

Saúde e (ou) Trabalho (?)

António Sousa-Uva
Florentino Serranheira



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 300 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



António Sousa-Uva
Florentino Serranheira

Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Saúde e (ou) Trabalho (?)

1ª Edição
Porto Alegre
2026





Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editores-Chefes: Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto

Editores Associados: Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Fernanda Cornelius Lange, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Sheila Rubia Lindner, Stela Nazareth Meneghel, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, Virgínia de Menezes Portes

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorigo (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial
Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman
Carolina Araújo Londero

Revisão
Tiago Estrela da Cunha Moraes

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação
Lucia Pouchain
Imagem capa
Jon Tyson em unsplash.com

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

S255

Saúde e (ou) trabalho (?) / Antônio Sousa-Uva, Florentino Serranheira – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2026.

192 p. (Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, v. 27).

E-book: 12.5 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-293-6

DOI: 10.18310/9786554622936

1. Saúde Ocupacional. 2. Condições de Trabalho. 3. Processos de Trabalho. 4. Ambiente de Trabalho.
I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 400-495

CDU 331.47

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



Sumário

Índice de Figuras	10
Índice de Quadros	11
Prefácio	13
1. Trabalho e Saúde (Doença ou Acidente): interdependências e interinfluências	19
1.1. A conjuntura do trabalho.....	21
1.2. Fatores de risco (profissionais)	39
1.3. Influência dos fatores de risco profissionais na doença	47
1.4. Prevenção dos riscos profissionais.....	54
1.5. Estratégias de Saúde e Segurança do Trabalho (SST).....	59
1.6. Estratégia Global de Saúde e Segurança do Trabalho 2024-2030	63
2. Relações entre o trabalho e a saúde (doença)	67
2.1. Modelos das interações trabalho-saúde (doença)	69
2.2. Sistemas de trabalho	71
2.3. Processos de interação e interinfluência no sistema de trabalho.....	74

2.4. Influências do trabalho na saúde (doença).....	75
2.5. Prevenção dos riscos profissionais.....	78
2.6. Estratégias de Prevenção	81
3. Saúde e Trabalho: uma perspetiva salutogénica	87
3.1. Promoção da Saúde: a evolução dos conceitos.....	89
3.2. A saúde multidimensional e sistémica e o indivíduo inserido num sistema de trabalho	100
3.3. Promoção da saúde e o mundo do trabalho.....	103
3.3.1. Desenvolvimento dos sistemas produtivos: Taylorismo e Fordismo	104
3.3.2. Írculos de controlo da qualidade.....	108
3.4. Promoção da saúde no local de trabalho	109
3.4.1. Programas de vigilância da saúde dos trabalhadores e de promoção da saúde no local de trabalho	110
3.4.2. Exemplos de Programas de Promoção da Saúde no Local de Trabalho (PSLT)	112
3.5. Eventos internacionais no contexto da Promoção da Saúde no Local de Trabalho	117
3.6. Literacia e Promoção da Saúde no Local de Trabalho	119
3.6.1. Literacia em Saúde	119
3.6.2. Literacia em Saúde e Segurança do Trabalho	121

3.7. A Atividade de Trabalho e a Promoção da Saúde no Local de Trabalho	122
3.7.1. Promoção da Saúde no Local de Trabalho (PSLT): contributo da Ergonomia.....	122
3.7.2. A abordagem participativa da Ergonomia e a PSLT	133
3.8. Integração da PSLT e da Ergonomia na Política de SST das Empresas	150
4. Manutenção da capacidade de trabalho	159
4.1. Trabalho <i>vs.</i> Trabalho Humano	162
4.2. Aspetos decisivos sobre a aptidão para o trabalho	167
4.3. Avaliação da aptidão para o trabalho	172
4.4. Investir na manutenção da capacidade de trabalho	174
Bibliografia.....	179

Índice de Figuras

Figura 1. Situação de trabalho (perspetiva da Ergonomia).....	22
Figura 2. Condicionantes/determinantes do trabalho.....	23
Figura 3. Atividade de trabalho – trabalho real.....	24
Figura 4. Efeitos da atividade de trabalho – sobre o trabalhador e o sistema	24
Figura 5. Fatores de risco profissional	40
Figura 6. Modelo geral de relações trabalho/saúde (ou doença)	70
Figura 7. Modelo de relações trabalho/saúde (ou doença) da OMS, 1973 (adaptado de Faria e Uva, 1988)	71
Figura 8. Determinantes da saúde (Loureiro e Miranda, 2010 - adaptado do modelo de Dahlgren e Whitehead, 1991 – imagem gentilmente cedida pelas autoras)	93
Figura 9. Emblema da Promoção da Saúde (Ottawa, 1986)	100
Figura 10. Programa da abordagem participativa da Ergonomia.....	136
Figura 11. Avaliação do nível de motivação para a participação na empresa/ organização (adaptado de Prochaska; DiClemente, 1982)	138
Figura 12. Processo de mudança com base na abordagem participativa da Ergonomia (adaptado de Rivilis et al., 2008)......	148
Figura 13. Relações entre o trabalho e os trabalhadores	162
Figura 14. Harmonia entre trabalho e trabalhadores	166
Figura 15. Avaliação da aptidão para o trabalho (adaptado de Palmer; Brown, 2013)......	168
Figura 16. Manutenção da capacidade de trabalho (adaptado de Tuomi et al., 2001)......	175

Índice de Quadros

Quadro 1. Modelos de sistemas sociotécnicos e antropotécnicos (adaptado de Carayon, 2006).....	72
Quadro 2. Diferenças entre os sistemas sociotécnicos e antropotécnicos	73
Quadro 3. Dimensões da complexidade do sistema de trabalho (adaptado de Vincent, 2003).....	74
Quadro 4. Importância das dimensões na abordagem participativa da Ergonomia (adaptado de Hignett et al., 2005).....	147
Quadro 5. Aptidão para o trabalho, o que se avalia? (adaptado de Palmer; Brown, 2013).....	170

Prefácio

O trabalho tem sido um importante determinante do desenvolvimento humano e, na história da humanidade, foi (e ainda é) o grande (e principal) fator de criação de riqueza e de desenvolvimento social. Interessa, também por isso, que a salubridade dos ambientes de trabalho seja valorizada já que trabalhadores saudáveis e seguros em locais de trabalho, igualmente, saudáveis e seguros, são, por certo, mais produtivos e, dessa forma, melhores contribuintes para o desenvolvimento económico e social que o trabalho pode (e deve) oferecer às sociedades modernas.

É fundamental que exista um substancial investimento da sociedade em ambientes de trabalho saudáveis e seguros. Todavia, para que o trabalho seja realizado por trabalhadores saudáveis e seguros, há um conjunto de aspetos que não se esgotam apenas nos ambientes de trabalho. O investimento deve igualmente orientar-se para a criação da maior harmonia possível entre as exigências do trabalho e as características, de diversa ordem, dos trabalhadores.

O mundo do trabalho está em constante modificação, não só pelas profundas mudanças dos processos de produção, mas também pela evolução da Economia. De facto, observam-se profundas alterações na atividade económica que determinam importantes fluxos de trabalhadores entre os seus sectores de atividade. Apenas a título de exemplo, o número de trabalhadores no sector primário tem-se reduzido de forma vincada, enquanto no sector secundário tal se verifica de forma menos visível. Estes acontecimentos conduziram a uma crescente terciarização da Economia com evidentes repercussões nas relações entre o trabalho e a saúde. Por outro lado, também a globalização da Economia mundial tem fomentado grandes mudanças no mundo do trabalho, assim como o aumento da esperança de vida associado a um acréscimo da idade

da aposentação ou reforma. Entre nós, essa idade já se aproxima dos 67 anos sem que a legislação enquadre a necessidade dos locais e das exigências do trabalho se adaptarem às alterações (naturais) dos trabalhadores, decorrentes do processo de envelhecimento.

Tal “revolução” no mundo do trabalho é ainda mais vincada com a constante introdução de novas tecnologias e de novas formas de organização do trabalho. As tecnologias de informação e de comunicação, a robotização ou a “uberização” são disso, excelentes exemplos para não referir o impacto ainda mal conhecido da inteligência artificial. A recente situação de grande engenho relacionada com a situação pandémica da COVID-19 veio ainda revelar que os modelos vigentes de organização e funcionamento dos serviços de Saúde e Segurança do Trabalho não se revelaram totalmente adequados para uma resposta apropriada, por exemplo, à manutenção das necessidades das comunidades por parte dos setores não “telefuncionáveis”.

