da PST com a cultura e o clima organizacionais, reorientação dos serviços de SH&ST) - Intervém nas fases 2, 4, 5, 6 e 7

Fonte: Graça (1998, p. 118)

Em anexo, publica-se uma *grelha de avaliação de boas práticas* (Quadro A4, em anexo), baseada em quatro grupos de critérios: A. Estratégia e política de saúde da empresa; B. Planeamento, implementação e avaliação; C. Participação e consulta dos trabalhadores; D. Resultados da política de saúde. Esta grelha é particularmente útil para estudos de caso e, sobretudo, para a auto-avaliação da qualidade das políticas, programas e actividades de saúde no trabalho (Graça, 1999).

6 • Nível de desenvolvimento da PST em Portugal

6.1 • Inquérito sobre política de saúde no local de trabalho (1997/98)

No âmbito de um trabalho de investigação ainda em curso, Graça (1999) inquiriu uma amostra das duas mil maiores empresas portuguesas, dos sectores primário e secundário (com 100 ou mais trabalhadores) e do sector terciário (com 75 ou mais trabalhadores). Com este trabalho, o autor pretende colmatar a lacuna existente no nosso país em termos da investigação sobre as políticas de saúde no trabalho, no contexto da modernização da economia e da sociedade portuguesas, em geral, e das mudanças por que estão a passar as nossas empresas, em particular — mudanças não apenas a nível do seu sistema técnico e organizacional como também a nível do seu sistema sociodemográfico e sociocultural.

Antes e depois do 25 de Abril de 1974, sempre foi escasso o número de empresas activas e sobretudo inovadoras no domínio da saúde no trabalho. Esta situação podia ser imputada à existência de obstáculos, tanto a nível *macroestrutural* (nível de desenvolvimento económico, perfil de especialização das empresas, papel do Estado na regulação social, legislação laboral, incipiente experiência de concertação social, sindicalismo mais reivindicativo do que propositivo, aculturação médica da população trabalhadora, etc.) como a nível *microestrutural* (cultura de empresa, dissociação dos conceitos e das áreas de intervenção da SH&ST, falta de recursos humanos, técnicos e financeiros, etc.) (Graça, 1992).

A política de saúde no local de trabalho resumia-se, em muitos casos, à simples organização e funcionamento de serviços médicos do trabalho (criados, entre nós, a partir de 1962 e sobretudo de 1967). Com o acordo específico sobre SH&ST, obtido em sede de concertação social, ter-se-ão criado condições para que a saúde no local de trabalho se tornasse, definitivamente, um *objectivo estratégico de gestão* (Portugal, CPCS, 1991 e 1991a).

No estudo em referência, estão a ser seguidas três estratégias de investigação (Graça, 1999):

- Uma vasta reflexão (documentada) sobre os problemas de saúde da população trabalhadora portuguesa, as condições de trabalho, a evolução da legislação e regulamentação sobre SH&ST, os custos económicos e sociais da incapacidade para o trabalho, o papel da medicina do trabalho, a importância da participação dos trabalhadores e seus representantes, o conceito, os princípios, a metodologia e o contexto da PST nos EUA e na Europa e as suas implicações para Portugal;
- Um inquérito por questionário postal a uma amostra das duas mil maiores empresas portuguesas sobre a política de saúde no local de trabalho;
- Um conjunto de estudos de caso em empresas nacionais e multinacionais.

Alguns resultados preliminares deste trabalho sociológico são a seguir sumariamente apresentados e discutidos.

6.1.1 • Universo de empresas

A população de referência era constituída pelas duas mil maiores empresas portuguesas, com 75 ou mais trabalhadores (sendo do sector do comércio e serviços) ou com 100 ou mais trabalhadores (sendo do sector primário e secundário), conforme ficheiro fornecido em suporte magnético pela Dun & Bradstreet (abreviadamente, D&B) e actualizado no último trimestre de 1996.

- Neste universo (N=2066) destacavam-se as *GE's* (55%), ou sejam, as empresas com 500 ou mais trabalhadores ou um volume de negócio igual ou superior de 2 milhões de contos;
- Mais de 97% eram empresas societárias, financeiras e não financeiras, do sector privado, público ou cooperativo;
- Quanto à forma jurídica, predominavam as *sociedades anónimas* (51%), seguidas das *sociedades por quotas* (44%);
- Em termos de volume de emprego correspondiam a mais de 840 mil trabalhadores (20% da população empregada em 1995); em termos de volume de negócio (com excepção das sociedades financeiras e da agricultura e pescas), ultrapassavam os 13 mil milhões de contos (1995);
- Em número, predominavam as empresas do sector secundário (54%); em volume de emprego, ganhavam as empresas e demais organizações do sector terciário (51%);
- Estimava-se em cerca de 1/3 as empresas societárias de controle accionista estrangeiro, por comparação com as 500 melhores e maiores da *Exame 500/97*;
- Mais de 80% das empresas estavam concentradas na *Região de Lisboa e Vale do Tejo* (48%) e na *Região Norte* (33%);
- Por outro lado, cerca de 44% das empresas tinham surgido *depois de 1975*; as que foram fundadas depois daquela data tendiam a pertencer ao sector terciário (comércio e serviços);
- Finalmente, duas em cada cinco empresas pertenciam ao *sector exportador*.

6.1.2 • Amostra

Dos 1500 questionários enviados pelo correio no final de Março de 1997 (1º *mailing*), foram recebidos 228 (15.2%), desde o princípio de Abril até finais de Setembro de 1997. Foram consideradas como válidas e tratadas 221 respostas (14.7%), respeitantes a 199 empresas, 15 estabelecimentos e 7 grupos empresariais (representando, por sua vez, 78 empresas, das quais 39 figuravam no ficheiro da D&B). Considerando que em sete casos as respostas foram dadas não em nome da *empresa* a que o questionário era endereçado, mas do *grupo económico* a que a empresa pertencia, a taxa de resposta elevou-se a mais de 17%, muito acima da fasquia dos 10% que é, habitualmente, a taxa esperada em inquéritos por questionário postal, dirigidos a amostras empresariais no âmbito de trabalhos de investigação académica (Graça, 1997).

Foi feito *follow-up* telefónico de uma parte da amostra. De Outubro de 1997 em diante, continuou a receber-se mais questionários que serão objecto de tratamento numa segunda fase, juntamente com os demais questionários enviados após o segundo *mailing* (Abril de 1998) e o terceiro *mailing* (previsto para finais de 1999). Julga-se que no final se poderá atingir, na melhor das hipóteses, uma taxa de resposta da ordem dos 25% (n=375).

Quadro 6.1—Repartição do n° de empresas respondentes e volume de emprego, por agrupamento de actividade principal (n=221)

Agrupamento de actividade Principal (a)	Nº	%	Volume de emprego	%
<i>Sector produtivo</i>				
0. Agricultura, Silvicultura, Caça e Pescas (1).	2	0.9	457	0.3
1. Indústrias Extractivas (2).	1	0.5	1017	0.9
2. Energia (4). Metalurgia de Base (37). Produtos Minerais Não Metálicos (36). Química (35).	31	14.0	31 467	20.8
3. Metalomecânica. Material Eléctrico e de Precisão. Equipamento de Transporte (38).	26	11.8	16 458	10.9
4. Produtos Não-Metálicos (31-34). Outras Indústrias Transformadoras (39).	51	23.1	24 058	15.9
5. Construção e Obras Públicas (5).	15	6.8	10 349	6.8
<i>Sector de serviços</i>				
6. Comércio por Grosso (61). Comércio a Retalho, Serviços de Reparação (62). Alojamento e Restauração (63).	41	18.6	16 126	10.7
7. Transportes e Armazenagem (71). Comunicações (72).	13	5.9	28 784	19.0
8. Bancos e Outras Inst. Financ (81). Seguros (82). Actividades Imobiliárias. Serviços Prestados às Empresas (83).	22	10.0	13 434	8.9
9. Serviços Prestados à Colectividade (91). Serviços Sociais (92-94). Serviços Pessoais (95).	19	8.6	9 219	6.1
<i>Total</i>	221	100.0	151269	100.0

(a) Entre parêntesis, o CAE-1973 e CAE-Rev. a um ou dois dígitos

Fonte: Graça (1999)

Os resultados (preliminares) deste inquérito por questionário postal (n=221) podem ser extrapolados para o universo ou população de referência (N=2072), apenas com base nos seguintes critérios: *sector de actividade* (ou agrupamento de actividade principal) (8 categorias) (Quadro 6.1), *sector económico* (produção e serviços) (Quadro 6.2), *controlo accionista* (nacional ou estrangeiro), *volume de emprego* por sector económico, *antiguidade média* e *sector exportador*.

Quadro 6.2—Teste do qui-quadrado para a distribuição da amostra por sector económico

Sector económico	Casos	Observados	Esperados
• Produtivo		126	123.6
• Serviços		85	97.4
<i>Total</i>		221	221.00

$$\chi^2=15.41 \text{ gl}=1 \text{ n.s. } p > .05$$

Fonte: Graça (1999)

Quanto às outras variáveis sociodemográficas (nomeadamente, região, forma jurídica, dimensão e volume de negócios), a amostra indiciavam alguns enviesamentos, já esperados. Por ex., (i) as empresas com sede na *Região de Lisboa e Vale do Tejo* estavam sobre-representadas (67%), em detrimento das empresas da Região Norte e do resto do País (Centro, Alentejo, Algarve e Regiões Autónomas); por outro lado, (ii) as *PME's* (empresas que, independentemente do número de trabalhadores, facturavam menos de 2 milhões de contos) também estavam sub-representadas em proporção significativa (30% de casos observados contra 45% esperados).

É de referir que nesta amostra havia 87 empresas (incluindo grupos económicos) que figuravam na lista da *Exame 500/97*, seis das quais tinham sido eleitas como as *empresas do ano* nos respectivos sectores de actividade. Eliminando as sociedades financeiras e os organismos públicos autónomos ou equivalentes ($n=17$), os respondentes que constavam da *Exame 500/97*, representavam quase 43% do total. Na realidade, essa proporção estava próxima dos 100%, já que o número de empresas do ficheiro da D&B elegíveis pela *Exame 500/97*, em função do volume de negócio (superior a 5 milhões de contos) e do sector de actividade (empresas societárias não financeiras), não ultrapassava as 90.

Tendo em conta o *cargo ou função do respondente*, verificou-se que, em pelo menos 60% dos casos, terá havido delegação da resposta, por parte do gestor de topo a quem foi dirigido o questionário: (i) no director de pessoal (na maior parte dos casos); (ii) noutros directores de serviço (por ex., área administrativa ou financeira); ou ainda, embora em reduzida proporção, (iii) no coordenador ou outro representante dos serviços de SH&ST (por ex., médico do trabalho).

De qualquer modo, a elevada percentagem de representantes da gestão de topo e da gestão intermédia (88%) dava não só a indicação do grau de *empenhamento* que fora posto na resposta ao questionário como inclusive constituía uma certa *garantia* de que as respostas reflectiam o ponto de vista da administração/direcção da empresa ou estabelecimento e não propriamente o ponto de vista dos profissionais de SH&ST. Estes últimos pertencem, em geral, ao *staff* e não ao *line* (no caso dos serviços internos de SH&ST) ou são apenas colaboradores da empresa (no caso dos serviços externos e interempresas).

No final de 1996, a composição do pessoal ao serviço destas empresas podia ser sumariamente caracterizada nestes termos:

- A taxa média de *feminização* da mão-de-obra era apenas da ordem dos 30% enquanto a proporção média de *colarinhos azuis* andava à volta de 60%, reflectindo o peso do sector produtivo (e, em particular, das indústrias transformadoras) na amostra;
- Não havia mais de 40% de trabalhadores com a *escolaridade obrigatória* (9 anos) ou com um grau de escolaridade superior, uma proporção que era, de resto, sensivelmente igual à da população abrangida pelo balanço social (1996);
- Os trabalhadores no escalão etário *igual ou superior a 40 anos* representavam cerca de 45%;
- Finalmente, a taxa de *sindicalização* (média =36.8; d.p. =32.0; mediana =31.0) aproximava-se dos valores estimados para a população trabalhadora portuguesa (cerca de 30%); no entanto, o valor mais frequente (moda) era zero.

Da resposta à questão sobre o tipo de investimentos nos componentes materiais do trabalho efectuados nos últimos cinco anos (1993-1997), ressaltava o seguinte paradoxo:

- Praticamente todas as empresas fizeram *um ou mais investimentos* a nível dos componentes materiais de trabalho, com o objectivo nomeadamente de *expansão* (por ex., aumento da capacidade produtiva, introdução de novos produtos) e/ou de *racionalização* (por ex., mecanização ou automatização dos processos de fabrico existentes, informatização, controlo de qualidade);
- Mais de metade das empresas (54%) terá investido, inclusive, na *melhoria das condições de trabalho*, em geral; mas apenas em 47 (21%) terão tirado partido do efeito de sinergia desses investimentos na melhoria da saúde, bem-estar e segurança dos seus colaboradores, o mesmo é dizer que, no nosso País, se continua a dissociar, na prática, a *melhoria das condições de SH&ST* dos outros objectivos de gestão (por ex., melhoria da qualidade, da produtividade e da competitividade).

A maioria dos respondentes considerava que a sua empresa tinha um *nível de modernização tecnológica* alto (4), numa escala de 1 (Muito baixo) a 5 (Muito alto). Tratando-se obviamente de um pergunta de auto-percepção, era muito provável que a resposta tivesse sido enviesada pelo efeito de halo mas também pela própria composição do universo ou população de referência. A média foi de 3.8 e a mediana 4.0. As respostas obtidas (n=219) mostravam que a distribuição dos valores era negativamente assimétrica (-.75).

- O nível de modernização tecnológica tendia a ser mais alto (≥ 3.9) na maior parte das *indústrias transformadoras* (sectores 2, 3 e 4) e mais baixo (< 3.6) na *construção e obras públicas* (sector 5) bem como nos *serviços prestados à colectividade, sociais e pessoais* (sector 9);
- Algo surpreendentemente (ou talvez não), o conjunto das empresas da *metalomecânica, material eléctrico e de precisão, e equipamento de transporte* (onde se inclui a indústria automóvel) tinha um *score* (3.6) abaixo da média geral (3.8).

Mais de 70% da amostra declarou ter um *sistema de gestão da qualidade*. Todavia, o número de empresas e estabelecimentos *certificados* ainda era baixo (menos de 30%):

É de referir que em meados de Agosto de 1997 havia apenas 477 empresas e estabelecimentos *com certificação do sistema da qualidade*, segundo a informação disponibilizada pela *home page* do IPQ- Instituto Português da Qualidade (vd. <http://www.ipq.pt/>). Um ano depois o número de certificações em vigor ultrapassava as 700, correspondendo a um aumento de quase 50%.

A certificação da qualidade estava então claramente associada ao *sector económico*, sendo muito mais provável nas empresas do sector produtivo do que nos serviços ($p = .0000$, $\phi = .33$). Estava igualmente relacionada com o sector *exportador* ($p = .0000$, $\phi = .36$). Mesmo assim, não deixava de ser preocupante que mais de metade das empresas da amostra, pertencentes ao sector exportador, não estivessem ainda certificadas. A certificação também era mais provável nas GE's do que nas PME's, embora a associação da certificação com o *volume de negócio* e o *volume de emprego*, fosse fraca ($p < .01$, $\phi \leq .21$).