Apesar disso, a abordagem dos problemas do âmbito da Saúde do Trabalhador ou da Saúde Ocupacional (ou ainda da Segurança, Higiene e Saúde dos Trabalhadores nos Locais de Trabalho, se se preferir essa designação) continua a não ser globalizada. Existem, internacionalmente, contextos normativos muito díspares que têm criado profundas desigualdades em Saúde e Segurança do Trabalho e, consequentemente, na saúde e segurança dos trabalhadores.

Para ilustrar algumas das mudanças, basta referir o crescente reconhecimento dos fatores profissionais de natureza psicossocial na saúde dos trabalhadores, ainda assim, valorizados de forma insuficiente. Mas as alterações a nível da saúde e segurança dos trabalhadores não se esgotam nos aspetos decorrentes da terciarização crescente da economia, sendo necessárias respostas organizadas da sociedade. E essas respostas devem ser bem diversas das adotadas pelos modelos de gestão de riscos profissionais “tradicionais”, como por exemplo, os adotados para lidar com os fatores de risco de natureza física e química e os respetivos riscos profissionais, visto que nos encontramos num “novo” mundo do trabalho.

O maior desafio parece residir num conjunto de “novas” relações entre o trabalho e a saúde (doença). Os efeitos ou as consequências do trabalho na saúde dos trabalhadores mantêm-se, quase sempre, pouco valorizados devido à sua (reduzida) importância social. Apesar do trabalho adquirir um papel cada vez mais marcado na matriz causal de muitas doenças consideradas como civilizacionais e de não se confinar ao papel etiológico determinante, classicamente reconhecido para os acidentes de trabalho e as doenças profissionais, a sociedade, política e empresarial, dificilmente aceita esta relação. No concreto, a crescente incidência das denominadas “doenças relacionadas com o trabalho”, em que o trabalho é um cofator na matriz etiológica, para não falar das “doenças agravadas pelo trabalho” que colocam ainda mais desafios, reflete, ainda que de forma frequentemente subvalorizada, a dificuldade de análise (e melhoria) das atuais relações entre o trabalho e a saúde/doença no contexto da prevenção.

Dito de forma diversa, na atualidade, é preciso olhar não só para as situações em que o trabalho contém o agente causal da doença ou do acidente, mas ainda para todos os tipos de relações que existem entre o trabalho e a doença. Tal determina importantes mudanças e um conjunto de maiores (e novos) desafios para a sua prevenção, que abrangem muitos outros aspetos não confinados, em exclusivo, à perspectiva clássica da Saúde e Segurança do Trabalho (SST).

São ainda necessárias profundas transformações no papel atualmente atribuído à SST que deverá adequar-se a essa realidade, designadamente a novos modelos organizacionais e recursos a adotar para garantir a efetividade da prevenção dos riscos profissionais e, também, da promoção da saúde no local de trabalho (PSLT).

Apesar das vincadas mudanças no “mundo do trabalho”, os modelos de atuação e de organização de serviços de prevenção permanecem, aparentemente, “alinhados” com a necessidade de combater os riscos profissionais “tradicionais” o que, no mínimo, coloca em causa a sua adequação

às “novas” necessidades de proteger e valorizar a saúde e a segurança de quem trabalha nas atuais bem mais complexas situações de trabalho.

Por outro lado, as relações entre o trabalho e a doença, na realidade atual, devem centrar-se na atividade profissional, isto é, no que os trabalhadores efetivamente fazem e como o fazem e não unicamente nas condições de trabalho (na perspectiva da Saúde Ocupacional), frequentemente analisadas apenas na sua componente prescrita.

O número e a diversidade dos fatores de risco para a saúde, potencialmente existentes num ambiente de trabalho, são consideráveis. Esses fatores são, como se sabe, classificados, consoante a sua natureza, em fatores de risco físicos, químicos, biológicos, psicossociais e relacionados com a atividade (ergonómicos, para alguns autores). Apesar disso, as metodologias de avaliação e gestão dos riscos profissionais mais prevalentes continuam, como se referiu, a incidir nos modelos desenvolvidos para a avaliação e a gestão dos riscos de natureza química e física.

É, por isso, necessário reinventar novas abordagens das relações entre o mundo do trabalho e a saúde dos trabalhadores, valorizando mais a saúde (e a segurança) dos trabalhadores do que a Saúde e Segurança do Trabalho na sua perspectiva mais tradicional. É necessário dar maior importância ao trabalhador, às suas características, capacidades e limitações, inclusive na perspectiva da Promoção da Saúde.

A opção nunca poderá ser feita na dicotomia “ou trabalho ou saúde” devendo qualquer trabalho ser concebido para ter “trabalhadores saudáveis e seguros em locais de trabalho igualmente saudáveis e seguros”. Ou seja, “trabalho com saúde” em vez de “ou trabalho ou saúde”. Afinal, estamos sempre a falar em “trabalho humano” e não apenas em trabalho na perspectiva económica. Para além disso, é fundamental garantir que o trabalho d(ar)á sempre saúde!

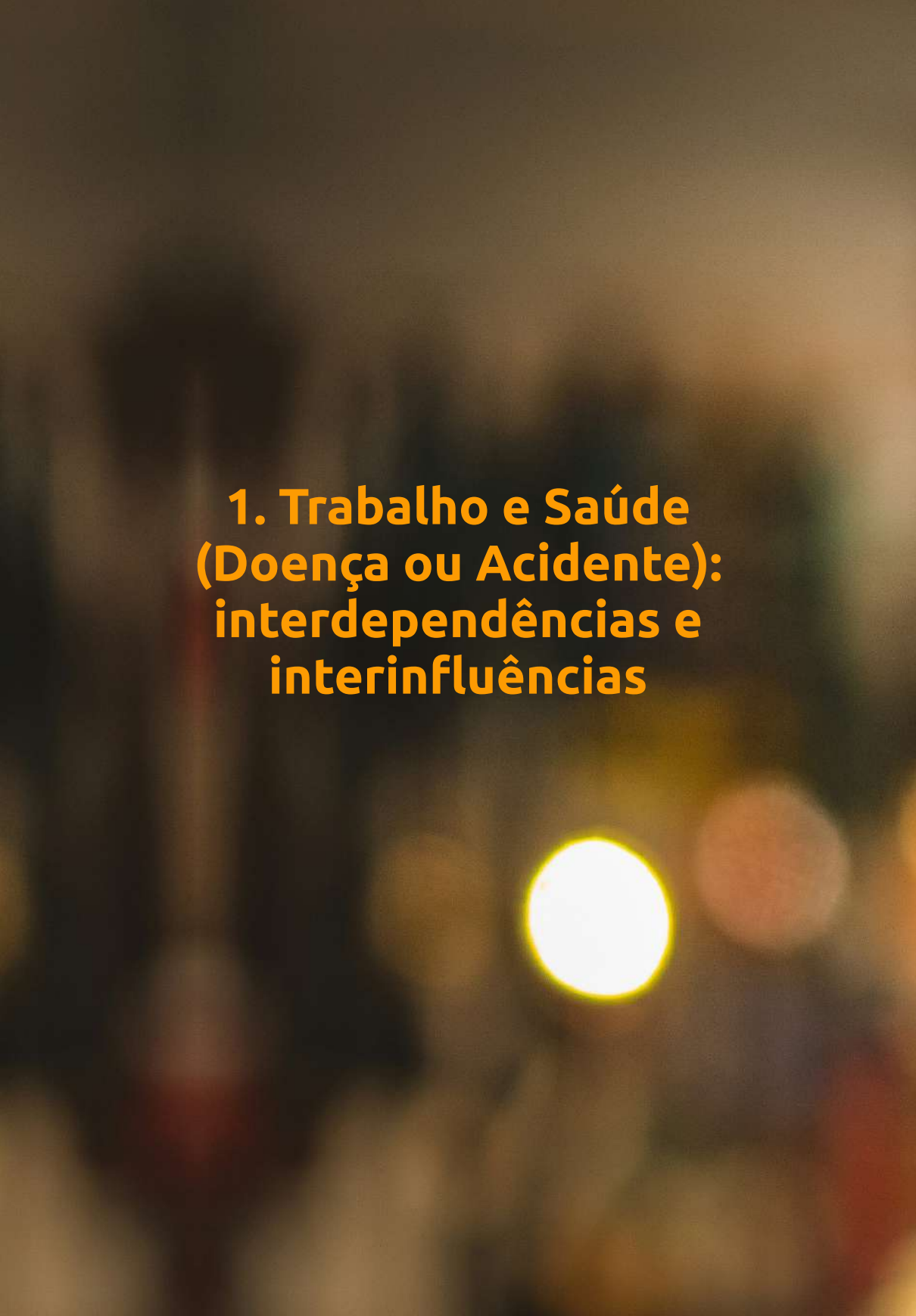
Seguramente não será fácil atingir esse objetivo, até porque a saúde (e segurança) deverá ser, acima de tudo e como já foi referido, do trabalhador.