Por *sector de actividade*, verificava-se que a maior proporção de empresas certificadas que respondeu ao questionário (n=66), encontrava-se nos sectores 2 (42%) e sobretudo no sector 3 (77%). Neste último caso, devido ao peso de dois subsectores específicos (indústria automóvel e de componentes automóveis, e material eléctrico e de precisão) onde a certificação da qualidade é hoje praticamente obrigatória, devido às exigências da subcontratação e da globalização da economia.

Também se constatou que a certificação da qualidade não estava relacionada com os *investimentos* feitos nos últimos cinco anos, a *nível dos componentes materiais de trabalho*, visando objectivos de expansão, racionalização, substituição, e/ou melhoria das condições de trabalho, em geral, e das condições de SH&ST, em particular. Tal como também não havia diferenças estatisticamente significativas entre empresas certificadas e não certificadas por grau de *modernização tecnológica*.

Do ponto de vista das oportunidades e desafios da modernização, Graça (1999) concluiu que estes resultados eram decepcionantes, na medida em que sugeriam que: (i) o processo de certificação da qualidade das empresas portuguesas não implicava necessariamente (ou não tinha implicado até então) *mudanças substanciais a nível dos componentes materiais e imateriais do trabalho*; (ii) a qualidade estava longe de ser um *must*; (iii) a certificação da qualidade ainda não era vista como uma *vantagem competitiva*; e, finalmente, (iv) a *saúde no trabalho* ainda não integrava o conceito de qualidade.

6.1.3 • Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SH&ST)

As empresas que responderam ao questionário (n=221) eram, na sua grande maioria (95%), as que já tinham *serviços de SH&ST*, independentemente da modalidade adoptada. Predominavam, além disso, as empresas com *serviços internos de SH&ST* (52%), enquanto menos de um terço (29%) recorria a *serviços externos* (Quadro 6.3).

Quadro 6.3— Modalidade adoptada em matéria de organização e funcionamento dos serviços e actividades de SH&ST

Modalidade de Serviço de SH&ST	Nº	%
• Serviço interno	114	51.6
• Serviço externo	65	29.4
• Serviço interempresas	14	6.3
• Serviço misto (a)	16	7.3
• N/ tem nenhum	12	5.4
Total	221	100.0

(a) Serviço interno (Higiene e Segurança no Trabalho) + Serviço externo (Saúde/Medicina do Trabalho)

Fonte: Graça (1999)

Os resultados preliminares deste estudo confirmam que o *serviço interempresas* é (e continuará a ser) uma modalidade de organização e funcionamento das actividades e serviços de SH&ST pouco frequente entre nós (6.3%), como se resto se reconhece no *livro verde* do IDICT (1997). Em contrapartida, há uma quarta modalidade que tenderá provavelmente a expandir-se, os chamados *serviços mistos* (7.3%), combinando o *serviço externo de saúde/medicina do trabalho* e o *serviço interno de higiene e segurança no trabalho*. Esta modalidade está prevista no n.º 3 do art. 4.º do D.L. n.º 26/94, de 1 de Fevereiro (alterado por ratificação pela Lei n.º 7/95, de 29 de Março).

A *região* (NUT II) não estava associada à modalidade adoptada de serviço de SH&ST ($p > 0.05$). O mesmo se passava com a *antiguidade* da empresa e a *nacionalidade* do capital. Os resultados preliminares deste estudo apontavam ainda para uma associação fraca entre a *dimensão* da empresa e a *modalidade de serviço* de SH&ST: Segundo Graça (1999), "se nos limitarmos ao critério do *volume de emprego*, imposto por lei, ele não parece ter sido o factor determinante para adoptar esta ou aquela modalidade de organização e funcionamento das actividades e serviços de SH&ST".

No que dizia respeito à dotação de recursos humanos no domínio da SH&ST, os resultados sugeriam que as empresas com *serviços internos* estavam em melhor posição do que as restantes.

- Por especialidades ou profissões, predominavam os *médicos do trabalho* (em 96% das empresas que declararam ter serviços de SH&ST) e os *médicos de clínica geral* (60%), seguidos dos *enfermeiros* (42%), dos *técnicos de higiene e segurança* ou equiparados (40%), e de *outros especialistas médicos*, para além do médico do trabalho e do médico de clínica geral (19%);
- Menos frequente era o recurso a *consultores externos* (15% dos casos) e a *outros profissionais de saúde* ou equiparados (por ex., psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, ergonomista) (11%). Estas proporções terão de ser interpretadas com as devidas cautelas, devido ao número (nalguns casos, elevado) de não respostas a alguns itens do questionário.

A figura do *médico do trabalho* continuava, pois, a ser preponderante nos serviços de SH&ST, independentemente da modalidade de organização e funcionamento adoptada pelas empresas. Tal significava que os serviços de SH&ST ainda continuavam a ser, em grande parte, medicocêntricos.

Dos restantes profissionais de saúde, era de destacar o pessoal de clínica geral e de enfermagem: a existência de *médico de clínica geral* era mais provável nas empresas do sector produtivo enquanto, por sua vez, a existência de *pessoal de enfermagem* (com funções essencialmente curativas) estava associada moderadamente às empresas de maior dimensão (500 ou mais trabalhadores), às indústrias transformadoras, aos serviços internos de SH&ST e à clínica geral.

6.1.4 • Percepção dos factores de risco e problemas de saúde

O *consumo de álcool*, enquanto factor de risco associado aos estilos de vida dos trabalhadores, era de longe o principal problema de saúde que preocupava as empresas (54%). Em segundo lugar, vinha a *alimentação desequilibrada* (37%), seguida de muito perto pela *dificuldade em lidar com o stress* (35%). Havia ainda outros problemas que preocupavam os empregadores ou seus representantes, mas que tradicionalmente não são associados, no nosso país, à SH&ST: é o caso do *consumo do tabaco* (32%), da *falta de hábitos de exercício físico* (30%) e do *consumo de droga* (27%). A *condução perigosa* foi apenas referida por 11% dos respondentes.

Algo surpreendentemente, um número significativo de empresas (n=31) declarou não ter *nenhum problema em especial* — associado aos estilos de vida dos seus trabalhadores — que constituísse motivo de preocupação. Uma resposta deste tipo pode ter várias interpretações: por ex., os empregadores e/ou seus representantes acharem que não podem (nem devem) intrometer-se na *esfera da vida privada* dos seus trabalhadores (o que é eticamente correcto, mas muito pouco verosímil, dadas implicações de certos comportamentos no desempenho profissional).

6.1.5 • Formas e nível de participação dos trabalhadores no domínio da SH&ST

Sobre as formas e o nível de participação dos trabalhadores e/ou seus representantes no domínio específico da saúde no trabalho, Graça (1999) concluiu o seguinte (*Quadro 6.4*):

- Cerca de 80% dos respondentes tinha *alguma forma de participação* instituída no local de trabalho;

- Havia um *leque variado de formas de participação* dos trabalhadores em matéria de SH&ST, cada empresa procurando encontrar a sua solução organizativa para este problema, de acordo com a sua estratégia, tradição, história, cultura organizacional, estilo de gestão, composição sociodemográfica, grau de sindicalização, necessidades e expectativas do seu pessoal, etc.
- Tendia-se, contudo, a privilegiar, de um modo geral, as formas de participação *directa ou não representacional*, de iniciativa hierárquica (*Reuniões com as Chefias, Reuniões com a Direcção, Boletim/Jornal de Empresa, Programas de Ideias/Sugestões, Grupos de Discussão/Projecto*), em detrimento das formas mais clássicas e institucionalizadas de participação *indirecta ou representacional*, em princípio preferidas pelos sindicatos portugueses (*Comissão de Trabalhadores, Comissão de SH&ST, Delegado Sindical, Representantes Eleitos dos Trabalhadores no âmbito do D.L. n.º 441/91, de 14 de Novembro*);
- A clássica *Comissão paritária de SH&ST* era mais provável no sector produtivo do que nos serviços, e sobretudo nas empresas de grande dimensão; tratava-se, em todo o caso, de uma figura que só existia em menos de um terço das empresas da amostra;
- A *Comissão de Trabalhadores*, por sua vez, estava relacionada com o nível de sindicalização, a dimensão da empresa e o sector de actividade; contudo, só uma em cada cinco empresas é que referiu a existência de uma estrutura deste tipo.

Quadro 6. 4— *Repartição dos respondentes por tipologia de formas de participação dos trabalhadores em matéria de SH&ST (n=219)*

Tipologia das formas de participação	Nº	%
• Formas indirectas ou representacionais (I)	45	20.5
• Formas directas ou não representacionais (II)	63	28.8
• Formas indirectas e directas (III)	67	30.6
• Nenhuma forma especial (IV)	44	20.1
Total	219	100.0

Fonte: Graça (1999)

As empresas que responderam não usar *nenhuma forma especial de participação* dos trabalhadores no domínio da SH&ST (n=44), eram sobretudo do sector de *serviços, não certificadas, e sem serviços internos* de SH&ST (*Grupo IV*). A taxa de sindicalização do pessoal tendia a ser inferior à média, enquanto o nível de escolaridade era maior. Quanto às empresas em que predominavam as formas de participação *indirecta ou representacional* (n=45), tendiam a ser constituídas sobretudo por homens, a maioria dos quais sindicalizados, mas com escolaridade mais baixa e idade mais alta (*Grupo I*).

Pelo contrário, nas empresas que privilegiavam as formas de participação *directa ou não representacional* (*Grupo II*), as características sociodemográficas tendiam a ser opostas às do *Grupo I*: menor proporção de sindicalizados, maior proporção de mulheres, maior proporção de trabalhadores com idade inferior a 40 anos, com mais habilitações, etc.

Finalmente, havia um conjunto de empresas que procuravam conciliar as formas de participação *directas e indirectas* (n=67). Em comparação com as do *Grupo I*, eram empresas do sector produtivo onde os homens continuavam a ser maioritários mas onde havia também mais mulheres e pessoal mais qualificado (ou, pelo menos, com maior escolaridade).

De um modo geral, e no plano dos princípios, a maioria dos respondentes tendia a reconhecer, aos trabalhadores e/ou seus representantes, os direitos mais elementares no domínio da SH&ST, de acordo com a legislação em vigor (basicamente, *o direito à informação e à consulta*) (vd. Graça, 1993). Em contrapartida, apenas uma pequena minoria aceitava o direito à *participação no processo de negociação e decisão*.

Numa escala de 1 (Mínimo) a 7 (Máximo), eram as empresas do *Grupo III* que atribuíam maior importância média (5.1) à participação dos trabalhadores e/ou seus representantes no domínio da SH&ST, enquanto as do *Grupo IV* eram justamente as que davam menos importância a essa participação (3.7). O valor média na amostra era de 4.7.

6.1.6 • Políticas, programas e actividades de saúde: Tipo, frequência, número médio e índice de saúde

Graça (1999) distinguiu *cinco grupos principais* de políticas, programas e actividades de saúde, identificados pelas cinco primeiras letras do alfabeto:

- Higiene e segurança no trabalho / Melhoria do ambiente físico de trabalho (A);
- Avaliação de saúde / Vigilância médica / Prestação de cuidados de saúde (B);
- Prevenção de comportamentos de risco/ Promoção de estilos de vida saudáveis (C);
- Intervenções a nível organizacional / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho (D);
- Actividades e programas sociais e de bem-estar (E).

O número total médio de políticas, programas e actividades de saúde que foram assinaladas pelos respondentes — como tendo sido (ou estando a ser) realizadas pela nos últimos cinco anos, independentemente da existência ou não de serviços de SH&ST—, era de 19.8, num máximo de 61:

As empresas mais activas no domínio da saúde eram as das indústrias transformadoras, com destaque para o sector 2 (*Energia, Metalurgia de base, Produtos minerais não-metálicos e Química*) (n=31), com um total médio de 26.2. Em contrapartida, as menos activas pertenciam ao sector 8 (*Banca, seguros, imobiliárias e serviços prestados às empresas*) (n=27) com um total médio de 12.7.

O número médio de actividades também diferia em função do *perfil das equipas de saúde*: As empresas que apresentavam um *perfil de tipo IV* (existência de equipa pluridisciplinar e pluriprofissional, com quatro ou mais valências), registavam, em média, um maior número de actividades do que as demais (com *perfis de tipo I, II ou III*). As diferenças entre os dois grupos eram estatisticamente muito significativas (p bicaudal=.000) (*Quadro 6.5*).

Quadro 6.5 — N° médio de actividades e perfil das equipas de saúde

Perfil das equipas de saúde Tipo e n° médio de actividades de saúde	Perfil IV (≥ 4 valências)	Perfil III, II ou I (≤ 3 valências)	p bicaudal
A	10.0 (n=62)	6.4 (n=138)	p=.000
B	7.2 (n=62)	3.4 (n=137)	p=.000
C	5.0 (n=57)	2.4 (n=118)	p=.000
D	4.4 (n=58)	2.8 (n=116)	p=.000
E	4.4 (n=61)	2.9 (n=131)	p=.000
Total	30.2 (n=62)	17.0 (n=137)	p=.000

Fonte: Graça (1999)

O número médio de actividades de tipo C (*Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis*) era o mais baixo de todos: 3.1, representando apenas 28% do total potencial (11). Em contrapartida, o número total médio de actividades de tipo A (*Higiene e segurança no trabalho / Melhoria do ambiente físico de trabalho*) era o mais elevado: 7.1, num máximo de 16 (o que correspondia a 44%).

Apenas dois programas ou actividades de saúde foram reportados por mais de 75% dos respondentes, um do tipo B e outro do tipo A: *Exames de vigilância médica periódica de todo o pessoal* (B) (83%); e *EPI* (equipamento de protecção individual) (A) (77%).

Nos programas com uma prevalência entre os 75% e os 50% destacavam-se sobretudo os de tipo A (n=7) e E (n=3), com maior tradição nos nossos locais de trabalho:

- Instalações para o pessoal (por ex., refeitório, duche) (E) (75%);
- Exames iniciais e ocasionais (B) (65%);
- Apoio a actividades recreativas e culturais/Festas e convívios (E) (62%);
- Prevenção/redução dos acidentes de trabalho (A) (60%);
- Prevenção/redução do ruído (A) (60%);
- Consultas regulares de clínica geral (B) (57%);
- Sistema de sinalização de SH&ST (A) (56%);
- Melhoria da ventilação (A) (56%);
- Protecção social complementar (por ex., seguros de saúde, planos de reforma) (E) (54%);
- Melhoria da iluminação (A) (53%);
- Melhoria do conforto térmico/climatização (A) (52%);
- Protecção colectiva de máquinas/equipamentos (A) (51%);

De entre os programas cuja prevalência estava abaixo dos 50% e acima dos 25%, registavam-se alguns, de tipo C (n=4), que são tradicionalmente associados à PST nos EUA, como já vimos atrás (por ex., consumo de álcool, droga e tabaco):

- Vacinação voluntária (por ex., contra o tétano, hepatite, gripe) (B) (49%);
- Formação/treino em comportamento organizacional e/ou gestão de recursos humanos (D) (49%);
- Consumo de álcool /droga (C) (48%);
- Avaliação periódica das condições físicas de trabalho (A) (44%);
- Exames de vigilância médica periódica de grupos de risco (B) (44%);
- Auditorias ambientais periódicas (A) (42%);
- Controlo de substâncias tóxicas, irritantes ou perigosas (A) (42%);
- Informação /educação para a saúde/ensino e formação em grupo (C) (42%);
- Boletim/jornal da empresa e outras formas de comunicação interna (E) (41%);
- Apoio de pessoal de enfermagem (cuidados curativos e/ou preventivos) (B) (39%);
- Controlo da tensão arterial (C) (39%);
- Melhoria dos espaços de trabalho individuais (A) (39%);
- Formação/treino em SH&ST (A) (39%);
- Reestruturação da organização do trabalho (D) (36%);
- Flexibilização do tempo de trabalho (D) (34%);
- Transportes fornecidos pela empresa (trajeto casa/trabalho/casa) (E) (31%);
- Consumo de tabaco (C) (29%);
- Exames de vigilância médica periódica dos quadros médios e superiores (B) (26%).