Apenas com a conceção de locais de trabalho saudáveis (e seguros), adaptados a trabalhadores reais, aqueles que aí estão a desempenhar as suas funções profissionais, será possível garantir uma sociedade mais harmoniosa com trabalhadores saudáveis e produtivos e, assim, ambicionar um efetivo desenvolvimento social.

Este livro, na sequência de um anterior (Saúde, Doença e Trabalho: ganhar ou perder a vida a trabalhar) procura o “empoderamento” de todos os intervenientes (trabalhadores, empregadores, profissionais de Saúde e Segurança do Trabalho e órgãos responsáveis por políticas públicas nesse âmbito), na perspetiva de contribuir para que existam, cada vez mais, trabalhadores saudáveis (e seguros) em locais de trabalho igualmente saudáveis e seguros. Esse caminho faz-se caminhando e a sua progressão também depende de mais e melhores escolhas. Oxalá possamos com mais esta iniciativa, humildemente, contribuir para isso.

Lisboa, 30 de janeiro de 2026

António Sousa-Uva e Florentino Serranheira



1. Trabalho e Saúde (Doença ou Acidente): interdependências e interinfluências

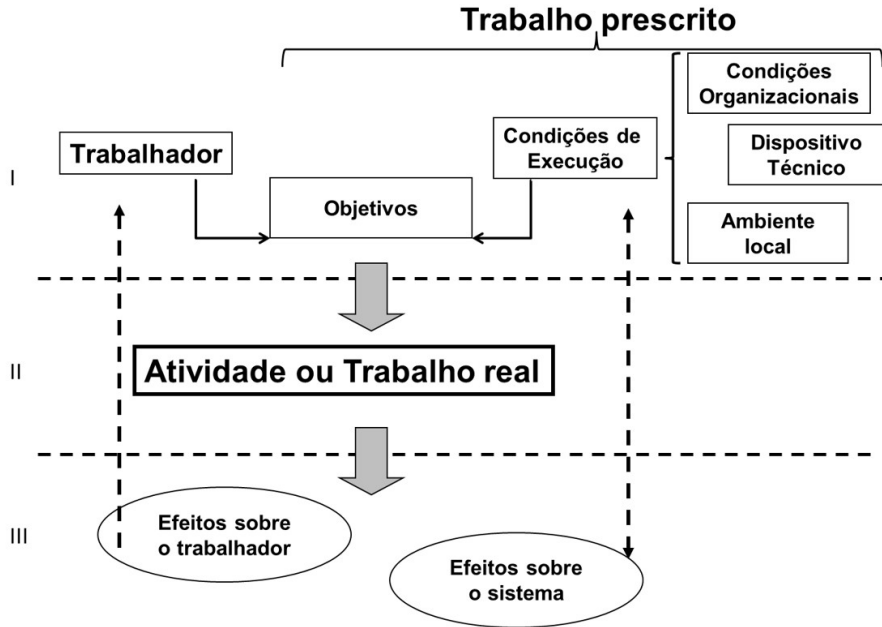
Todos os contextos de trabalho encerram grande complexidade, desde logo porque o “trabalho é uma atividade forçada” (Leplat; Cuny, 2005), que depende de um vasto conjunto de elementos em constante interação e que se reúnem e interpenetram para atingir um determinado fim. Acresce a circunstância desses elementos ocorrerem numa ordem aleatória.

1.1. A conjuntura do trabalho

A compreensão do trabalho exige a sistematização de um conjunto de elementos, assim como o entendimento das múltiplas e constantes inter-relações existentes. No essencial, o contexto (ou situação) de trabalho é constituído por três grandes níveis (Leplat; Cuny, 2005):

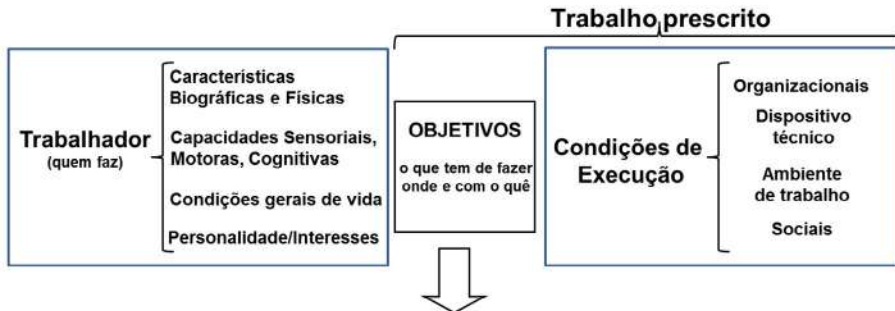
1. as **condicionantes do trabalho** (trabalho prescrito);
2. a **atividade de trabalho** (trabalho real, que nunca é igual ao trabalho prescrito);
3. os **resultados** ou as consequências do trabalho (**Figura 1**).

Figura 1. Situação de trabalho (perspetiva da Ergonomia)



Na base de todos os sistemas de trabalho encontram-se as **condicionantes do trabalho (ou da atividade)**, que englobam os “objetivos ou metas” impostos pela organização, os trabalhadores e as suas características, assim como as condições de execução, onde se incluem as condições organizacionais, o dispositivo técnico, os locais e o ambiente de trabalho (este entendido no seu sentido mais amplo, que não se esgota no espaço físico de trabalho). Estes são os “**determinantes (ou condicionantes) do trabalho real (ou da atividade)**” (Figura 2) e, por consequência das **relações trabalho/doença** que se impõem em cada organização e em cada local de trabalho.

Figura 2. Condicionantes/determinantes do trabalho



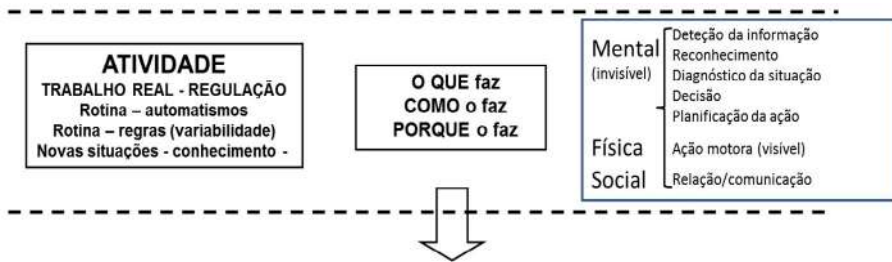
Importa sublinhar que a referida complexidade do designado “contexto de trabalho”, em particular da **atividade de trabalho (Figura 3)**, frequentemente estudada sob diversos prismas no âmbito das correntes da Gestão do Trabalho e da Sociologia do Trabalho, entre outras, é recorrentemente “distorcida”, em função da perspectiva disciplinar adotada.

Por um lado, “o trabalho” é observado e analisado com base na produção, na produtividade e, em particular, na sua componente quantitativa e no modo como se produzem mais-valias. Por outro, é visto como um elemento que reflete, em geral, as relações de força entre uma organização, o trabalhador e a sociedade. É fácil valorizar o peso relativo de cada uma das partes e deduzir o potencial desequilíbrio do valor atribuído a cada uma.

O trabalhador responde ao que lhe é exigido, todavia, a sociedade tende a dar maior destaque às atitudes, responsabilidades e comportamentos do trabalhador (que, com frequência, estão na base das falhas, lapsos e erros, genericamente perspetivados na lógica da irresponsabilidade, da falta de atenção e dos descuidos do trabalhador) em situação de trabalho.