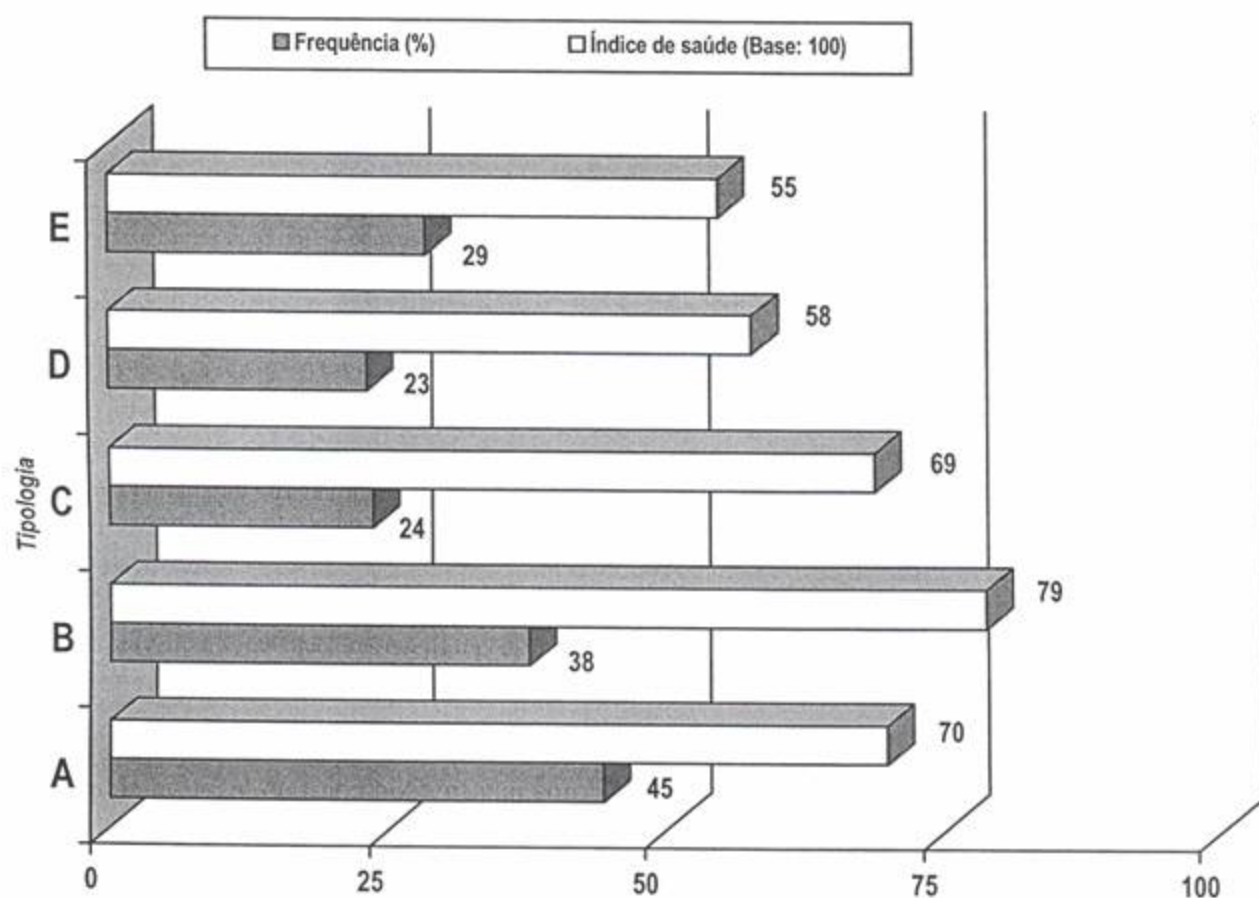
De entre os programas menos frequentes (reportados por 25% ou menos dos respondentes), Graça (1999) chamava a atenção para os de tipo C (n=4), D (n=6) e E (n=5); alguns deles eram considerados, inclusive, como raros ou muito raros nas nossas locais de trabalho (por ex., aconselhamento psicológico/assistência sociofamiliar, formação/treino em gestão do *stress*, prevenção dos acidentes de trajeto, grupos de auto-ajuda):

- Política de absentismo orientada para a prevenção das suas causas (D) (25%)
- *Design*/decoração de interiores (A) (24%)
- Reintegração/reabilitação no local de trabalho (D) (24%)
- Avaliação periódica do clima organizacional (D) (22%)
- Programas de actividade física/*Fitness* (C) (22%)
- Sistemas participativos como o *TQM* (D) (21%)
- Política de nutrição saudável (C) (21%)
- Infra-estruturas para a prática de actividade física regular (E) (20%)
- Controlo do peso (C) (20%)
- Tratamento/reabilitação doenças relacionadas com o trabalho (B) (19%)
- Automatização de operações perigosas (A) (18%)
- Consultas regulares de outras especialidades médicas, para além da clínica geral (B) (18%)
- *Job design*/Ergonomia do posto de trabalho (D) (15%)
- Reestruturação do trabalho por turnos/trabalho nocturno (D) (14%)
- Apoio de outros profissionais de saúde, para além do médico de trabalho, clínico geral, etc. (B) (11%)
- Reestruturação participativa da empresa (D) (10%)
- Aconselhamento psicológico/assistência sociofamiliar (E) (10%)
- Outras formas de acção social complementar, para além dos seguros de saúde (E) (9%)
- Formação/treino em gestão do *stress* (E) (8%)
- Prevenção dos acidentes de trajeto (C) (7%)
- Programas de assistência não-clínica/grupos de auto-ajuda (E) (1%)

Em resumo, predominavam as actividades do âmbito mais tradicional da SH&ST (A e B), em detrimento das de tipo C (*Prevenção de comportamentos de risco / Promoção de estilos de vida saudáveis*) e D (*Intervenções organizacionais / Melhoria do ambiente psicossocial de trabalho*), mais ligadas ao conceito de PST. Em todo o caso, não se podia dizer sequer que o esforço de *melhoria do ambiente físico de trabalho* estivesse generalizado nas empresas e demais organizações da amostra portuguesa:

Apenas um pouco mais de metade dos respondentes referiu a melhoria de parâmetros como o ruído (60%), a ventilação (56%), a iluminação (53%) ou o conforto térmico/climatização (52%); em contrapartida, actividades como a *avaliação periódica das condições físicas de trabalho*, as *auditorias ambientais periódicas* ou o *controlo de substâncias tóxicas, irritantes ou perigosas* foram assinaladas por menos de 45% dos respondentes (Graça, 1999).

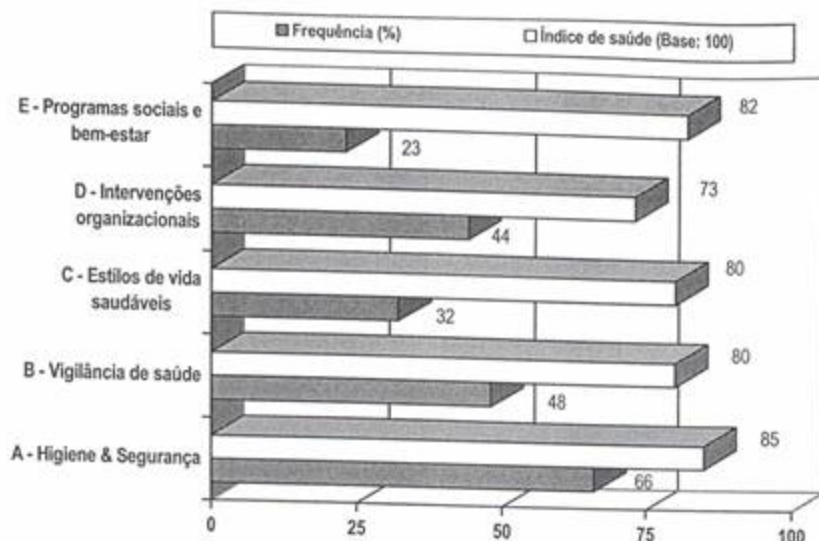
Figura 6.1 — *Frequência e índice de saúde das políticas, programas e actividades de saúde, por tipologia (n=221)*



Observações: Índice de saúde construído a partir da seguinte escala, de 1 a 5:
De modo nenhum visam a saúde (1=0); *Só em pequena parte* (2=25); *Em parte* (3=50);
Em grande parte (4=75); *Visam exclusivamente* a saúde (5=100).

Fonte: Graça (1999)

Figura 6.2 — *Frequência e índice de saúde das políticas, programas e actividades de saúde, por tipologia (CEE, 1991) (n=1451)*



Fonte: Graça (1999), adapt. de Wynne (1992)

Havia diferenças, nalguns casos muito significativas, entre as empresas do sector produtivo e do sector de serviços, no que respeitava à prevalência das políticas, programas e actividades de saúde (nomeadamente as de tipo A e B) (vd. em anexo, *Quadros 6.6 a 6.10*), um resultado de resto já esperado, dada a maior implantação e tradição da SH&ST no sector secundário. Particularmente decepcionante, contudo, era não só a *frequência* como o *índice de saúde* das actividades de tipo D (*Figura 6.1*), nomeadamente quando comparadas com os resultados do inquérito da Fundação Europeia, em 1991 (*Figura 6.2*) — embora, em rigor, as duas amostras não fossem comparáveis, dado o maior peso do sector produtivo no conjunto dos respondentes dos 7 países da então CEE (Wynne, 1992).

A leitura feita por Graça (1999) era a de que a generalidade das empresas portuguesas, ao longo da década de 90, teria estado a desperdiçar a oportunidade única das reestruturações tecnológicas e organizacionais para repensarem e reformularem a *sua corporate health policy* (Graça, 1999).

6.1.7 • Participação no planeamento e implementação

De acordo com a percepção dos trabalhadores portugueses (n=1000) — inquiridos no âmbito do *Second European Survey on Working Conditions*, realizado pela Fundação Europeia (Paoli, 1997)—, Portugal estaria na cauda dos Estados-membros da UE no que respeitava ao grau de participação dos trabalhadores nas mudanças organizacionais:

Enquanto cerca de 45% dos trabalhadores da UE (por conta de outrem e por conta própria) são consultados sobre as mudanças operadas ou a operar na organização do trabalho e/ou nas condições de trabalho, em Portugal, essa proporção baixa para os 25% (contra os 65% Holanda e os 61% na Finlândia por ex.). Países com um nível de desenvolvimento económico e social não muito diferentes do nosso, ou que nos são mais próximos geográfica, histórica e culturalmente, registavam percentagens mais elevadas de participação, de acordo com a percepção da respectiva população trabalhadora: por ex., Espanha (28%), Grécia (32%), França (41%), Irlanda (46%), Itália (46%).

Esta tendência é confirmada pelos resultados (preliminares) do estudo que temos vindo a citar (Graça, 1999). Por ex., no que diz respeito ao envolvimento dos trabalhadores e/ou seus representantes no desenvolvimento das diversas políticas, programas e actividades de saúde, pode dizer-se que eles, quando muito, são apenas *informados* (em 53% dos casos). Os processos de *consulta* são referidos em 39% e 29% dos casos, na fase de planeamento e na fase de implementação, respectivamente.

Raras são, entretanto, as empresas portuguesas que envolvem o pessoal no processo de *negociação e decisão* (apenas 15, na fase de planeamento, e 26 na fase de implementação). E muito mais raras ainda são as que *delegam* (aos trabalhadores e/ou aos seus representantes) a responsabilidade pelo planeamento das iniciativas de saúde, (apenas um caso) e pela sua implementação (apenas 12 casos).

Se aceitarmos que o envolvimento dos trabalhadores (e/ou seus representantes) pode ser medido numa escala de 0 a 1, o índice .25 corresponderia à situação mínima (*São apenas informados*) enquanto o índice 1 corresponderia à situação máxima (*São os principais responsáveis*, por delegação da administração/direcção). O índice médio encontrado na amostra foi de .39 ($d.p. = .16$) e .43 ($d.p. = .22$) para as fases de planeamento e implementação, respectivamente.

O envolvimento nas fases de planeamento e implementação (*índice P e índice I*, respectivamente) não parecia estar associado a características sociodemográficas dos trabalhadores (tais como a proporção de *colarinhos azuis*, de mulheres ou de indivíduos com 40 ou mais anos); também não estaria associado à escolaridade e à taxa de sindicalização. Em contrapartida:

- Nas *multinacionais* o índice P (mas não o índice I) era maior (.43) do que nas empresas nacionais (.37) ($p < .05$);
- Nas empresas onde existiam *Grupos de Discussão e Melhoria*, o índice P era igualmente maior (.49) do que nos outros casos onde não existia esse tipo de grupos (.37) ($p = .000$); a diferença era ainda mais acentuada em relação ao índice I (.54 contra .41) ($p = .002$);
- Nas empresas onde existia *Comissão de SH&ST*, o índice I era maior (.49) do que naquelas onde não se usava esta forma de participação representacional (.39) ($p = .003$);
- Também nas empresas onde se faziam *Reuniões com as Chefias Directas*, o índice I era muito significativamente maior (.49) do que nas outras (.37) ($p = .000$);
- As *Reuniões com a Direcção* também tendiam a favorecer um maior envolvimento dos trabalhadores (Índice P=.49; índice I=.43); as diferenças em relação às empresas onde não se faziam este tipo de reuniões eram significativas ($p < .05$);
- A existência de *Equipas de Trabalho*, como forma de participação no domínio da SH&ST, também implicava maior envolvimento na fase de implementação (O índice I era de .53 contra .41 nos restantes casos, sendo $p = .004$);
- O índice I era igualmente maior (.53) nas empresas onde se usavam com alguma frequência os *Questionários de Opinião*, quando comparado com o das que não usavam (.41, $p < .05$);
- Finalmente, este índice também era maior (.49, $p < .05$) nas empresas com *Boletim/Jornal de Empresa*.

Em resumo, o *índice de envolvimento* dos trabalhadores (e/ou seus representantes) no planeamento e implementação das políticas de saúde era globalmente baixo (<.50) mas tendia a ser maior nas empresas onde predominavam os processos consultivos e as formas de participação directa ou não representacional (por ex., reuniões com as chefias directas, reuniões com a direcção, grupos de discussão e melhoria, equipas de trabalho, boletim/jornal de empresa, questionários de opinião).