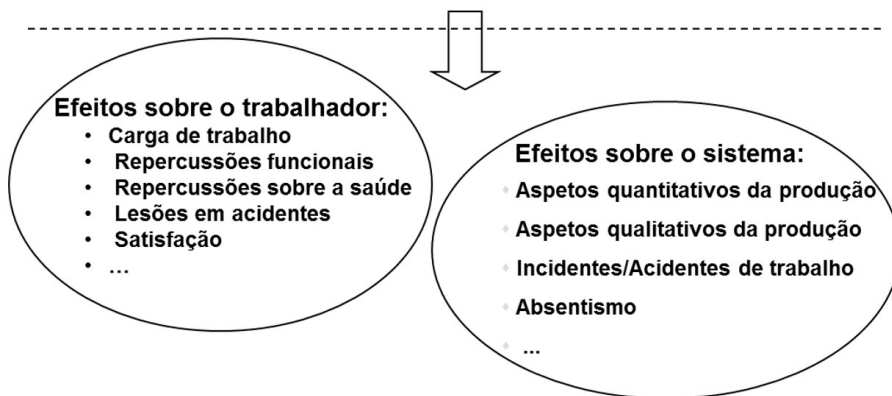
No contexto da Saúde Ocupacional e da Ergonomia em particular, as falhas, os lapsos e os erros dos trabalhadores em situações concretas de trabalho estão frequentemente associados à errada conceção do trabalho, quer na sua componente organizacional (como horários, hierarquias, objetivos, ...), quer física (espaços, ferramentas, equipamentos, ...).

Figura 3. Atividade de trabalho – trabalho real



Apesar do processo de regulação da atividade pelos trabalhadores, que lhes permite atingir os objetivos impostos pela organização no tempo, no espaço e com os meios que dispõem, observam-se sempre efeitos dessa atividade (**Figura 4**). Do lado da organização identificam-se, por exemplo, os aspetos produtivos, quer de qualidade, quer de quantidade, e do lado do trabalhador são observados, por exemplo, efeitos ao nível do seu estado de saúde (e segurança).

Figura 4. Efeitos da atividade de trabalho – sobre o trabalhador e o sistema



O trabalho e as condições em que esse trabalho é desenvolvido (condições ou condicionantes de trabalho) constituem, antes de mais, uma componente social, económica e política que, independentemente

da abordagem utilizada, reflete sistematicamente aspectos da cultura e do desenvolvimento social e cultural de um povo ou de um país. Basta, para ilustrar essa afirmação, referir o valor do trabalho em diversos contextos sociopolíticos, ou em determinados países em que, por exemplo, esse valor se pode encontrar muito próximo do valor da família.

Apesar de todas as perspectivas de análise do trabalho deverem ser respeitadas, em Saúde e Segurança do Trabalho (SST) o trabalho deve ser analisado holisticamente, sem suposições apriorísticas. A base dessa análise deve ser alicerçada em modelos sistêmicos e integrados que permitam compreender o trabalho e, desse modo, contribuir para a prevenção dos acidentes de trabalho, das doenças profissionais e de outras doenças relacionadas ou agravadas pelo trabalho, assim como das potenciais incapacidades delas resultantes. Essa abordagem deve igualmente ser considerada na Promoção da Saúde no Local de Trabalho (PSLT).

Para compreender melhor essa realidade, importa referir algumas breves notas historiográficas. A primeira importante obra que faz a descrição das relações trabalho/doença é de Bernadino Ramazzini, na sua célebre obra “De morbis artificum diatriba”. Trata-se de um tratado sobre as doenças dos artesãos, em 52 diferentes profissões, que descreveu detalhadamente esses contextos de trabalho e, em particular, os efeitos nocivos (adversos) do trabalho nos trabalhadores, organizado por profissões (Ramazzini, 1987; Ramazzini et al., 1990; Ramazzini, 2016).

Bernadino Ramazzini, ao constatar a elevada prevalência de algumas patologias em determinados grupos de trabalhadores e após uma breve análise do trabalho e da forma como era desempenhado, estabeleceu, entre muitas outras, relações trabalho/doença. Identificou, por exemplo, associações entre as lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho (LMELT) e a execução de gestos e movimentos repetitivos e/ou posições articulares extremas (fora dos ângulos intersegmentares de conforto).

Observou e descreveu ainda a relação entre o trabalho e várias doenças profissionais devidas a fatores de risco físicos, em diferentes atividades com exigências distintas, por exemplo:

1. Nos escribas e nos talhantes – observou exigências a nível dos membros superiores dos escribas, enquanto trabalhadores, a quem eram exigidas posturas predominantemente estáticas e não neutras, e dos talhantes, a quem eram solicitadas posturas extremas articulares e elevadas exigências de força. Ambos os casos originavam, com frequência, LMELT;
2. Nos lenhadores e nos trabalhadores da construção – as exigências do trabalho consistiam no levantamento e transporte de cargas com aplicação de força, das quais resultavam repercussões negativas, na maioria dos casos, a nível da coluna vertebral, designadamente hérnias ou lesões degenerativas discais e/ou das apófises articulares, para não referir as raquialgias, designadamente as lombalgias.

Posteriormente, surgiram diversas correntes de pensamento sobre o trabalho e o papel dos trabalhadores. Para a maioria dos autores, até ao final da 2ª grande guerra, como Adam Smith (1723-1790), Frederick Taylor (1865-1915) e Henry Ford (1863-1947), o “modelo de gestão e organização do trabalho” mais prevalente dissociava a mente do corpo, dicotomizando, arbitrariamente, o trabalho em intelectual e físico (“braçal”). Paradoxalmente, tal divisão ainda vai permanecendo em abordagens das relações trabalho/doença (acidente) determinando importantes vieses de análise de causas em metodologias, por exemplo, de avaliação de riscos profissionais.

Em termos práticos, a conceção do trabalho, a partir de modelos de análise do trabalho que se centravam na seleção do trabalhador mais adequado em função das exigências e responsabilidades do ofício, ficava a cargo dos diretores e encarregados das empresas, enquanto a execução era da responsabilidade dos

trabalhadores. Taylor chegou mesmo a afirmar que “o trabalhador deveria deixar a cabeça e o chapéu no bengaleiro”, pois apenas lhe competia cumprir o que lhe era determinado, devendo executá-lo de acordo com o solicitado e utilizando, para tal, as suas capacidades e competências (“*skills*”).

Mais tarde, ainda antes da 2ª Guerra Mundial, Frank e Lillian Gilbert (1912), preocupados com as deficientes formas de trabalho vigentes, contribuíram para tornar o trabalho mais eficiente e menos fatigante. Apoiaram-se em modelos de análise do trabalho baseados no tempo de realização de tarefas ou funções pré-estabelecidas e elaboraram o procedimento de “análise de métodos e tempos” (MTM) na Construção Civil. Os princípios dessa metodologia continuam a ser amplamente utilizados na indústria, nomeadamente no trabalho em série (linhas de produção), geralmente com cadências impostas, determinando decisivamente os ritmos de trabalho.

Com a 2ª Grande Guerra e consequente valorização do ser humano, quer enquanto combatente, quer como elemento fundamental para a produção e a logística, emergiu uma “nova área”, a Ergonomia, que elaborou um modelo sistémico de análise do trabalho (a Análise Ergonómica do Trabalho - AET). Este modelo contribuiu para a procura de uma maior harmonia entre o trabalho e o trabalhador, lançando as bases da Ergonomia em Saúde Ocupacional no período posterior à guerra.

Nessa época, em oposição às correntes dominantes da organização do trabalho, atribuiu-se uma substantiva importância ao conhecimento das inter-relações (e das interdependências e interinfluências) entre as características humanas, por exemplo, fisiológicas, antropométricas e biomecânicas, e os locais e meios de trabalho, incluindo a “máquina”. Tal abordagem permitiu avançar significativamente na compreensão das capacidades do trabalhador em atividade, evidenciando a necessidade de adaptação do trabalho ao homem (ou mulher), em oposição à prática então dominante de “selecionar o trabalhador” para um trabalho que, no essencial, se considerava imutável. Como exemplo atual, observa-se ainda que, em algumas empresas, os exames

médicos de admissão são, por vezes, erradamente integrados no “processo” de seleção de trabalhadores para uma determinada atividade profissional e pouco “específicos” para a atividade concreta de trabalho.