6.1.8 • Factores condicionantes da política de saúde no trabalho

Uma questão relevante era a de saber: (i) o que levava, por um lado, as empresas portuguesas a investir no domínio da saúde, bem-estar e segurança do seu pessoal; e, por outro, (ii) quais eram, na sua percepção, os factores que podiam facilitar ou que, pelo contrário, podiam dificultar o desenvolvimento das suas políticas de saúde.

Os três principais motivos ou razões (em inglês, *prompting factors*) seriam, por ordem de frequência, a *produtividade, qualidade e/ou competitividade* (59%), a *filosofia de gestão ou cultura organizacional* (45%) e o *absentismo em geral* (44%). Por seu turno, o *aumento dos custos de pessoal* (8%), a *rotação (ou saída) de pessoal* (6%) e a *reestruturação ou reconversão da empresa* (3%) apareciam, nas três últimas posições.

Estes resultados sugerem que, em Portugal, os empregadores e seus representantes não parecem ainda sentir a pressão dos custos (directos e indirectos) ligados à protecção social dos trabalhadores (incluindo a incapacidade temporária e de longa duração), contrariamente ao que se passa nos EUA e, mais recentemente, em Estados-membros da UE como a Holanda ou a Alemanha (vd. Gründemann, 1997; Mossink, 1997; Breucker, 1998);

Apenas um terço dos respondentes invocou, entretanto, o *cumprimento da legislação sobre SH&ST* enquanto uma em cada quatro empresas assinalava a *melhoria explícita da saúde dos trabalhadores* como uma das três principais razões para levar a cabo acções neste domínio.

Quanto aos três principais *obstáculos* que se põem, em geral, ao desenvolvimento das iniciativas de saúde, seriam os seguintes, na percepção dos respondentes: *falta de empenho dos trabalhadores* (41%), *falta de tempo* (38%) e *problemas internos de articulação/comunicação* (35%);

Por seu turno, a *cultura organizacional propícia* (51%), o *sentido de responsabilidade social* (46%) e o *empenho da administração/direcção* (41%) surgiam, destacadamente, como os três principais *factores facilitadores* do desenvolvimento da política de saúde no trabalho.

Se compararmos estes resultados, com os do inquérito levado a cabo, em 1991, pela Fundação Europeia em sete dos Estados-membros da então CEE há diferenças e semelhanças no que respeita aos factores que condicionam o desenvolvimento das políticas de saúde nos nossos locais de trabalho (Wynne, 1992):

- Devido à globalização da economia, os problemas da *produtividade/qualidade/competitividade* são hoje mais prementes do que no início da década de 1990; daí que não surtissem à cabeça dos *principais motivos ou razões* que levavam as empresas europeias a tomar iniciativas no domínio da saúde; pelo contrário, a amostra dos 7 da CEE apontava como principal *prompting factor* o *cumprimento da legislação* (nacional e comunitária) sobre SH&ST;
- Para as empresas europeias, em 1991, o principal obstáculo para investir na saúde dos trabalhadores era então sobretudo de natureza *financeira e logística*; só em terceiro lugar é que era referida a *falta de empenho do pessoal*; curiosamente em Portugal, e em 1997, o principal problema que as empresas enfrentariam, para pôr em prática as suas políticas de saúde, teria justamente a ver com aqueles que, em princípio, são pressupostamente os principais beneficiários das iniciativas de saúde; ou seja, na percepção dos respondentes, os *trabalhadores não se mostrariam tão interessados e colaboradores* quanto seria de esperar; além disso, as nossas empresas queixavam-se da *falta de tempo*;

- Finalmente, tanto em 1991 como hoje, em Portugal ou em qualquer outro lugar, parece que a política de saúde no trabalho casa-se bem com uma *cultura organizacional* que enfatiza a importância das pessoas e do seu desenvolvimento e que valoriza o seu contributo e participação no sucesso da empresa; outro factor facilitador é a *existência de pessoas-chaves*, a todos os níveis (desde o Director-Geral ao médico do trabalho, do representante dos trabalhadores ao director de pessoal) que vêm e agarram as oportunidades de inovação e de desenvolvimento de uma nova área de *valor acrescentado* para a empresa como a da PST.

6.1.9 • Custos e benefícios da política de saúde

Resumindo o essencial dos resultados (preliminares) das respostas ao questionário no que respeita aos custos e benefícios das políticas de saúde, poder-se-á dizer o seguinte:

- Algo surpreendentemente, a *melhoria da saúde do pessoal* surgia, em lugar de destaque (49%), como o principal benefício, referido pelos representantes das empresas; a *melhoria do ambiente de trabalho* (44%) e da *melhoria da produtividade* (34%) apareciam em 2º e 3º lugar na lista dos principais benefícios;
- À partida, as empresas esperariam mais do seu investimento no domínio da SH&ST: de facto, a *redução do absentismo* (com e/ou sem incapacidade) e a *melhoria da produtividade, da qualidade e/ou da competitividade* seriam os dois principais motivos ou razões das iniciativas de saúde, referidos por 64% e 59% dos respondentes, respectivamente; tanto uma (redução do absentismo) como outra (melhoria da produtividade) só são em parte conseguidas, havendo uma discrepância entre as expectativas e os resultados de -33% e -19%, respectivamente,
- Por fim, e também algo surpreendentemente (ou nem tanto), constata-se que as empresas portuguesas não fazem, em rigor, *análises de custo/benefício*. Muitas delas não sabem sequer qual é o *montante dos seus encargos com a SH&ST*; não sabem ou não querem responder, o que não deixa de ser, no mínimo, curioso (para não dizermos intrigante).

Cerca de 18% (n=39) do total das empresas da amostra terão gasto, em 1996, menos de 1% da massa salarial, no que diz respeito às suas políticas, programas e actividades de saúde no local de trabalho (incluindo a SH&ST). Entre 1% e 1.99% estavam menos de 12% dos casos (n=26). Com 2% ou mais da massa salarial situavam-se os restantes casos (n=33). Mas a grande maioria (cerca de 56%, ou seja, 123 casos) não soube ou não quis responder à pergunta específica sobre os encargos com a saúde do seu pessoal, o que, para o autor, era em si altamente revelador do grau de dificuldade (ou porventura de *incomodidade*) que esta questão encerrava.

As empresas que gastavam *menos de 20 contos por trabalhador*, não seriam mais do que 15% (n=34). Quase outras tantas, situavam-se no escalão *entre os 20 e os 40 contos* (n=30 ou cerca 14%). Com *50 ou mais contos per capita* encontravam-se os restantes casos (n=38, ou seja, 18%). Entretanto, o número de casos omissos (N/S ou N/R) (n=117) era superior a metade da amostra (53%).

Por insuficiência de dados não foi possível calcular os encargos específicos com a SH&ST (por ex., despesas correntes e de capital dos serviços de medicina do trabalho, custos dos programas de prevenção dos ricos profissionais). Mas tudo indicava que esses valores fossem ainda mais baixos. Recorde-se que, em 1993, quase metade das empresas abrangidas pelo balanço social (n=2035) despendeu *menos de 20 contos* por trabalhador com a organização e o funcionamento das actividades e serviços de SH&ST (Graça, 1995).

6.1.10 • Prioridade atribuída à saúde como objectivo de gestão

Em relação à questão que era posta às empresas, sobre a prioridade atribuída à saúde como *objectivo de gestão* (a par de outros como a qualidade, a protecção ambiental, etc.):

- Os representantes das empresas da amostra tinham consciência de que teriam de fazer um esforço maior na melhoria da saúde dos seus colaboradores: a *prioridade média* que era atribuída à saúde como objectivo de gestão era apenas de 4.3 numa escala de 1 (Mínimo) a 7 (Máximo), enquanto a *prioridade que deveria ser atribuída no futuro* passava para 5.3;
- A percepção que os respondentes tinham da prioridade que era atribuída pelas outras empresas do mesmo ramo de actividade era ainda mais baixa: 3.1; no entanto, cerca de um terço dos inquiridos não soube ou não quis responder a esta questão (P.E3).
- As GE's, as multinacionais, as empresas com *certificação de qualidade*, as empresas do *sector produtivo* e as empresas com *serviços internos de SH&ST* tendiam a atribuir um maior grau prioridade à saúde como objectivo de gestão;
- Com excepção dos transportes e comunicações (CAE-7), eram as empresas do *sector terciário* – comércio (CAE-6) e serviços (CAE-8 e 9) — que davam uma prioridade mais baixa à saúde;
- Era também nestes sectores (CAE -6, 8 e 9) que era mais baixa a prioridade que deveria ser atribuída pelas empresas, no futuro, à saúde dos respectivos colaboradores.

Finalmente, tudo indicava que, no futuro próximo, as actividades de tipo A e B continuassem a ser mais frequentes, nos nossos locais de trabalho, do que as demais actividades (de tipo C, D e E): de facto, 57% e 48% dos respondentes estavam, em 1997, a planear ou implementar actividades de tipo A e B, respectivamente. Em todo o caso, novas actividades de tipo C, D e E serão mais prováveis nas empresas que já eram activas nestes domínios ou que atribuíam maior importância à saúde dos seus colaboradores.

Mais de um terço dos respondentes fez *comentários e críticas*, manifestando a sua opinião sobre o questionário ou sobre os problemas de SH&ST. E, facto deveras assinalável, apenas 10 empresas não se identificaram nem indicaram nenhum elemento de contacto. A atitude em relação a este projecto de investigação (e, consequentemente, à própria temática da PST) foi amplamente favorável, a avaliar pelos seguintes resultados (preliminares) (Graça, 1999):

- 95% dos respondentes (n=210) manifestaram *interesse em conhecer as principais conclusões* do estudo;
- 84% (n=185) mostraram-se receptivos, em princípio, a *futuros contactos* com o investigador;
- 72% (n=158) declaram autorizar, em princípio, uma *visita de estudo* à empresa (ou estabelecimento);
- E, por fim, 49% (n=109) assinalaram que gostariam de fazer parte da *rede europeia de promoção da saúde no trabalho*.

Embora preliminares, estes sugerem que na década de 90 terá aumentado o número e a natureza das iniciativas nos nossos locais de trabalho, visando em maior ou menor grau a saúde dos trabalhadores, embora essa constatação seja apenas válida para o universo das nossas duas mil maiores empresas que empregam, em todo o caso, cerca de um quarto da população trabalhadora.

É certo que os programas e actividades mais frequentes ainda são os de tipo A (Higiene e Segurança no Trabalho / Melhoria do Ambiente Físico de Trabalho) e B (Avaliação de Saúde / Vigilância Médica / Prestação de Cuidados de Saúde), e que as empresas mais activas são justamente as que têm serviços internos de SH&ST e, portanto, com maior dimensão e melhores recursos.

Mas também se pode concluir que, neste universo de que fazem parte não só as maiores como as melhores empresas do país, há grandes potencialidades em termos de um rápido desenvolvimento da PST, acompanhando o processo de modernização das estruturas e processos organizacionais. Essas potencialidades têm a ver com a percepção, por parte dos gestores, da emergência de novos problemas e necessidades de saúde dos trabalhadores a par da necessidade de melhorar a qualidade, a produtividade e a competitividade, com a identificação dos pontos fortes e fracos das suas empresas bem como das ameaças e oportunidades que hoje enfrentam numa economia global, com a crescente importância que atribuem à saúde como objectivo de gestão, à participação dos trabalhadores no domínio da SH&ST e à valorização do capital humano, etc.

Há, por outro lado, um crescente tom de crítica em relação ao excesso de legislação e regulamentação em matéria de SH&ST e, ao mesmo tempo, em relação às modalidades de organização e funcionamento das actividades e serviços de SH&ST, à falta de apoio técnico, científico e financeiro por parte da tutela da saúde e do trabalho (Direcção-Geral de Saúde, IDICT), etc. O actual modelo não serve nem os empregadores nem os trabalhadores, não serve seguramente o país, nem interessa decididamente ao prestígio e ao futuro da medicina do trabalho. Eis, em síntese, algumas observações críticas que foram veiculadas pelos representantes das empresas portuguesas, no âmbito do questionário sobre política de saúde no trabalho (Graça, 1999).

6.2 • PST: Um quadro de referência para a redefinição das políticas de saúde no local de trabalho

De acordo com as principais recomendações que resultaram do projecto *Innovative workplace action for health* (Wynne, 1992 e 1993) e tendo em conta a especificidade da situação portuguesa (Graça, 1991, 1992, 1995 e 1999), deveríamos dar a maior ênfase a a pontos como:

- A difusão e a partilha de informação no domínio da PST;
- O *marketing* da PST, orientado para os diferentes *stakeholders* (e, em especial, os empregadores, os gestores, os representantes dos trabalhadores, o SNS, os médicos do trabalho e os outros profissionais de SH&ST);
- A necessidade de um claro e inequívoco empenhamento político do Governo em relação à PST (nomeadamente, através do Ministério da Saúde e de outros sectores como Ministério do Trabalho e da Solidariedade);
- A educação, a formação e o treino em PST;
- A efectiva aplicação da legislação sobre SH&ST;
- A reorientação dos serviços de SH&ST;
- O desenvolvimento de modelos aplicáveis às PME's e à administração pública;
- A participação e consulta dos trabalhadores e seus representantes;
- A cooperação intersectorial (dentro e fora da empresa);
- Os incentivos económicos ou financeiros às empresas, etc.

A PST pode trazer um valor acrescentado ao *humanware* português e, portanto, às próprias empresas e ao país. Garantir maior competitividade, promover o emprego e sustentar o desenvolvimento sem exclusão social, no quadro da globalização da economia, da adopção da moeda única europeia, da coesão económica e social da UE e das implicações da sociedade para a informação constituem hoje, sem dúvida, os *três grandes desafios* que se põem à concertação estratégica no nosso país (Portugal, Presidência do Conselho de Ministros, 1996). É preciso, no entanto, que se construam consensos sobre a *dimensão da saúde* na valorização dos nossos recursos humanos e na modernização das nossas empresas (Graça, 1999).

Infelizmente é ainda predominante, a nível dos parceiros sociais e da concertação social, a perspectiva redutora da SH&ST e é grande a tentação de propor apenas soluções jurídico-normativas para os problemas da melhoria do ambiente de trabalho e da saúde dos trabalhadores. As potencialidades da PST estão, ainda em grande parte, por explorar num país como Portugal em que os únicos recursos importantes e verdadeiramente decisivos somos nós, os portugueses e as portuguesas (Monitor Company, 1994).

Por exemplo, pouca atenção tem sido dada aos problemas da *participação na SH&ST* (Graça, 1993, 1995a e 1999), tal como do absentismo, da incapacidade para o trabalho de longa duração ou da reabilitação e integração (Graça, 1995, 1996a e 1996b) e das potencialidades da PST neste domínio. O mesmo se poderia dizer dos problemas do desemprego, da precarização do emprego, da empregabilidade, do envelhecimento da força de trabalho, da flexibilidade e da polivalência, etc., e da relação de tudo isto com a saúde.

Quadro 6.6— *Factores que podem dificultar ou facilitar a promoção da saúde nos locais de trabalho*

Factores que dificultam a PST	Factores que facilitam a PST
Falta de conhecimento do conceito e metodologia da PST, seus benefícios económicos e sociais	Formação e treino em PST
Escassez de recursos (humanos, técnicos, logísticos, científicos, etc.)	Empenhamento da direcção e demais estruturas da empresa
Dificuldade em obter fontes de financiamento	Clima e cultura organizacionais propícios à inovação
Falta de empenhamento dos responsáveis da empresa	Envolvimento dos trabalhadores e/ou seus representantes nas várias fases do processo de promoção de saúde
Pouco ou nenhum empenhamento das associações patronais e sindicais	Adopção de uma abordagem integrada da saúde no trabalho
Inércia e, por vezes, hostilidade dos serviços médicos da empresa (tanto curativos como preventivos)	Existência de serviços de SH&ST, com uma boa articulação com a direcção da empresa e com as estruturas de representação do pessoal
Falta de instalações adequadas	Existência de uma equipa multidisciplinar de SH&ST
Dificuldades de enquadramento legal, tendo em conta as obrigações do empregador	Existência de uma política escrita ou explícita de SH&ST
Não avaliação dos programas e acções, inclusive em termos de custo/eficácia	Conhecimento de experiências bem sucedidas (boas práticas)
Falta de credibilidade dos promotores de saúde	Outros factores de sucesso

Fonte: Graça (1999)

É de esperar que a PST venha a tornar-se um tema de crescente actualidade, no virar do século, nomeadamente nas empresas que têm uma *abordagem proactiva* dos problemas de gestão, que não dissociam o desenvolvimento individual do desenvolvimento organizacional, que fazem análises de custo/benefício, que são socialmente responsáveis, que não se limitam a cumprir as prescrições mínimas no domínio da SH&ST e para a quem a saúde dos seus colaboradores é tão importante como a qualidade dos produtos ou a satisfação dos clientes.

A PST implica igualmente um grande desafio à saúde pública, ao SNS, à investigação científica e à universidade que tem uma particular responsabilidade pela formação das nossas profissões técnicas e científicas (do médico do trabalho ao gestor de recursos humanos). De qualquer modo, se queremos ganhar a batalha do futuro, é também na nossa população activa que temos de investir, desenvolvendo não apenas os seus conhecimentos e as suas capacidades (técnicas, sociais e humanas) como o seu *potencial de saúde*. No discurso da modernização, esta dimensão tem sido sistematicamente esquecida (Monitor Company, 1994; Portugal, Presidência do Conselho de Ministros, 1996).

Ora promover a saúde no trabalho (e não apenas prevenir e reparar os riscos profissionais) é a forma de capacitar o indivíduo a desenvolver o seu potencial de saúde e, ao mesmo tempo, manter o seu *stock* de saúde, entendida esta como um estado de equilíbrio dinâmico. Isso pressupõe construir um *supportive (working) environment*, ou seja, um ambiente físico e psicossocial de trabalho que seja potenciador da saúde do indivíduo e do seu desenvolvimento pessoal e profissional, sem deixar de ser congruente com a criação sustentada e inovadora de emprego.

No século XXI, os trabalhadores portugueses estarão sujeitos mais a riscos de natureza psicossocial do que propriamente de natureza física, química ou biológica. Os profissionais de saúde ocupacional (incluindo os médicos do trabalho) vão ter que saber lidar com a nova problemática da saúde da população trabalhadora e de encontrar outras respostas para outros problemas.

Se é verdade que há inúmeros obstáculos, nos nossos locais de trabalho, à adopção de uma abordagem integrada e participativa dos problemas de saúde dos trabalhadores, também é verdade que existem, potencialmente, factores facilitadores, sobretudo a nível micro (*Quadro 6.6*).

Resta saber quem podem ser os *stakeholders* da PST no nosso país (*Quadro 6.7*). Por outras palavras, trata-se de saber *o que está em jogo* para os eventuais interessados e protagonistas da *nova saúde ocupacional*.

Na percepção dos *trabalhadores portugueses* (e dos seus representantes), podem não ser evidentes, de imediato, as vantagens ou os ganhos, quando comparados com os custos. Alguns programas de PST levantam delicadas questões éticas e deontológicas, nomeadamente aqueles que cruzam a linha de demarcação entre a esfera pessoal e privada, podendo inclusive haver o risco de quebra de confidencialidade ou de controlo social: é o caso, por ex., da prevenção e tratamento dos problemas relacionados com o álcool, o tabaco, a droga, o HIV, a Sida ou outras doenças sexualmente transmissíveis, os distúrbios emocionais, os problemas familiares, o stress, etc.

Os *sindicatos portugueses*, por seu turno, tenderão a recear uma eventual perda de influência nos locais de trabalho, com a aparente subordinação da SH&ST à PST: a primeira constitui, potencialmente, uma fonte permanente de conflito e, portanto, de negociação e de poder.

Para a *generalidade dos empregadores e dos gestores*, a PST pode ter mais inconvenientes do que vantagens, na medida em que implica teoricamente um maior envolvimento do pessoal na vida da empresa, uma maior disponibilização de tempo, uma maior mobilização de recursos (humanos, técnicos e financeiros), um maior risco de conflito, etc. Obriga igualmente a criar um clima organizacional favorável e, por conseguinte, a rever as estruturas e os processos da organização. O argumento da redução de custos, a médio e longo prazo, pode não ser tão sedutor em Portugal quanto parece sê-lo em países como os EUA.

Para os *profissionais dos serviços de SH&ST* (tanto internos como externos), a PST pode representar um verdadeiro enriquecimento de papéis e uma oportunidade única para reorientar e valorizar a SH&ST aos olhos dos seus clientes (empregadores, gestores e trabalhadores). Mas a PST também significa um maior investimento de tempo e sobretudo uma maior implicação nos locais de trabalho. A PST pode ser, ainda, uma fonte de conflitos em torno das velhas questões da liderança profissional e de territorialidade a que são particularmente sensíveis os médicos do trabalho e outros especialistas de SH&ST.

Finalmente, também não é líquido, para as *agências públicas* (por ex., IDICT, Direcção-Geral de Saúde) ou outros *stakeholders* externos (por ex., seguradoras, segurança social), que a PST seja um 'bom negócio', já que os seus resultados não são imediatamente visíveis e contabilizáveis.

Quadro 6.7— Os principais 'stakeholders' da nova saúde ocupacional

Stakeholder	O que está em jogo	
	Potenciais ganhos/benefícios	Potenciais perdas/custos
<i>Trabalhador</i>	- Possível melhoria da saúde e bem-estar - Maior envolvimento (benefício ou custo?)	- Quebra da confidencialidade - Receio de maior controlo social - Desconfiança em relação às intenções da gestão, aos promotores de saúde e/ou ao serviço de SH&ST
<i>Empregador</i>	- Redução da taxa de absentismo devida a baixa por doença - Redução dos encargos com a protecção social complementar (por ex., seguros, complementos de subsídio de doença) - Aumento do controlo social - Benefícios imateriais	- Custos dos programas e actividades de PST - Retorno do investimento - Desconfiança por parte dos sindicatos e/ou representantes dos trabalhadores - Resistência por parte do colectivo de trabalhadores
<i>Promotor de saúde</i>	- Realização profissional - Maior influência no local de trabalho - Melhoria da saúde da população trabalhadora	- Risco de conflito com os serviços de SH&ST (internos ou externos) - Risco de conflito c/ outros actores internos (no caso de ser um consultor externo, por ex.)
<i>Técnico de higiene e segurança</i> <i>Outros profissionais de SH&ST</i>	- Maior influência no local de trabalho (no caso de envolvimento na PST) - Aumento do leque de competências no domínio da saúde - Enriquecimento de funções	- Papel estatutário no domínio da SH&ST (prevenção dos riscos profissionais) - Sobrecarga de trabalho - Possível perda de influência - Competição/Territorialidade
<i>Médico do Trabalho</i> <i>Equipa de saúde</i>	- Alargamento e enriquecimento de funções - Maior leque de conhecimentos e competências	- Papel estatutário no domínio da SH&ST - Sobrecarga de trabalho - Conflito de papéis - Competição/Territorialidade - Formação adicional em PST - Reorientação dos serviços de SH&ST
<i>Gestão</i>	- Redução dos custos do absentismo por incapacidade - Melhoria da imagem da empresa - Melhoria da produtividade, qualidade, competitividade	- Custos directos, indirectos e ocultos da PST (por ex., tempo despendido) - Perspectiva de longo prazo - Empenho dos trabalhadores - Efeitos perversos da PST
<i>Inspecção Geral do Trabalho</i> <i>Autoridade de Saúde</i>	- Cumprimento da legislação - Possível melhoria das condições de SH&ST (?)	- Obrigações legais em relação à SH&ST - Papel confinado à inspecção - A PST está fora da sua área de competência
<i>SNS/Administração Regional de Saúde</i> <i>Direcção-Geral de Saúde/Ministério da Saúde</i>	- O local de trabalho como área privilegiada para a promoção da saúde em geral - Realização dos objectivos da estratégia nacional de saúde - Expansão das áreas de actividade - Aumento da sua influência societal	- Competição/Territorialidade - Desconhecimento da empresa e das questões de SH&ST - Conflito c/ a função de tutela da medicina do trabalho - Recursos adicionais (humanos, financeiros, científicos, logísticos)

Fonte: Graça (1999)

O local de trabalho pode ser visto como uma área privilegiada para a promoção da saúde em geral. Para o sector da saúde (e, em particular, o SNS), a PST representa potencialmente uma nova área de actividade que, no entanto, pode entrar em conflito com o papel tradicional atribuído às autoridades de saúde locais, distritais e regionais.

A PST também significa, ao menos em teoria, a possibilidade de um aumento da influência societal do sector público da saúde. Em contrapartida, exige um sério esforço em termos de mobilização de recursos. Muito poucas ou nenhuma ARS's estão, neste momento, em condições de poder apoiar, de maneira concreta, efectiva e continuada, iniciativas das empresas, da sua área de influência, no domínio da saúde no local de trabalho. Quanto ao Ministério da Saúde terá que mostrar, nomeadamente através da Direcção-Geral da Saúde, que está verdadeiramente empenhado na *nova saúde ocupacional* para o virar do século

O mesmo se passa, por exemplo, com o IDICT cuja função primordial (ou, pelo menos, mediaticamente mais visível) continua a ser a inspectiva, que tem elegido os acidentes de trabalho (logo a segurança, não a saúde) como o seu cavalo de batalha, e que, além disso, tem um tremendo défice de quadros, com preparação científica e técnica nesta área.

Por fim, há que fazer um esforço sério na educação e formação em PST, envolvendo empregadores, gestores, trabalhadores e seus representantes, profissionais de SH&ST, profissionais de saúde do SNS, universidade, Governo e parceiros sociais, etc.

7 • Conclusão

Há diferenças não só teóricas e metodológicas na abordagem dos problemas de saúde nos locais de trabalho, vistos de um lado e de outro do Atlântico. Há igualmente diferenças importantes no que diz respeito ao contexto histórico e sociológico.

A ausência generalizada de sistemas públicos de protecção social da população trabalhadora nos EUA, a par do crescimento em flecha dos prémios de seguros de acidentes e de saúde/doença, bem como dos custos com a prestação de cuidados médicos e hospitalares, a cargo das empresas, fez com que a PST se tornasse um tópico na moda na década de 1980, embora claramente divorciada da SH&ST.

Na Europa, e em particular nos países da UE, o *health care cost containment* está longe de ser a principal motivação para as empresas investirem na melhoria da saúde dos seus trabalhadores. Contrariamente ao que se passa nos EUA, entre nós há uma tradição histórica de prevenção dos riscos profissionais e de protecção da saúde dos trabalhadores, que tem a sua origem no *Welfare State*, ou seja, na intervenção do Estado como regulamentador dos conflitos sociais que resultaram do processo de industrialização.

O modelo que herdámos, de intervenção neste domínio, tende no entanto a esgotar-se face às profundas alterações demográficas, tecnológicas, económicas, políticas, sociais e culturais por que está a passar a Europa, e nomeadamente os países da UE, desde há pelo menos duas décadas e meia.

A abordagem da SH&ST faz porventura cada vez menos sentido na *sociedade da informação*. É uma problemática tipicamente da segunda revolução industrial, que tinha por base sociológica o *system factory* e a produção em grande série ou em massa, a par da indústria de processo. A globalização da economia implicou a desindustrialização dos países do centro e a deslocalização das grandes indústrias para as periferias.

A terciarização da economia, a par da introdução de novas tecnologias na produção de bens e serviços, implicou por seu turno profundas alterações na composição socioprofissional da população activa tanto dos EUA como dos países da UE. Os problemas de saúde no local de trabalho já não exactamente os mesmos que se punham no auge do taylorismo e do fordismo. O próprio trabalho, o conteúdo e o significado do trabalho, as qualificações, o mercado de trabalho, a empresa enquanto organização, as práticas de gestão, as necessidades e as expectativas de saúde da população trabalhador, etc., tudo isso se alterou profundamente. Grande parte da população trabalhadora europeia já não está predominantemente exposta a riscos de natureza física, química ou biológica. O modelo da SH&ST, orientado para a prevenção dos riscos profissionais ligados ao ambiente físico de trabalho, tem dificuldade em lidar com outros problemas de saúde que não apenas os acidentes de trabalho e as doenças profissionais.

Além disso, é um modelo tecnicocêntrico, baseado no poder do especialista (por ex., o médico do trabalho, o técnico de segurança, o higienista industrial, o ergonomista, o psicólogo).

Dáí que a PST venha subverter a ordem natural das coisas, nomeadamente ao *desprofissionalizar* (mais do que *desmedicalizar*) os problemas de saúde no local de trabalho. A mensagem da PST é clara mas de algum modo perturbadora: os profissionais de SH&ST são importantes mas já não são mais as *key-persons* a quem compete prevenir os riscos profissionais e proteger a saúde da população trabalhadora, por delegação do empregador.

A PST é incompatível com uma abordagem de tipo *topdown*: habilitar as pessoas a ter um maior controlo sobre a sua saúde e sobre os factores (ambientais e comportamentais) que a determinam, e ao mesmo tempo melhorar a sua saúde, implica uma outra maneira de agir e pensar por parte dos profissionais de SH&ST e dos outros *stakeholders*, a começar pela administração/direcção da empresa e pelos seus trabalhadores.

O modelo da prevenção e reparação dos riscos profissionais pressupunha um papel passivo por parte da população trabalhadora e da própria direcção da empresa. A PST devolve-lhes o protagonismo. Nessa medida, a PST é sobretudo um processo social de negociação, concertação e de acção.

Nos EUA, a tendência é (ou era até há pouco tempo) para pôr a ênfase na responsabilização do indivíduo pela sua saúde, ignorando ou escamoteando os outros factores determinantes da saúde, e sobre os quais o trabalhador não tem nenhum (ou muito pouco) controlo: por exemplo, a organização do trabalho, o sistema de produção, os horários de trabalho, a cultura da empresa, as políticas internas, a filosofia de gestão, a organização e o funcionamento dos serviços de SH&ST, etc.

Na Europa, pelo contrário dá-se menos importância aos factores comportamentais e valoriza-se mais o ambiente de trabalho. Há também uma tradição e uma cultura mais propícias à participação e consulta dos trabalhadores e/ou dos seus representantes.