Contrariamente ao modelo da “gestão científica do trabalho”, iniciado por Taylor, centrado na racionalização do trabalho e sobre a seleção do “trabalhador ideal” (aquele com as características físicas e mentais mais adequadas que lhe permitam executar o trabalho com destreza e responsabilidade), a AET propôs uma abordagem mais humanista, focada em compreender “**como**” o trabalho devia ser realizado (atividade de trabalho). O objetivo passou a ser garantir a adequação do trabalho às características, capacidades e limitações do trabalhador, assegurando, simultaneamente, a saúde e segurança de quem trabalha, ainda que sempre num contexto de otimização/maximização da produção, como se espera numa empresa ou noutra qualquer organização.

Compreender o trabalho tornou-se essencial para identificar e descrever os seus diversos componentes (**Figura 1**), centrando o estudo na atividade real de trabalho, que inclui a componente mental ou invisível e os modos operatórios ou visíveis, entendidos como uma resposta do trabalhador às exigências que lhe foram colocadas. Essa compreensão permitiu valorizar os diversos elementos do processo de regulação, que implicavam, da parte do trabalhador, entre outros:

- (i) a interiorização dos objetivos propostos pela organização;
- (ii) a comparação, momento a momento, desses objetivos propostos com a realidade (objetivos efetivamente atingidos);
- (iii) os interesses individuais dos trabalhadores.

De facto, compreender a relação entre as condicionantes do trabalho, a atividade e as suas consequências permite antecipar efeitos previsíveis, tanto

para a produção nas suas dimensões qualitativa e quantitativa, que justificam a razão da configuração do trabalho, como a nível das consequências para a saúde(doença) e a (in)segurança dos trabalhadores nos locais de trabalho.

Atualmente, a Análise Ergonómica do Trabalho (AET), apesar de frequentemente subvalorizada, quer no contexto da Saúde e Segurança do Trabalho, quer de algumas abordagens da própria Ergonomia, revela-se como uma importante metodologia que permite a transição para um novo paradigma do trabalho, essencialmente centrado no trabalhador e na adaptação dos meios e condições (ou condicionantes) de trabalho às suas características concretas.

De forma prática, esse modelo de análise permite descrever e evidenciar o conjunto de elementos que interagem entre si no **contexto de trabalho**, designadamente:

1. as **condicionantes do trabalho** – que determinam a **tarefa** ou o **trabalho prescrito** – incluem:
 - a **organização do trabalho** que é constituída por um conjunto de elementos que controla as condições, os meios e os processos de trabalho. É concebida para atingir os objetivos de produção e **determina a seleção do(a)s trabalhadores(as)**, de acordo com as exigências do trabalho. Tais imposições podem ser mais simples ou, pelo contrário, podem ser tecnologicamente exigentes, com atividades de maior ou menor nível de dependência, de acordo com o grau de autonomia (margem de manobra) atribuído ao trabalhador na planificação e na seleção dos métodos de execução. O trabalho pode ter um conjunto imposto de procedimentos ou, ainda, pode ser contínuo no tempo ou num horário “*nine to five*”. Pode, por outro lado, exigir (ou não) uma qualificação prévia e experiência do trabalhador(a). Pode ser reduzido a uma função ou tarefa (em cadeia) ou enriquecido com um conjunto de funções.

Cada uma destas condicionantes organizacionais, entre outras, associa-se às modalidades de execução individual do trabalho, designadamente aos horários de trabalho (fixos, alternados, por turnos, ...), à distribuição das pausas, à cadência imposta num determinado ciclo (segundo, minuto, hora, dia, mês, ano, ...), aos modos de remuneração (fixa, trabalho à peça, incentivos, ...), às normas da qualidade do produto.

- o **dispositivo e os meios técnicos e tecnológicos** que influenciam a conceção, planificação e organização do sistema produtivo, bem como as necessidades de formação do(a)s trabalhadores(as). Atualmente as máquinas controladas por sistemas informáticos são frequentemente utilizadas, provocando alterações substantivas nas exigências da sua utilização/operação: tarefas que anteriormente exigiam elevadas exigências físicas, exigem agora vigilância, atenção constante e ação num teclado ou num “*joystick*”. Do mesmo modo, os espaços amplos utilizados para dispor diferentes máquinas, foram reduzidos, chegando a dimensões mínimas e até a dispositivos encastráveis;
- as **caraterísticas individuais dos trabalhadores** são tradicionalmente consideradas na seleção profissional pelos Recursos Humanos das empresas e incluem:
 - i. as características físicas gerais e o estado de saúde, essenciais para compreender a adaptação entre o(a) trabalhador(a) e o trabalho, e porque os aspetos relacionados com a saúde individual podem ser determinantes para funções com exigências específicas, como por exemplo o trabalho em altura;
 - ii. as capacidades (e a manutenção da sua integridade) sensoriais, cognitivas e motoras que, dependendo das exigências, das características da receção (visual, auditiva, percetiva, ...),

do tratamento e da resposta mental e física em situação real de trabalho. Por exemplo essas capacidades, no controlo de tráfego aéreo ou na movimentação de cargas, são fundamentais para um bom desempenho e devem manter-se nas suas melhores condições durante um determinado período de trabalho, evitando (ou reduzindo), também a possibilidade de fadiga mental ou física e garantindo que o trabalho permite a recuperação funcional;

- iii. as capacidades psicológicas, tais como a motivação, a satisfação e, mais recentemente, a resiliência, são determinantes bem estudadas, mas sobre as quais a variabilidade individual se revela muito marcada;
- iv. as características biográficas, principalmente a idade, o sexo e a experiência são, igualmente relevantes, sendo, por exemplo, a idade um determinante que se altera com os anos. De facto, o que é fisicamente fácil e mentalmente exigente para um jovem pode tornar-se monótono, mas fisicamente penoso, para um trabalhador menos jovem;
- v. as características sociais, designadamente as económicas, de transporte e de vida, constituem-se igualmente como decisivas porque influenciam as capacidades dos trabalhadores. Por exemplo, a distância de casa ao trabalho está, muitas vezes, relacionada com o tempo de deslocação e, se a isso acrescentarmos as condições de transporte, logo se constatará a presença de pressão para “chegar a horas” e a sua potencial influência na saúde física e mental do(a)s trabalhadores(as).

2. **a atividade de trabalho ou trabalho real** é a resposta do trabalhador (processo de regulação) às solicitações que lhe são

colocadas no tempo e no local e que deve executar para atingir os objetivos prescritos (**o que** é efetivamente feito, a forma **como** é feito o desempenho da atividade e a razão, **o porquê**, porque o trabalho é realizado dessa ou daquela forma). Representa a atividade real de trabalho ou simplesmente o trabalho real. Integra as dificuldades concretas que cada situação apresenta para o trabalhador, em cada momento, incluindo a percepção do estado de funcionamento do sistema e as estratégias que o(a) trabalhador(a) adota para responder às exigências do trabalho. Fá-lo constantemente, por um lado, através da comparação (exigências mentais) dos objetivos prescritos com os atingidos e, por outro, pelos comportamentos que executa para os atingir (exigências físicas). Facilmente se compreende a dicotomia entre o cumprir/alcançar os objetivos exigidos pela organização/empresa e a manutenção de níveis individuais de segurança e de saúde adequados. A questão é inevitável: por que é que os trabalhadores têm comportamentos que colocam em risco a sua saúde e segurança? A resposta é clara: quando as condicionantes do trabalho são mal concebidas, de alguma forma inadequadas ao trabalhador concreto, criam-se ou ampliam-se situações de exposição a fatores de risco durante a atividade de trabalho que podem colocar a saúde e a segurança dos trabalhadores em risco, no local de trabalho.

3. os **resultados** ou os **efeitos da atividade** sobre o trabalhador (ex.: a nível da saúde, segurança e conforto) e sobre o sistema produtivo (ex.: a quantidade e a qualidade da produção, o absentismo, o turnover, a rotatividade, ...) são consequências diretas do contexto da situação de trabalho. Tal como já foi referido o trabalho real, ou a atividade de trabalho, não são neutros e estão sempre associados

a consequências que afetam diretamente os trabalhadores e a organização/empresa. Os resultados podem ser de elevada gravidade social quando se trata de acidentes de trabalho e de doenças profissionais. Podem, também, constituir-se como fatores de vantagem competitiva para as organizações, se a sua tradução quantitativa, e/ou qualitativa, se revelar importante.