A tendência será, seguramente, para passar a haver, no futuro, uma confluência dos dois enfoques tanto nos EUA e na Europa, deixando-se de dissociar o indivíduo do ambiente e vice-versa, já que um e outro são partes indissociáveis do mesmo sistema de acção. Além disso, a PST tenderá a integrar a SH&ST, criando-se assim aquilo a que chamámos a *nova saúde ocupacional*.

Finalmente, a PST não é um *catálogo* de actividades e programas específicos, distinto por exemplo das actividades e programas de SH&ST. Nem muito menos uma *receita de cozinha*. A PST é sobretudo uma metodologia de intervenção, proactiva, integrada, flexível e participativa, consentânea com os novos problemas de saúde, de emprego, de empregabilidade, de trabalho, de gestão e de investigação e desenvolvimento que se põem nas nossas empresas e demais organizações.

É talvez por isso que o seu campo de problemas continua a ser marcado por uma forte conflitualidade teórico-ideológica, tanto nos EUA como na Europa. De facto, ainda estamos longe de um amplo consenso não só sobre os seus aspectos conceptuais e semânticos como sobre a sua própria teoria e metodologia.

Em Portugal, os médicos do trabalho podem (e devem) dar um contributo qualificado e decisivo para a reorientação das políticas de saúde no trabalho, políticas essas que não se resumem à simples organização e funcionamento de serviços de SH&ST, sejam eles internos ou externos, nem muito menos se esgotam nos exames médicos periódicos. A *nova saúde ocupacional* é algo que se está a construir, nas nossas empresas e demais locais de trabalho, não é algo que se decreta ou regulamente. E nessa construção social, estão já a participar, seguramente, muitos dos nossos melhores profissionais de medicina do trabalho e áreas afins.

Last but not least, a nova saúde ocupacional para o próximo milénio exige não só *mais* como sobretudo *melhores* médicos do trabalho, com um novo perfil científico e profissional e com outras condições de exercício da sua actividade profissional. E esse não é, seguramente, um dos menores desafios que se põe hoje tanto à Universidade portuguesa a quem os compete formar como às associações que os representam, às empresas que recorrem aos seus serviços e à administração da saúde que os tutela.

Luís Graça é investigador e docente, Departamento de Ciências Sociais em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Av. Padre Cruz, 1600-560 Lisboa. Tel. (21) 757 5599; fax (21) 758 2754. E-mail: lgraca@ensp.unl.pt; Home page: <http://www.terraviva.pt/meco/5531> (Saúde e Trabalho, vd. [links](#)).

ANEXOS

Quadro A1— Custo de tratamento e reabilitação de alguns das doenças de maior prevalência nos EUA, susceptíveis de prevenção

Doença ou problema de saúde	Magnitude da doença ou problema de saúde	Intervenção evitável (a)	Custo p/ doente (em milhares de dólares) (b)
Doença cardíaca	• 7 milhões de norte-americanos com doença coronária	Cirurgia do <i>bypass</i> coronário	30
	• 500 mil mortes por ano		
	• 284 mil implantações de <i>bypass</i> por ano		
Cancro	• 1 milhões de novos casos por ano	Tratamento do cancro do pulmão	29
		Tratamento do cancro do colo do útero	28
Ataque cardíaco	• 600 mil casos/ano	Tratamento e reabilitação de hemiplegia	22
	• 150 mil mortes/ano		
Acidentes	• 2.3 milhões de hospitalizações/ano	Tratamento e reabilitação de tetraplegia	570 (c)
	• 142.5 mil mortes/ano	Tratamento e reabilitação de fratura da anca	40
	• 177 mil pessoas c/ lesões da espinhal medula	Tratamento e reabilitação de lesões graves na cabeça	310
Infecção de HIV	• 1 a 1 milhão e meio de seropositivos	Tratamento da sida	75 (c)
	• 118 mil casos de sida (em Janeiro de 1990)		
Alcoolismo	• 18.5 milhões de casos de síndrome de dependência alcoólica	Transplante do fígado	250
	• 105 mil mortes relacionadas c/ o álcool por ano		
Abuso de drogas	Consumidores habituais: • 1 a 3 milhões (cocaína) • 900 mil (por injeção venosa) • 500 mil (heroína)	Tratamento de bebés afectados	63 (d)
	Bebés expostos a drogas: • 375 mil		
Bebés c/ baixo peso à nascença	• 260 mil casos/ano	Cuidados intensivos neonatais por baixo peso à nascença	10
Deficiente imunização	Não aplicação das doses de vacinação básica em: • 20 a 30% de casos ≤ 2 anos de idade • 3% de casos ≥ 6 anos de idade	Tratamento da síndrome da rubéola congénita	354 (c)

(a) Não se apenas exemplos de intervenções correntes (havendo outras). Excluem-se custos não médicos, tais como absentismo escolar ou laboral, perdas de produtividade, redução da esperança de vida, etc. (b) Refere-se aos custos no primeiro ano, salvo indicação em contrário (c) Custo vitalício (d) Custo relativo a 5 anos

Fonte: Adapt. de U. S. Department of Health and Human Services (1991): *Healthy People 2000*, p. 5

Quadro A2 — Percepção dos riscos e problemas de saúde relacionados com o trabalho por parte dos trabalhadores da UE, por sector de actividade (1996) (n=15500)

Sector de actividade (CAE- Rev. 2)	Produtivo											Serviços				%	
Problemas de saúde relacionados c/ o trabalho	A/ B	C/ D	E	F	G	H	I	J	K	L	M/ Q	To tal	UE				
• Dores de costas ("back pain")	49	30	30	44	26	31	31	20	20	25	27	30					
• Stress	27	27	25	27	23	34	27	31	31	29	30	28					
• Fadiga geral	30	20	14	23	18	24	20	14	21	20	18	20					
• Dores musculares nos braços ou pernas	35	18	10	28	15	20	18	6	10	13	13	17					
• Dores de cabeça	17	13	16	13	11	10	12	13	11	15	12	13					
• Irritabilidade	10	11	8	11	9	11	10	11	14	15	11	11					
• Problemas de visão	8	13	13	11	6	5	11	14	12	11	7	9					
• Problemas de pele	7	8	10	10	4	5	3	2	1	4	6	6					
• Dificuldades respiratórias	6	6	2	9	3	6	3	3	2	2	3	4					
• Problemas de audição	11	11	9	12	3	3	7	2	2	5	3	6					
• Problemas de sono	6	8	12	5	5	9	8	6	8	10	7	7					
• Ansiedade	9	6	6	6	7	5	5	5	15	9	8	7					
• Alergias	8	4	5	4	2	2	1	2	3	4	4	4					
• Dores de estômago	6	5	7	4	4	6	5	4	4	6	4	5					
• Problemas pessoais	5	3	0	3	4	5	4	4	3	5	4	4					
• Doença de coração	3	1	2	2	1	2	0	2	1	2	0	1					

Fonte: Adapt. de Paoli (1997)

Legenda — Sector de actividade (CAE- Rev.2)

A/B	• Agricultura, silvicultura, caça e pescas	I	• Transportes e comunicações
C/D	• Indústrias extractivas e transformadoras	J	• Finanças
E	• Electricidade, gás e água	K	• Imobiliário, aluguer e serv. prestados às empresas
F	• Construção	L	• Administração pública
G	• Comércio grossista e retalhista, reparações	M/Q	• Outros serviços
H	• Hotéis e restaurantes		

Quadro A3 — Diferenças conceptuais entre a prevenção da doença e a promoção da saúde no local de trabalho

	Prevenir a doença	Promover a saúde
Paradigma	• <i>Patogénese</i> (a causa específica da doença ou lesão) • Acluturação médica	• <i>Salutogénese</i> (por ex., a rede de factores que determinam positivamente a saúde) • Cultura do desenvolvimento individual e organizacional
Questão Principal	• Como evitar os riscos profissionais (a doença e o acidente, ou seja, a incapacidade) (prevenção <i>primária</i> ou controlo da incidência) • Como tratar a doença ou reparar a incapacidade (prevenção <i>secundária</i> ou controlo da duração da doença ou da gravidade do acidente, ou seja, controlo da prevalência) • Como atenuar os seus efeitos (prevenção <i>terciária</i> ou controlo de futuras sequelas ou implicações da incapacidade para o trabalho)	• Como é que o indivíduo realiza as suas potencialidades de saúde e responde positivamente às exigências (físicas, biológicas, psicológicas e sociais) dum ambiente (laboral e extra-laboral) em constante mutação • Como criar um <i>supportive environment</i> (nomeadamente no local de trabalho)
Tipo de informação predominante	• Quantitativa (<i>hard</i>) (por ex., dados clínicos e epidemiológicos)	• Qualitativa (<i>soft</i>) (por ex., conhecimentos, valores, atitudes, preferências, necessidades, comportamentos, políticas)
Tipo de avaliação	• Ênfase nos resultados (imediatos)	• Ênfase no processo e nas boas práticas
Estratégia de acção	• Unidireccional, de tipo <i>topdown</i>, baseada numa disciplina dominante (por ex., medicina do trabalho)	• Multidireccional e multisectorial, fazendo apelo ao contributo de diferentes disciplinas e sectores
Protagonismo	• Profissionais de SH&ST e em particular o médico do trabalho	• Administração/Direcção • Trabalhadores e seus representantes • Profissionais de SH&ST • Outros (por ex., agências públicas, consultores externos)
Papel funcional predominante	• Especialista	• Todos: Promotor, prestador, especialista, decisor, agente de mudança, participante (vd. Quadro 5.2)
Conceito de saúde	• Negativo • Redutor	• Positivo • Multidimensional
Modelo de intervenção	• Primordialmente médico ou clínico • Mais orientado para o indivíduo do que para a organização	• Participativo • Orientado para o indivíduo e a organização
Origem etimológica	Prevenir ⇒ do latim, <i>prae-venire</i> : ir à frente de, chegar antes, antecipar-se a, preceder, evitar	• Promover ⇒ do latim, <i>pro-movere</i>; ir mais além, ir para a frente, avançar, dar impulso, apoiar, propor, fazer-por (alguma coisa) mas também fazer-com (alguém) e através-de (o grupo, a organização)
Metáfora (Ingrosso, 1993)	• "Viajar em auto-estrada"	• "Escalar o cume de uma montanha"
População	• Grupos de risco (por ex., trabalhadores expostos ao amianto, grávidas, menores)	• Todos os trabalhadores no contexto do seu dia-a-dia profissional e extra-profissional
Modelo de decisão	• Racionalista, sinóptico, centrado mais na(s) solução(ões) do que no(s) problema(s) • Ênfase na informação	• Estratégico, sequencial, "passo a passo", centrado mais no(s) problema(s) do que na(s) solução(ões) • Ênfase na negociação e obtenção de consensos
Resultados esperados	• Eliminação ou redução do risco <i>e/ou</i> dos factores de risco específicos • Imediata ou a curto prazo • Cumprimento da legislação	• Mudanças operadas a nível do <i>indivíduo</i> (saúde, bem-estar, satisfação, conhecimentos, competências) e do seu <i>ambiente físico e psicossocial</i> de trabalho • Longo prazo • Análise de custo/benefício e custo/efectividade

Fonte: Graça (1999), adapt. de Stachtchenko (1990) e Ingrosso (1993)

A Estratégia e Política de Saúde da Empresa

A1	A saúde faz parte integrante da filosofia de gestão e da cultura da empresa (por ex., consta da definição da missão, valores e objectivos na página da Internet)	1	2	3	4	5
A2	Há uma política de saúde escrita e assumida pela gestão de topo (a exemplo das demais políticas sectoriais como o ambiente, a qualidade, etc.)	1	2	3	4	5
A3	Foram afectados os necessários recursos (humanos, técnicos, financeiros, logísticos) para a execução da política de saúde (por ex., criação do serviço de SH&ST)	1	2	3	4	5
A4	A PST tem um orçamento próprio ou está integrada num centro de custos (podendo saber-se quanto se gasta com a saúde e o bem-estar do pessoal)	1	2	3	4	5
A5	A empresa conta com a colaboração de uma equipa de saúde pluridisciplinar e pluriprofissional (medicina e enfermagem do trabalho, serviço social, psicologia, etc.)	1	2	3	4	5
A6	Há uma boa articulação da saúde com as demais estruturas e processos da empresa (por ex., direcção de pessoal, formação, produção, qualidade, SH&ST, marketing)	1	2	3	4	5

B Planeamento, implementação e avaliação da política de saúde

B1	Há uma comissão ou um grupo responsável pela execução da política de saúde, que inclui representantes da gestão e dos trabalhadores e que tem papéis definidos	1	2	3	4	5
B2	Utiliza-se a metodologia da gestão por programas ou projectos (por ex., planeamento, implementação, avaliação e acompanhamento do programa sobre o álcool)	1	2	3	4	5
B3	Há um plano detalhado de políticas, programas e actividades de saúde, com objectivos Quantificados e exequíveis a atingir (por ex., redução em 1% do absentismo)	1	2	3	4	5
B4	O plano baseia-se na avaliação de necessidades de saúde e na exploração da informação existente (por ex., baixas por doença e acidente, exames médicos)	1	2	3	4	5
B5	O plano também tem em conta a opinião dos trabalhadores (necessidades sentidas, expectativas e preferências em matéria de saúde no local de trabalho, etc.)	1	2	3	4	5
B6	Há um bom plano de marketing e comunicação de modo a envolver todos os sectores da empresa nas várias fases do processo de PST (por ex., jornal da empresa)	1	2	3	4	5
B7	As políticas, programas e actividades de saúde são avaliadas e corrigidas periodicamente, com o envolvimento da gestão de topo e representantes do pessoal	1	2	3	4	5
B8	Há formação em SH&ST envolvendo todo o pessoal (por ex., legislação, riscos profissionais, prestação de primeiros socorros, avaliação das condições de trabalho)	1	2	3	4	5
B9	Há formação em PST envolvendo todo o pessoal (por ex., desenvolvimento de conhecimentos e competências para o desempenho de papéis funcionais em PST)	1	2	3	4	5
B10	O plano de saúde pressupõe uma abordagem integrada e global (por ex., medidas centradas no indivíduo e na organização, incluindo o ambiente físico e psicossocial)	1	2	3	4	5

(cont. pag. seg.)