O **modelo sistémico desenvolvido pela AET** permite, no contexto de trabalho, **confrontar o trabalho prescrito com o trabalho real** nos seus respetivos momentos:

1. análise da tarefa

Consiste na **identificação de um conjunto de funções a realizar no posto de trabalho** objeto de estudo (**prescritas**), incluindo:

- a. a identificação das condicionantes externas (condições ou condicionantes de trabalho) e internas (caraterísticas do trabalhador ou variáveis individuais, como a situação de saúde do trabalhador);
- b. a descrição do local de trabalho, dos meios, dos equipamentos, das funções e das subfunções;
- c. a identificação das respetivas exigências mentais e físicas que, em termos organizacionais, de produtividade e de tempo, permitem descrever com detalhe o trabalho prescrito;

2. análise da atividade real de trabalho

A atividade real de trabalho integra:

- a. **análise da componente visível** – como o trabalhador executa o seu trabalho (por local e por função/subactividade). Inclui, por exemplo, os modos operatórios em cada subactividade, a respetiva descrição postural, a descrição de deslocamentos e a sequência de movimentos/gestos efetuados, assim como, por exemplo, a avaliação dos momentos de aplicação de força e do tipo de trabalho físico existente;
- b. **análise da componente cognitiva do trabalho** – o porquê das opções e decisões tomadas. Face às múltiplas opções e possibilidades (componente invisível e extremamente importante na análise, conceção e avaliação de sistemas complexos), incluindo a análise do processo de identificação (ex.: direção do olhar) e tratamento da informação, a análise do processo decisional realiza para a ação e o controlo que faz dessa ação. Cada trabalhador faz uma comparação permanente entre o esperado e o real, num processo constante de regulação que permite, na maioria dos casos, atingir os objetivos esperados e impostos pela organização/empresa.

Tal modelo de descrição do trabalho, em conjunto com a avaliação dos riscos profissionais na sua dimensão mais ampla (“*occupational risk assessment*”), permite, pela confrontação entre tarefa e atividade, identificar disfunções organizacionais e antecipar efeitos potenciais para a saúde e segurança dos trabalhadores. Permite ainda identificar os riscos para o sistema e, ainda, as situações de risco latentes e até os “acidentes à espera de acontecer” (Serranheira et al., 2009).

Em Saúde Ocupacional (ou da SST, se se preferir) é fundamental **hierarquizar** as situações de trabalho com base em dois eixos principais:

- (i) as exigências da(s) situação(ões) de trabalho (determinantes da exposição aos diversos fatores de risco);
- (ii) as possíveis consequências da atividade para a saúde do trabalhador (ex.: acidentes de trabalho, doenças profissionais e outras relações menos determinantes entre o trabalho e a doença).

No essencial, a existência de um modelo sistémico de descrição do trabalho, como a AET é indispensável para obter o “**diagnóstico da situação real de trabalho**” e passar à etapa seguinte de gestão do risco, caso seja necessária.

Apenas a **análise da atividade real de trabalho**, por contraste com as demais análises do trabalho, como a “Organização Científica do Trabalho – OCT” ou as técnicas mais clássicas de Gestão de Recursos Humanos (por exemplo o professionograma, a classificação e a avaliação de funções), permite identificar as dificuldades concretas dos trabalhadores, a perceção das exigências colocadas e as estratégias de regulação adotadas para realizar o trabalho. É precisamente esta componente cognitiva, criativa e decisional que o trabalho determina, constantemente e em todas as situações, que é fundamental compreender para a transformação do trabalho.

Muitas formas de organização do trabalho exigem do trabalhador apenas os aspetos considerados preponderantes, os indicadores observáveis dos atos a realizar, escamoteando, assim, os imprevistos e outros acontecimentos não planeados. Essas situações são deixadas à descoberta dos trabalhadores, que se vêm confrontados com um sem número de variabilidades não previstas (entre outras, a sua própria variabilidade, as diferenças organizacionais, a variabilidade dos equipamentos, as diversas avarias e também as diferentes formas de gestão dos recursos humanos em cada empresa) sem formação e/ou apoio na decisão imediata sobre as formas mais corretas de ação, em virtude de um (ou mais) imprevisto(s) durante a realização da atividade de trabalho.

Tais descobertas não terminam necessariamente com a tomada de consciência do trabalho e das suas exigências pelo trabalhador (físicas e mentais). Tornam-se, assim e com frequência, numa fonte de dificuldades que culminam em lapsos, erros, incidentes e até acidentes, que exigem a tomada rápida de decisões, quase sempre intuitivas. As relações que se estabelecem entre a organização e o trabalhador são complexas e não podem ser baseadas unicamente na seleção dos trabalhadores com base em critérios de adequação e responsabilização. Exige-se, pelo contrário, conhecimento aprofundado e antecipação das circunstâncias de trabalho que podem afetar a saúde e segurança dos trabalhadores.

Quase sempre os trabalhadores são confrontados com exigências planeadas e definidas por uma organização distante, que lhes impõe comportamentos e responsabilidades no contexto de trabalho, sendo-lhe apenas transmitidas informações/instruções sobre o que devem efetuar, os objetivos a atingir e, frequentemente, até sem carácter formal.

Mesmo com o recurso a rigorosos processos de seleção dos trabalhadores, certas características individuais são totalmente negligenciadas, deixando-os expostos para além das suas capacidades fisiológicas e/ou cognitivas a exigências específicas da situação de trabalho e de contexto, potencialmente geradoras de alterações do estado de saúde, tanto a nível físico como psíquico.

Assim, a conceção e a organização do trabalho são frequentemente aceites como um confronto perdido pelo trabalhador, face aos objetivos e aos meios de trabalho, socialmente determinados. O contexto de trabalho tende a ser, frequentemente, enclausurado em orientações, soluções e/ou ações parcelares ou normativas por “supostos peritos do trabalho”, que seleccionam as pessoas de acordo com as esperadas exigências físicas e/ou mentais do trabalho.

No mundo do trabalho, há, por norma, uma profunda desvalorização da necessidade de adaptar o trabalho à variabilidade interindividual e, menos

ainda, à variação intraindividual (não somos seguramente hoje o que fomos ontem, nem o que seremos amanhã). Dito de forma mais insensível, o trabalho é, muitas vezes, concebido sem se saber para quem, tornando-se, por vezes, mais desumano do que humano.

Persistem, assim, soluções pré-concebidas, sendo o “trabalhador médio” o exemplo, paradigmático, fruto de um conhecimento superficial, generalista, desconhecedor das características, capacidades e limitações humanas e, também, afastado da atividade real de trabalho, isto é, daquilo que os trabalhadores realmente fazem, como o fazem e porque o fazem (em oposição ao que ao que deveriam fazer, tal como prescrito).

Subsiste, portanto, um dos principais obstáculos no mundo do trabalho à saúde dos trabalhadores: a não aceitação da diversidade dos sistemas e da variabilidade humana (inclusive intraindividual) na conceção e organização do trabalho. A adaptação do trabalho aos trabalhadores é, pois, quase sempre substituída pela mais fácil adaptação dos trabalhadores ao trabalho, este frequentemente e como já se referiu, considerado imutável.

A análise ergonómica do trabalho (AET) veio, portanto, contribuir decisivamente para o estudo, a análise e a compreensão do comportamento humano nas situações reais de trabalho. Constitui um instrumento essencial face a uma crescente variedade, variabilidade e carácter evolutivo, quer do trabalho e dos sistemas de trabalho, quer do trabalhador, permitindo uma compreensão mais profunda do contexto de trabalho, a antecipação dos riscos para a saúde e segurança dos trabalhadores e a produção de informação relevante para a promoção da saúde no local de trabalho.

Há muito que, para Ombredane e Faverge (Ombredane; Faverge, 1955), foi fundamental, mas não suficiente, que o estudo do contexto de trabalho permitisse analisar separadamente a tarefa e o trabalhador, bem como as suas interações num processo contínuo de regulação. Assim, o trabalho real (a atividade) é o elemento fundamental de análise e todo o conhecimento produzido deve ser tratado numa abordagem que permita:

- i. o diagnóstico da situação de risco;
- ii. a identificação de alternativas;
- iii. a formulação de recomendações que integrem essas informações e construam soluções (também ergonômicas), centradas na modificação das determinantes (ou condicionantes) do trabalho.

A intervenção nos locais de trabalho deve ser hierarquicamente orientada a nível das condições de trabalho, dos meios de execução e do dispositivo técnico, da organização e dos objetivos colocados, por oposição às abordagens mais prevalentes, que consideram o trabalho e o seu contexto como imutáveis, atuando fundamentalmente sobre o trabalhador, quer na sua seleção, quer na sua formação orientada para a adaptação ao trabalho (ex.: atuação única sobre a formação e a informação; aptidão generalista para o trabalho; ...). Um bom exemplo dessa forma errada de atuação é a circunstância de, como já referido, em algumas empresas, o exame médico de admissão fazer parte do processo de seleção dos trabalhadores.