C Participação e consulta dos trabalhadores e/ou seus representantes

C1	De um modo geral, há uma participação efectiva e concreta dos trabalhadores e/ou dos seus representantes na vida interna da empresa	1	2	3	4	5
C2	Os trabalhadores não são apenas informados como também consultados no que diz respeito ao planeamento e implementação da política de saúde	1	2	3	4	5
C3	Os trabalhadores (ou seus representantes) participam na negociação e decisão (por ex., aprovação do plano de saúde e relatório de actividades)	1	2	3	4	5
C4	A proporção de trabalhadores que participam em programas voluntários (álcool, droga, tabaco, exercício físico, cancro, etc.) é aceitável (em relação ao nº de elegíveis) (*)	1	2	3	4	5
C5	Há garantias de qualidade, sigilo e comportamento ético por parte dos promotores de saúde em relação a todos e a cada um dos participantes	1	2	3	4	5

(*) Por ex., cerca de 10% dos trabalhadores que fumavam, participaram em 1998 num programa sobre tabaco e saúde; cerca de 5% dos trabalhadores com excesso de peso passaram a fazer a exercício físico regular

D Resultados da política de saúde

D1	É feita análise (periódica) de custo-benefício das políticas, programas e actividades de saúde (incluindo a SH&ST) (caso a caso ou globalmente)	1	2	3	4	5
D2	Conhece-se o impacto da política de saúde na qualidade dos produtos e serviços, na melhoria da imagem externa da empresa e na própria satisfação dos clientes	1	2	3	4	5
D3	Conhece-se o impacto da política de saúde na melhoria da saúde dos trabalhadores, na sua satisfação profissional e na sua qualidade de vida (incluindo os estilos de vida)	1	2	3	4	5
D4	Conhece-se o impacto da política de saúde na melhoria do clima organizacional, da organização do trabalho e das demais condições de trabalho	1	2	3	4	5
D5	Existe suficiente evidência empírica, baseada na avaliação e monitorização da política de saúde, sobre o seu impacto (positivo) nos resultados económicos da empresa	1	2	3	4	5
D6	A esta empresa é inteiramente aplicável a expressão "Trabalhadores saudáveis em organizações saudáveis" (lema da Rede Europeia de PST)	1	2	3	4	5

Escala

1	De modo nenhum aplicável/Totalmente falso	4	Em grande parte aplicável
2	Só em pequena parte aplicável	5	Totalmente aplicável/Totalmente verdadeiro
3	Em parte aplicável		

Taxa de sucesso: de 1 (=0,0%) a 5 (=100,0%)

(cont. pag. seg.)

Perfil da empresa (Taxa de sucesso)

	Dimensões (e n.º de itens)	N.º de scores					Total	% sucesso
		1	2	3	4	5		
A	Estratégia e política de saúde da empresa (n=6)							
	Total de scores (a)							
	Factor (%) (b)	0	25	50	75	100		(c)
	Valor (a x b)	+	+	+	+	+	=	
B	Planeamento, implementação e avaliação (n=10)							
	Total de scores (a)							
	Factor (%) (b)	0	25	50	75	100		(d)
	Valor (a x b)	+	+	+	+	+	=	
C	Participação e consulta dos trabalhadores (n=5)							
	Total de scores (a)							
	Factor (%) (b)	0	25	50	75	100		(e)
	Valor (a x b)	+	+	+	+	+	=	
D	Resultados da política de saúde (n=6)							
	Total de scores (a)							
	Factor (%) (b)	0	25	50	75	100		(f)
	Valor (a x b)	+	+	+	+	+	=	

Total (Dimensões A+B+C+D)	N.º de scores					Total	% sucesso
	1	2	3	4	5		
Total de scores (a)							
Factor (%) (b)	0	25	50	75	100		(g)
Valor (a x b)	+	+	+	+	+	=	

Observações:

- (c) Total A a dividir por 6 ($\leq 100\%$)
- (d) Total B a dividir por 10 ($\leq 100\%$)
- (e) Total C a dividir por 5 ($\leq 100\%$)
- (f) Total D a dividir por 6 ($\leq 100\%$)
- (g) Total (A+B+C+D) a dividir por 27 ($\leq 100\%$)

Fonte: Graça (1999), parcialmente adapt. de documento interno do BKK (1999)
(vd. <http://www.bkk.de/health>)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKABAS, S.H. (1998): Employee Assistance Programmes. In: Stellman (1998), pp. 15.77-15.80.
- ALEXANDER, J. (1988): The ideological construction of risk: an analysis of corporate health promotion programs in the 1980s. *Soc. Sc. Med.*, 26(5), pp. 559-567.
- ALLEGRIANTE, J.P.; SLOAN, R.P. (1986): Guest editorial: Ethical dilemmas in workplace health promotion. *Preventive Medicine*, 15, pp. 313-320.
- ANDERSON, R. (1987): Health promotion: The concept and application in the workplace. In: Matheson, H. (ed.) (1987): *Health promotion in the workplace*. Edinburgh: Scottish Health Education Group.
- ARNETZ, B.B. (1996): Causes of change in the health of populations: A biopsychosocial viewpoint. *Soc. Sc. Med.*, 43(5), pp. 605-608.
- ARONSSON, G. (1989): Dimensions of control as related to work organization, stress, and health. *Int. J. Health Serv.*, 19(2), pp. 459-468.
- BAGNARA, S.; BIOCICA, M.; MAZZONIS, D. G. (1981): Trends in occupational health and safety policy in Italy. *Int. J. Health Serv.*, 11 (3), pp. 431-450.
- BAGNARA, S.; MISTI, R.; WINTERSBERGER, H. (eds.) (1985): *Work and health in the 1980s: Experiences of direct workers' participation in occupational health*. Berlin: Sigma.
- BELLOC, N.B.; BRESLOW, L. (1972): Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1, pp. 409-421.
- BERKAM, L.; BRESLOW, L. (1983): *Health and ways of living: The Alameda County Study*. New York: Oxford University Press.
- BERMAN, D.M. (1977): Why work kills: A brief history of occupational safety and health in the United States. *Int. J. Health Serv.*, 7(1), pp. 63-87.
- BERTERA, R. L. (1990): The effects of workplace health promotion on absenteeism and employment in a large industrial population. *Am. J. Publ. Health*, 80(9), pp. 1101-1105.
- BERTERA, R. L. (1991): The effects of behavioral risks on absenteeism and health-care costs in the workplace. *Journal Of Occupational Medicine*, 33(11), pp. 1119-1124.
- BLY, J.L.; JONES, R.C.; RICHARDSON, J.E. (1986): Impact of worksite health promotion on health care costs and utilizations: Evaluation of Johnson & Johnson's Live for Life program. *JAMA*, 256, pp. 3235-3240.
- BRAVERMAN, M. (1992): Case study no. 17: Reducing stress related to trauma in the workplace (United States). *Conditions of Work Digest*, 11(2), pp. 257-261.
- BRESLOW, L.; FIELDING, J.; HERRMAN, A.A.; WILBUR, C.S. (1990): Worsite health promotion: Its evaluation and the Johnson & Johnson experience. *Preventive Medicine*, 19, pp. 13-21.
- BREUCKER, G.; SCHRÖDER, A. (eds.) (1996): *International experiences in workplace health promotion*. Copenhagen: WHO/Europe; BKK Bundesverband: Essen (European Health Promotion Series, 6).
- BREUCKER, G.; ANDERSON, R.; KUHN, K. (1997): Conclusions. In: Quality management in workplace health promotion: workshop, November 27-29, Berlin/Erkner.
- BREUCKER, G.; KLOPPENBURG, H.; MENCKEL, E.; ORFEL, B.; THOMSSON, H.; WYNNE, R. (1998): *Success factors of workplace health promotion*. Essen: Federal Association of Company Health Insurance Funds/BKK Bundesverband (European Network for Workplace Health Promotion, Project paper n° 1).
- CASTILLO-SALGADO, C. (1984): Assessing recent developments and opportunities in the promotion of health in the American workplace. *Social Science & Medicine* 19(4), pp. 349-358.
- CHAVE, S.P.W. (1984): The origins and development of public health. In: Holland (1984), pp. 3-19.
- COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (1992): *Europeans and health and safety at work: a survey*. Luxembourg: Commission of the European Communities, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Education.
- CONRAD, P. (1987): Wellness in the workplace: Potentials and pitfalls of work-site health promotion. *The Milbank Quarterly*, 65(2): 255-275.
- CONRAD, P. (1987a): Who comes to work-site wellness programs? A preliminary review. *Journal of Occupational Medicine*, 29(4), pp. 317-320.
- CONRAD, P. (1988): Worksite health promotion: the social context. *Social Science & Medicine*, 26(5): 485-489.
- CONRAD, P.; WALSH, D.C. (1992): The new corporate health ethic: Lifestyle and the social control of work. *Int. J. Health Serv.*, 22(1), pp. 89-111.

- COOPER, C.L.; PAYNE, R. (eds.) (1988): *Causes, coping & consequences of stress at work*. Chichester: John Wiley & Sons. (Wiley Series on studies in occupational stress).
- COOPER, C.L.; WILLIAMS, S. (eds.) (1994): *Creating healthy work organizations*. Chichester: John Wiley & Sons.
- CRAWFORD, R. (1977): You are dangerous to your health: The ideology and politics of victim blaming. *Int. J. Health Serv.*, 7(4), pp. 663-680.
- CREECH, B. (1998): *Os cinco pilares do TQM: Como fazer que a Gestão pela Qualidade Total trabalhe para si*. Lisboa: D. Quixote (tr. do ingl., 1994).
- DAVIS, M.F.; ROSENBERG, K.; IVERSON, D.C.; VERNON, T.M.; BAUER, J. (1984): Worksite health promotion in Colorado. *Public Health Rep.*, 99, pp. 538-543.
- DONALDSON, S.I.; BLANCHARD, A. (1995): The the seven health practices, well-being, and performance at work: Evidence for the value of reaching small and underserved worksites. *Preventive Medicine*, 24, pp. 270-277.
- DOONER, R. (1996): Looking back on a decade of progress: Workplace health promotion in Canada. In: Breucker (1996), pp. 25-39.
- DWYER, T. (1992): The industrial safety professionals: A comparative anlysis from World War I until the 1980s. *Int. J. Health Serv.*, 22(4), pp. 705-727.
- EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS (1992): *Four Year Rolling Programme 1993-1996*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- FARIA, M. (1994): O exercício da medicina do trabalho em Portugal: Problemas e tendências. Congresso de Medicina do Trabalho, 3, Póvoa do Varzim.
- FARIA, M.; UVA, A. S. (1988): Diagnóstico e prevenção das doenças profissionais: Algumas reflexões. *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*, Tomo CLII, 9/10, Novembro/Dezembro, pp.360-371.
- FIELDING, J.E. (1990): Worksite health promotion programs in the United States: progress, lessons and challenges. *Health Promotion International*, 5(1), pp. 75-84.
- FIELDING, J.E. (1991): Smoking control at the workplace. *Annu. Rev. Publ. Health*, 12, pp. 209-234.
- FIELDING, J.E. (1992): Smoking: Health effects and control. In: Last e Wallace (eds.) (1992), pp. 715-740.
- FIELDING, J.E. (1998): Worksite health promotion. In: Stellman (1998), pp. 15.8-15.12.
- FIELDING, J. E.; BRESLOW, L. (1983): Health promotion programs sponsored by California employers. *American Journal of Public Health*, 73(5): 538-542.
- FIELDING, J. E.; PISERCHIA, P. V. (1989): Frequency of worksite health promotion activities. *Am. J. Publ. Health*, 79(1), pp. 16-20.
- FUNDAÇÃO EUROPEIA PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO (1996): *Um programa para 1997-2000. Ultrapassar os desafios com que a sociedade europeia se defronta*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- FUNDAÇÃO EUROPEIA PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO (1998): *Promoção da saúde no trabalho na Europa. Programa da Fundação Europeia: Investigação, práticas, políticas e formação*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- GARDELL, B. (1982): Scandinavian research on stress in working life. *Int. J. Health Serv.*, 12(1), pp. 31-41.
- GEREMEK, B. (1995): *A piedade e a força: História da miséria e da caridade na Europa*. Lisboa: Terramar, (tr. do ital., 1986).
- GOLASZEWSKI, T.; SNOW, D.; LYNCH, W.; YEN, L.; SOLOMITA, D. (1992): A benefit-to-cost analysis of a worksite health promotion program. *Journal of Occupational Medicine*, 34(12), pp. 1164-1172.
- GRAÇA, L. (1992a): O trabalho em equipa: Uma nova lógica de organização do trabalho e de participação na gestão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10(1), pp. 5-20.
- GRAÇA, L. (1993): A participação dos trabalhadores no âmbito da segurança, higiene e saúde no trabalho. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 11(2), pp. 5-23.
- GRACA, L. (1995): Ill-health and workplace absenteeism in Portugal: initiatives for prevention. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Working paper).
- GRAÇA, L. (1995a): Qualidade de vida no trabalho: Saúde e participação. *Dirigir - Revista para Chefias*, 40, Nov. -Dez., Separata (13 pp.).
- GRAÇA, L. (1996): Evolução do sistema hospitalar: Uma perspectiva sociológica. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Cadeira de Ciências Sociais e Humanas, mimeog. (Textos, T 1238 a T 1242).
- GRAÇA, L. (1996a): Um problema de saúde pública: O absentismo por incapacidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 14(3), pp. 5-19.

- GRAÇA, L. (1996b): Problemas e decisões: A nova fábrica da Volvo em Uddevalla. *Dirigir-Revista para Chefias*, 43, pp. 19-23.
- GRAÇA, L. (1996c): Desafio aos leitores: A nova fábrica da Volvo em Uddevalla. *Dirigir-Revista para Chefias*, 46, pp. 17-25.
- GRAÇA, L. (1997): Guião para o desenho e redacção de um questionário. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Cadeira de Ciências Sociais e Humanas, mimeog. (Textos, T 1069).
- GRAÇA, L. (1998): Course exercise: The perceived role to be played by the occupational physician in the workplace health promotion (WHP) process and his/her training needs and expectations. In: Wynne (1998), pp.116-126.
- GRAÇA, L. (1999): A modernização das empresas portuguesas e a promoção da saúde no trabalho. Relatório de investigação. Projecto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, nº PCSH/C/SOC/725/93. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, mimeog.
- GRAÇA, L.; FARIA, M. (1991): A promoção da saúde no trabalho: um desafio para os anos 90. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9(3), pp. 5-15.
- GRAÇA, L.; FARIA, M. (1992): Innovative workplace action for health: mechanisms for establishing initiatives, Portugal. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Working paper nº WP/92/23/EN).
- GRAÇA, L.; FARIA, M. (1994): Saúde e política social na União Europeia. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 12(3), pp. 15-17.
- GRAÇA, L.; GONÇALVES, A. I.; SEMEDO, R.; SILVA, R. (1996d): Iniciativas para prevenir e reduzir o absentismo por incapacidade: Três estudos de caso. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 14(4).
- GRAÇA, L.; KOMPIER, M. (1998a): Portugal: Preventing occupational stress in a bank organisation (Capítulo de um livro sobre projectos europeus de prevenção do stress no trabalho, a editar por M. Kompier e C.Cooper, 1999, London: Routledge).
- GREEN, K. L. (1988): Issues of control and responsibility in workers' health. *Health Education Quarterly*, 15(4), pp. 473-486.
- GRÜNDEMANN, R.; VUUREN, C.V. (1997): *Preventing absenteeism at the workplace: European research project*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- GUIDOTTI, T.L. (1988): Exposure to hazard and individual risk: When occupational medicine gets personal. *Journal of Occupational Medicine*, 30(7), pp. 570-577.
- HARRIS, J. S. (1991): The cost effectiveness of health promotion programs. *Journal of Occupational Medicine*, 33(3), pp. 327-330.
- HAUSS, F. (1992): Corporate health policy: Case studies in eight countries. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Working paper).
- HEALTH CANADA (1997): *Health Promotion in the Workplace: A sampling of company programmes and initiatives*. Ottawa: Health and Welfare Canada.
- HECKER, S.; KAPLAN, M.S. (1989): Workplace drug testing as social control. *Int. J. Health Serv.*, 19(4), pp.693-707.
- HEIRICH, M.A.; FOOTE, A.; ERFURT, J.C.; KONOPKA, B. (1993): Work-site physical fitness programs: Comparing the impact of different program designs on cardiovascular risks. *Journal of Occupational Medicine*, 35(5), pp. 510-517.
- HERSEY, P.; BLANCHARD, K. (1982): *Management of Organizational Behavior*, 4th ed. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- HERZLICH, C.; PIERRET, J. (1984): *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris: Payot.
- HOLLAND, W.W.; DETELS, R.; KNOW, G. (eds.) (1984): *Oxford textbook of public health, Vol. 1: History, determinants, scope, and strategies*. New York: Oxford University Press.
- HOLLANDER, R. B.; LENGERMANN, J. J. (1988): Corporate characteristics and worksite health promotion programs: survey findings from Fortune 500 companies. *Soc. Sc. Med.*, 26(5), pp. 491-501.
- HUMAN POPULATION LABORATORY (1966): *Alameda County Population, 1965*. State of California Department of Public Health (Series A, 7) (cit. por Belloc, 1972).
- ICOH (1992): *International code of ethics for occupational health professionals*. Singapore: International Commission on Occupational Health.
- IDICT (1997): *Serviços de prevenção das empresas. Livro verde*. Lisboa: Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho (Informação técnica, 3).
- INGROSSO, M. (1993): Becoming sensitive to health: Effectiveness and learning in health education and promotion. *Archives of Hellenic Medicine*, (Athens), 10, Supplement A, pp. A12-A27.
- ISRAEL, B.A.; SCHURMAN, S.J.; HUGENTOBLE, M.K.; HOUSE, J.S. (1992): Case study no. 3: A participatory research approach to reducing occupational stress in the United States. *Conditions of Work Digest*, 11(2), pp. 152-163.
- JESUÍNO, J.C. (1987): *Processos de liderança*. Lisboa: Livros Horizonte.