Naturalmente, tais abordagens que visam a adaptação do trabalhador ao trabalho têm alguma utilidade nas empresas, mas a perspetiva sistémica de adaptação do trabalho aos trabalhadores é, seguramente, muito mais rica, efetiva e centrada na proteção da saúde (e segurança) de quem trabalha. Apesar disso, é mais complexa (e não despendendo, mais cara), sendo menos utilizada num mundo de trabalho que se revela cada vez mais “parcelizado” e, dessa forma, com trabalhadores menos valorizados e, se possível, com competências profissionais rapidamente adquiríveis, ou seja, trabalhadores facilmente substituíveis.

Em oposição a essa tendência, um novo paradigma de trabalho saudável e seguro, requer equipas multi, inter e transdisciplinares, capazes de desenvolver intervenções integradoras e sistémicas nas situações de trabalho. A conceção (ou reconceção) dos “ambientes de trabalho” deve orientar-se sempre para a adaptação dos espaços, circuitos, condições de execução,

equipamentos, horários, objetivos, entre outros, aos trabalhadores e à sua óbvia variabilidade.

O **estabelecer do contexto**, mais restrito na perspectiva dos fatores profissionais e/ou individuais de risco, ou mais amplo na referida perspectiva sistémica, é indispensável para compreender as relações entre o trabalho e a saúde (ou a doença). Apenas dessa forma, é possível entender as interdependências e as inter-relações desse binómio, que se podem situar muito para além dos fatores de risco (e dos riscos) profissionais, e conhecer as influências que exercem na saúde (e na segurança) de quem trabalha.

1.2. Fatores de risco (profissionais)

O número e a diversidade dos fatores de risco para a saúde (e segurança) dos trabalhadores, potencialmente presentes no ambiente e nas condições de trabalho e presentes na atividade de trabalho, são consideráveis. Esses fatores, na maioria das vezes, são de natureza diversa e em elevado número, o que pode implicar situações de risco complexas, na perspectiva da gestão da aceitabilidade do risco.

Tradicionalmente, os fatores de risco profissionais são classificados, consoante a sua natureza, em cinco grandes categorias (**Figura 5**):

1. **Físicos**
2. **Químicos**
3. **(Micro)Biológicos**
4. **Psicossociais**
5. **Relacionados com a atividade** (ergonómicos, para alguns autores).

Figura 5. Fatores de risco profissional



Esses cinco tipos de fatores de risco, quando em contacto com o trabalhador, são, *de per si* ou em associação, suscetíveis de causar danos para a saúde (e segurança, essencialmente os de natureza física). A **exposição** constitui um elemento determinante no conceito de risco profissional, já que o risco não depende apenas do fator de risco, mas sim do potencial efeito para a saúde (e segurança), condicionado, entre outros aspetos, pela exposição profissional.

Na atualidade, no contexto lusófono, os fatores de risco de natureza profissional são também designados por “perigos”, a partir de uma tradução *sui generis* do termo inglês “*occupational hazards*”. Essa designação generalizou-se, a partir do final dos anos de 1990, no campo da Segurança e Higiene Ocupacionais, embora em textos normativos a referência a “fatores de risco” continue a ser utilizada. Interessará apenas, no atual contexto, considerá-los como qualquer fator (perigo ou fator de risco) suscetível de provocar um efeito adverso na saúde (e segurança) do trabalhador (Sousa-Uva; Graça, 2004).

Na língua inglesa coexistem, neste âmbito, três designações:

- *Occupational hazard* – geralmente traduzido como perigo, para além de fator de risco, que na língua inglesa também é designado como “*risk factor*”);

- *Danger* – conceito pouco utilizado entre nós, pela confusão com “**hazard**”, e por também significar perigo);
- *Occupational risk* – traduzido por risco profissional.

Apesar das aparentes ambiguidades terminológicas, o essencial é que o significado de cada conceito seja corretamente compreendido, independentemente da forma de designação utilizada.

É igualmente importante referir que a classificação dos fatores de risco é diversificada em diferentes textos de Saúde Ocupacional, de Medicina do Trabalho e de Segurança (e Higiene) do Trabalho. Talvez a classificação mais frequente inclua, para além dos fatores de risco “clássicos”, os fatores de risco ergonómicos, referenciando posturas fora dos ângulos de conforto articular, esforço físico (aplicação de força), movimentação de cargas ou gestos repetitivos, reconhecidos como fatores etiológicos das LMELT.

Tal designação estará, por certo, relacionada com o anglicismo “*ergonomic factors*” (Bjelle; Hagberd; Michaelsson, 1979; Viikari-Juntura, 1997) e as respetivas traduções literais, utilizadas para referir fatores de risco mais associados à atividade do que às condições de trabalho. De modo mais preciso podiam ser designados como anti-ergonómicos, pois representam desvios em relação aos princípios da Ergonomia.

Na classificação aqui adotada (**Figura 5**) optou-se por designá-los como “**fatores de risco relacionados com a atividade**”, dado que se centram mais no que os trabalhadores fazem e como o fazem, do que nas condições em que o fazem (ou executam). Alguns textos, contudo, agrupam-nos nos fatores de risco físicos, incluindo os fatores de risco mecânicos ou biomecânicos, ainda que fazendo referência mais às exigências físicas do que à natureza (física) do fator de risco.

Ainda é demasiado frequente, mesmo em textos normativos, a confusão entre fator de risco (ou perigo na legislação portuguesa) e risco. Por exemplo, utiliza-se a designação “perigo de eletrocussão”, como sinónimo do “risco de eletrocussão”

(note-se que o risco advém do contato do trabalhador com a eletricidade – fator de risco – e pode causar, entre outros, o risco de eletrocussão do trabalhador – consequência). O mesmo sucede com a expressão “perigo de queda”, usada como sinónimo de “risco de queda”. Em português a palavra “perigo” sempre foi sinónimo de risco, até à transposição da Diretiva Quadro de Saúde e Segurança do Trabalho de 1989 (Decreto-Lei n.º 441/91, de 14 de novembro). Assim, a utilização desses termos torna, atualmente (e já há muitos anos), muito difícil uma leitura rigorosa de muitos textos técnicos e normativos neste domínio.

Uma última referência aos fatores de risco e riscos de natureza psicossocial, por vezes denominados como “emergentes”, que, interessantemente, nunca são designados perigos psicossociais. Trata-se de um conjunto muito heterogéneo de fatores de risco, tanto de natureza individual como de natureza social (incluindo os aspetos organizacionais) que, de alguma forma, podem influenciar a saúde (e a segurança) de quem trabalha. Derivam, não só dos aspetos psicológicos dos trabalhadores, mas também das relações que se estabelecem entre as pessoas e a estrutura organizacional onde se inserem, nem sempre de forma hierarquizada.

Incluem desde variáveis psicológicas – como personalidade, representações, valores, perceção da realidade, atitudes e comportamentos – a características organizacionais – como hierarquias, horários, objetivos e trabalho individual ou em equipa. Incluem ainda fatores sociais e culturais, relacionados com modelos de tomada de decisão, de resolução de conflitos e de interação entre grupos. A presença de trabalhadores imigrantes, atualmente representando cerca de vinte por cento (ou mais) dos trabalhadores, pode tornar mais crítica algumas dessas interações psicossociais.

O estudo do erro humano (*“Errare humanum est”*) é frequentemente reduzido à análise de variáveis individuais, desconsiderando o contexto de trabalho. Deste modo, permanece “oculto” o papel do sistema de trabalho na génese dos lapsos, falhas e erros. Na realidade, os erros humanos resultam da interação de múltiplas variáveis, que vão além da esfera individual.

As máquinas, as tecnologias e os sistemas de trabalho requerem estabilidade, precisão e fiabilidade, mas as catástrofes industriais continuam a ocorrer. Quase sempre, a questão central é colocada da seguinte forma: *“como é possível um indivíduo/trabalhador enganar-se quando tem à sua responsabilidade vidas humanas e em situações em que o erro pode ser fatal?”*. A “culpa do trabalhador” sobrepõe-se, quase sempre, à análise sistémica das circunstâncias que contribuem para o erro. O erro humano é frequentemente atribuído às variáveis de natureza individual que, numa situação de trabalho, estão sempre intimamente ligadas (por vezes, até dependentes) de aspetos laborais e não exclusivamente de natureza organizacional.