- KAMAN, R.L. (ed.) (1995): *Worsite health promotion economics: Consensus and analysis*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- KARASEK, R.; THEORELL, T. (1990): *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. sf : Basic Books.
- KOMPIER, M.; LEVI, L. (1993): *Stress at work: Causes, effects and prevention. Guide for small and medium-sized enterprises*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Conference paper, ((European Conference on Stress at Work - A Call for Action, Brussels, 9-10 November 1993)).
- KRONENFELD, J.J.; JACKSON, K.L.; DAVIS, K. E.; BLAIR, S. N. (1988): Changing health practices: The experience from a worksite health promotion project. *Soc. Sc. Med.* 26(5), pp. 515-523.
- LALONDE, M. (1974): *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Information Canada.
- LAST, J.; WALLACE, R.B. (eds.) (1992): *Maxcy-Rosenau, Public Health and Preventive Medicine*, 13th ed. CT: Appleton and Lang.
- LEAL, A.M.S. (1993): Competitividade e investimentos no factor humano: Reflexões sobre um caso. *Revista Portuguesa de Gestão*, 3-4, pp. 73-81.
- LEE, C.; GRAY, J. (1994): The role of Employee Assistance Programmes. In: Cooper e Williams (eds.) (1994), pp. 215-245.
- LEE, W.R. (1964): Robert Baker: The first doctor in the Factory Department. Part 1. 1803-1858. *Brit. J. Ind. Med.*, 21, pp. 85-93.
- LYNCH, W. D. (1995): The impact of health promotion on health care utilization. In: Kaman (1995), pp. 55-78.
- LYONS, A. S.; PETRUCELLI, R.J. (1991): *Historia de la medicina*. Barcelona: Ediciones Doyma (tr. do ingl., 1978).
- MARTINO, V. (1992): Occupational stress: A preventive approach. *Conditions of Work Digest*, 11(2), pp.3-21.
- MATIKAINEN, E.; RANTANEN, J. (1996): Occupational health promotion: Experiences from Nordic countries. In: Breucker (1996), pp. 41-50.
- MENDES, R.; DIAS, E.C. (1991): Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, (S. Paulo), 25(5), pp. 341-349.
- MONDY, R. W.; NOE, R.M.; PREMEAUX, S.R. (1999): *Human Resource Management*, 7th ed. Upper Saddle River, N.J.: Prentice-Hall.
- MONITOR COMPANY (Sob a direcção de Michael Porter): *Construir as vantagens competitivas de Portugal*. Lisboa: Forum para a Competitividade, 1994.
- MOSSINK, J. e LICHER, F. (eds.) (1997): *Costs and benefits of occupational safety and health. Proceedings of the European conference on Costs and Benefits of Occupational Safety and Health 1997, The Hague, 28-30 May, 1997*. Amsterdam: NIA TNO B.V.
- MURPHY, L.R. (1985): Occupational stress management: A review and appraisal. *Journal of Occupational Psychology*, 57, pp. 1-15.
- MURRAY, R. (ed.) (1987): Section I. History. In: Raffle (1987), pp. 1-228.
- MUTO, T., ITOH, I., TAIRA, M., HARABUCHI, I. e SUMIYOSHI, Y. (1997): Costs of occupational health and safety in Japanese companies. In: Mossink (1997), pp. 254-258.
- NAVARRO, V. (1983): The determinants of social policy. A case study: Regulating health and safety at the workplace in Sweden. *Int.J.Health Serv.*, 13(4), pp. 517-561.
- NUTBEAM, D. (1986): Health promotion glossary. *Health Promotion: An International Journal*, 1(1), pp.113-127.
- O'DONNELL, M.P. (1996): Workplace health promotion: Report on experiences in the United States. In: Breucker (1996), pp.51-55.
- ODDONE, I. et al. (eds.) (1984): *Ambiente di lavoro. La fabbrica nel territorio*, 2^a ed. Roma: Ediesse.
- OKUBO, T. (1998): Worksite health promotion in Japan. In: Stellman (1998), pp. 15.23-15.24.
- ORFEL, B. (1998): Concepts and definitions of WHP. In: Breucker (1998), pp. 85-114.
- PAOLI, P. (1997): *Second European Survey on the Working Conditions (1996)*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (Disponível apenas em suporte magnético).
- PEREIRA, J. (1995): Equity, health and health care: An economic study with reference to Portugal. Thesis submitted to the degree of Doctor of Philosophy, York: University of York, Department of Economics and Related Studies, mimeog.
- PERROT, M. (1985): Os problemas da mão-de-obra industrial. In: *Sociologia do trabalho: Organização do trabalho industrial. Antologia: A Regra do Jogo*, pp. 13-56 (tr. do fr., 1979).
- PORTUGAL. CPCS (1991): *Acordo Económico e Social*. Lisboa: Conselho Permanente de Concertação Social
- PORTUGAL. CPCS (1991a): *Acordo de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho*. Lisboa: Conselho Permanente de Concertação Social

- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999): *Saúde: Um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- PORTUGAL. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS (1996): *Concertação Estratégica para Modernizar Portugal: Linhas de Força para o Emprego, a Competitividade e o Desenvolvimento*. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros, mimeo.
- RAIFLE, P.A.B.; LEE, W.R.; McCALLUM, R.I.; MURRAY, R. (eds.) (1987): *Hunters's diseases of occupations*. London: Hodder & Stoughton.
- RANSFORD, H.E.; PALISI, B. J. (1996): Aerobic exercise, subjective health and psychological well-being within age and gender subgroups. *Soc. Sc. Med.*, 42(11), pp. 1555-1559.
- RANTANEN, J. (ed.) (1990): *Occupational Health Services: An Overview*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, 26).
- RIBISI, K.M.; REISCHL, T.M. (1993): Measuring the climate for health at organizations. Development of the worksite health climate scales. *Journal of Occupational Medicine*, 35(8), pp.812-824.
- ROBBINS, S.P. (1998): *Organizational behavior: Concepts, controversies, applications*, 8th ed. Upper Saddle River, N.J.: Prentice-Hall.
- ROGERS, B. (1997): *Enfermagem do trabalho: Conceitos e práticas*. Loures: Lusociência (tr. do ingl., 1994).
- ROMAN, P.M.; BLUM, T. C. (1987): Ethics in worksite health programming: Who is served? *Health Education Quarterly*, 14(1), pp.57-70.
- ROMAN, P.M.; BLUM, T. C. (1988): Formal intervention in employee health: comparisons of the nature and structure of employee assistance programs and health promotion programs. *Soc. Sc. Med.*, 26(5), pp. 503-514.
- RÜTTEN, A. (1995): The implementation of health promotion: A new structural perspective. *Soc. Sc. Med.*, 41(12), pp. 1627-1637.
- SCHILLING, R.S.F. (1973): Developments in occupational health. In: Schilling, R.S.F. (ed.) (1973): *Occupational health practice*. London: Butterworths, pp. 1-23.
- SLOAN, R. P.; GRUMAN, J. C.; ALLEGRANTE, J. P. (1987): *Investing in employee health: A guide for effective health promotion in the workplace*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- SLOAN, R.P.; GRUMAN, J.C. (1988): Participation in workplace health promotion programs: The contribution of health and organizational factors. *Health Education Quarterly*, 15(3), pp. 269-288.
- SMITH, M.J.; ZIEHL, D. (1992): Case study no. 9: A stress reduction intervention programme for meat processors emphasizing job design and work organization (United States). *Conditions of Work Digest*, 11(2), pp. 204-213.
- SPILMAN, M.A. (1988): Gender differences in worksite health promotion activities. *Soc. Sc. Med.*, 26(5), pp. 525-535.
- SPILMAN, M.A.; GOETZ, A.; SCHULTZ, J.; BELLINGHAM, R.; JOHNSON, D. (1986): Effects of a corporate health promotion program. *Journal of Occupational Medicine*, 28(4), pp. 285-289.
- STACHTCHENKO, S.; JENICEK, M. (1990): Conceptual differences between prevention and health promotion: Research implications for community health programs. *Canadian Journal of Public Health*, 81(1), pp. 53-59.
- STANGE, K.C.; STRECHER, V.J.; SCHOENBACH, V.J.; STROGATZ, D.; DALTON, B.; CROSS, A.W. (1991): Psychosocial predictors of participation in a worksite health promotion program. *Journal of Occupational Medicine*, 33(4), pp. 479-485.
- STELLMAN, J.M. (ed.) (1998): *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety*, 4th ed. Geneva: International Labour Office, Vol.1.
- STOFFELMAYR, B.E.; MAVIS, B.E.; STACHNICK, T.; ROBISON, J.; ROGERS, M.; VANHUSS, W.; CARLSON, J. (1992): A program model to enhance adherence in work-site-based fitness programs. *Journal of Occupational Medicine*, 34(2), pp. 156-161.
- TAMBURI, G. (1983): Social Security. In: *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety*, 3th rev. ed. Geneva: International Labour Office, Vol. 2, pp.2073-2076.
- TANNENBAUM, R.; SCHMIDT, W.H. (1958): How to choose a leadership pattern. *Harvard Business Review*, March-April, pp. 95-102.
- TAYLOR, F. W. (1965): *La direction scientifique des entreprises*. Paris: Dunod (tr. do ingl., 1911).
- THOMPSON, E. P. (1968): *The Making of the English Working Class*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books.
- THOMSSON, H.; MENCKEL, E. (1998): Workplace health promotion - The concept from a Swedish point of view. In: Breucker (1998), pp. 115-148.
- U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1987): *National survey of worksite health promotion activities*. Washington, D.C.: U. S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.

- U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1980): *Promoting health, prevent disease: objectives for the Nation*. Washington, D.C.: U. S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1991): *Healthy People 2000: National Health Promotion and Diseases Prevention Objectives*. Washington, D.C.: U. S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1993): *Health promotion goes to work: Programs with an impact*. Washington, D.C.: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- VAN DORMAEL, M. (1978): La médecine du travail, c'est la santé ? *Lettre d'Information*, (Bruxelles, GERM- Groupe d'Étude pour une Réforme de la Médecine), 122, Novembre, pp. 1-266.
- VRIES, H. (1995): Socio-economic differences in smoking: Dutch adolescents' beliefs and behaviour. *Soc. Sc.Med.*, 41(3), pp. 419-424.
- VROOM, V.H.; YETTON, P. (1973): *Leadership and decision making*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- WARHSAW, L.J.; MESSITE, J. (1998): Health protection and promotion in the workplace: an overview. In: Stellman (1998), pp. 15.2-15.8.
- WARNER, K. E. (1987): Selling health promotion to corporate America: Uses and abuses of the economic argument. *Health Education Quarterly*, 14(1), pp. 39-55.
- WARNER, K. E.; WICKIZER, T. M.; WOLFE, R. A.; SCHILDROTH, J. E.; SAMUELSON, M. H. (1988): Economic implications of workplace health promotion programs: Review of the literature. *Journal of Occupational Medicine*, 30(2), pp. 106-112.
- WHITMER, R. W. (1995): Health care cost. In: Kaman (1995), pp. 79-95.
- WILBUR, C.S. (1983): The Johnson & Johnson Program. *Preventive Medicine*, 12, pp. 672-681.
- WILBUR, S.W.; HARTWELL, T.D.; PISERCHIA, P.V. (1986): The Johnson & Johnson LIVE FOR LIFE™ Program: Its organization and evaluation plan. In: Cataldo, M.F.; Coates, T.J. (eds.) (1986): *Health and industry: A behavioural medicine perspective*. New York: John Wiley, pp. 338-350.
- WITTE, K. (1993): Managerial style and health promotion programs. *Soc. Sc. Med.*, 36(3), pp. 227-235.
- WHO (1984): *Health promotion. A discussion document on the concept and principles*. Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe.
- WHO; Health and Welfare Canada; Canadian Public Health Association (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. An International Conference on Health Promotion, November 17-21, Ottawa, Ontario, Canada.
- WHO (1988): *Health promotion for working populations: A report of a WHO expert committee*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- WHO (1991): *Lifestyle and health risks at the workplace*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe (European Occupational Health Series, 2).
- WHO (1995): *Health promotion in the workplace: Strategy options*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe (European Occupational Health Series, 10).
- WHO (1997): The role of occupational health services in the promotion of work ability and health. Report on a WHO Consultation, Turku, Finland, 11-12 November 1996. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe (EUR/ICPEHPM 05 03 03. English only. Unedited).
- WOOD, S.J. (1990): Post-Fordism and the Japanization of the labor process theory: Where goes the skilling debate ? In: Enander, A.; Gustavsson, B.; Karlsson, J.C.; Starrin, B. (eds.): *Work and Welfare: Papers from the Second Karlstad Symposium on Work, June 18-20, 1990*. Karlstad, Sweden: University of Karlstad, pp. 105-124.
- WYNNE, R. (1989): Workplace action for health: A selective review and a framework for analysis. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Working paper no. EF/WP/89/30/EN).
- WYNNE, R. (1990): Innovative workplace actions for health: an overview of the situation in seven EC countries. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Working paper no. EF/WP/90/35/EN).
- WYNNE, R. (1994): Workplace health promotion: A specification for training. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Working paper no. WP/94/22/EN).
- WYNNE, R. (1998): *A manual for training in workplace health promotion*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- WYNNE, R. (1998a): What makes workplace health promotion work ? Findings from the European Foundation's research programme. In: Breucker (1998), pp. 15-25.
- WYNNE, R.; CLARKIN, N. (1992): *Under construction: Building for health at EC workplace*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.