De facto, a certos profissionais (e em determinadas situações de trabalho) exige-se, quase sempre, um juízo infalível, uma decisão e um gesto oportuno, no momento exato, como é o caso dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, ...), dos profissionais do setor dos transportes (por exemplo a pilotagem de aeronaves, a condução de comboios ou de veículos de transporte coletivo), dos trabalhadores de sistemas complexos, como uma central de controlo de tráfego (aéreo ou não) ou de energia nuclear. O “direito” ao erro não lhes pertence (Serranheira; Sousa-Uva; Sousa, 2010), ainda que qualquer destes trabalhadores procurem sempre agir da melhor forma possível, no exercício da sua atividade profissional.

Apesar de todas as medidas implementadas até ao momento, o erro (humano) é frequente, resultado do que as pessoas fazem nas suas atividades profissionais ou do dia-a-dia. Não deve ser considerado preocupante apenas quando a gravidade e a dimensão do problema são elevadas. O número de erros corrigidos e ultrapassados com sucesso é, de facto, muito superior aos erros que dão origem a acidentes e/ou acontecimentos de grande gravidade (catastróficos, na língua inglesa). Assim, todas as situações em que ocorreram erros, independentemente dos seus efeitos, devem ser encaradas como momentos de aprendizagem e oportunidades de melhoria, através de intervenções que reduzam, de forma tendencial a sua ocorrência a zero – por redução probabilística do risco.

Sendo o trabalho humano e o erro humano tão relevantes, o erro continuará a ser um infortúnio cuja responsabilidade é social e maioritariamente atribuída ao homem (ou à mulher). Tal facilita que os sistemas e organizações o aceitem como “erro humano” e, nesse contexto, culpabilizem os trabalhadores, desvalorizando os restantes fatores de risco que influenciam a segurança. Seria desejável que os elementos do trabalho e os sistemas de ajuda técnica contribuíssem para a conceção de sistemas mais seguros que dificultassem ou anulassem a probabilidade de ocorrência do erro. As ajudas técnicas, nesses casos, deveriam ser ainda mais desenvolvidas, incorporando os princípios da adaptação do trabalho ao homem (ou à mulher).

Um exemplo muito usado nesse contexto será a ordem com que é disponibilizado o cartão de débito ou de crédito e o dinheiro na utilização de ATM (*Automated Teller Machine*). Quantos cartões seriam esquecidos na máquina se ordem de disponibilização fosse inversa da atual?

A conceção do ambiente artificial em que as pessoas vivem e trabalham deve, portanto, ter em conta as características, capacidades e limitações humanas, no sentido de incorporar um conjunto de ajudas técnicas e organizacionais que evitem a ocorrência do erro ou que minimizem as suas consequências negativas.

Nesse contexto, observa-se, por exemplo, um notável desenvolvimento dos equipamentos rodoviários, em particular nos veículos automóveis, no que respeita à prevenção de acidentes através de sistemas de apoio à condução (ou ao estacionamento). Porque será que tal desenvolvimento não é similar nos vários setores de atividade económica?

Tal perspetiva, baseada no sistema, também de trabalho, pressupõe uma conceção mais adequada dos ambientes, equipamentos e interfaces, gerindo esse(s) risco(s) a partir do conhecimento aprofundado desses sistemas e do seu futuro desenvolvimento.

A pessoa é um excelente regulador, porque decide, julga na incerteza e pode responder a situações inesperadas, atenuando sempre múltiplas

falhas do sistema. Apesar disso, em situações de trabalho onde existe manifesta inadequação do sistema às características do trabalhador e elevada carga de trabalho mental (por exemplo devido a deficiente planeamento organizacional, temporal ou espacial) a ocorrência de erros humanos torna-se quase inevitável.

A aviação comercial e a indústria aeroespacial, com grande sucesso, apresentam inúmeros exemplos de medidas de natureza individual e organizacional que têm reduzido drasticamente esses riscos.

Assim, o estudo do erro humano no contexto psicossocial do trabalho deve centrar-se, essencialmente, sobre duas ideias principais:

1. O ser humano, apesar de cometer erros, é um excelente agente de fiabilidade;
2. O erro deve ser interpretado, primeiramente, como uma consequência da inadequação entre as características de uma situação e as capacidades e os limites do funcionamento físico e/ou mental de quem opera, sendo a perspectiva da “culpa” menos eficaz na sua contenção.

O importante é conhecer a situação de trabalho, avaliar e antecipar a probabilidade de ocorrência de erros e agir no sentido de os prevenir, em vez de optar, prioritariamente, pela ação penalizadora sobre quem erra, que motiva a presença de ansiedade e outros efeitos psicológicos. Inclusivamente, o “medo de errar” constitui, por si só, mais um fator de risco psicossocial.

O erro é, por certo, mais dependente do incorreto planeamento do sistema do que do indivíduo, mas é mais fácil para as organizações encontrar nesse Homem (ou Mulher) o culpado (também chamado “bode expiatório”).

Por fim importa sublinhar que o erro humano, em vez de ser a primeira causa das catástrofes e dos acidentes, é apenas um fator entre múltiplos outros presentes nas situações de trabalho e um motivo de aprendizagem para a

melhoria contínua. De facto, na maioria das vezes, os erros resultam do incorreto planeamento do sistema/organização (condições latentes) e a sua identificação constitui uma importante situação de aprendizagem para a prevenção.

Desse modo, não se pode dizer que os fatores de risco e os consequentes riscos do foro psicossocial sejam verdadeiramente “emergentes”. Eles sempre existiram e o que emerge agora é a atenção que lhes é dada pelas organizações, acompanhando a valorização dos aspetos psicossociais, muito relacionada com a terciarização e a digitalização da economia que está a transformar o mundo do trabalho.

Existem diversas classificações dos fatores (profissionais) de risco, mas o que é verdadeiramente importante é compreender o que se pretende caraterizar, independentemente das classificações a que se recorre de que anteriormente já se referiu. Apesar da ênfase centrada nos riscos emergentes, os riscos relacionados com a exposição a fatores de risco físicos e químicos continua a ser muito importante. Estima-se que no espaço europeu, em 2023, cerca de 30% dos trabalhadores estavam expostos a elevados níveis de ruído em pelo menos um quarto do seu tempo de trabalho. Similarmente, cerca de 15% dos trabalhadores trabalham em ambientes com exposição a substâncias químicas ou ambientes empoeirados e 23% em condições térmicas desfavoráveis.

É importante dar relevo a essas exposições a agentes físicos e químicos que se mantêm, com pequenas variações, há décadas. Tal demonstra que os mecanismos de proteção dos trabalhadores, em Saúde e Segurança do Trabalho, não têm tido suficiente sucesso nas suas intervenções relativamente à eliminação e redução da exposição aos fatores de risco “clássicos”. Tal situação depende, fundamentalmente, dos processos produtivos, mas também dos sistemas de proteção coletiva instalados nos locais de trabalho que, embora tenham melhorado muito, ainda exigem um forte investimento em políticas de prevenção.

De uma forma geral, como podem esses fatores de risco (os “clássicos” e os “emergentes”) prejudicar (ou afetar) a saúde dos trabalhadores ou, dito de forma diversa, qual a sua influência na história das doenças (e dos acidentes)?

1.3. Influência dos fatores de risco profissionais na doença

Os conceitos de “doença profissional”, de “doença ligada ao trabalho” e de “doença relacionada com o trabalho” são frequentemente utilizados para caracterizar as relações trabalho/doença ainda que, frequentemente, de forma indefinida.

Diversos autores referem-se a essas denominações sem a preocupação de uma definição rigorosa o que pode ser compreensível porque também não acolhe a unanimidade entre os especialistas da área. Note-se que, para além dos referidos, ainda existem os conceitos de “doença agravada pelo trabalho” e de “acidente de trabalho” (este com mais rigor na sua caracterização).

De facto, os efeitos negativos para a saúde, associados a riscos profissionais, são muito diversificados, ainda que só se conheçam dados referentes a acidentes de trabalho e a (algumas, muito poucas) doenças profissionais, essencialmente na perspectiva de usufruírem pensões. Em ambos os casos, o trabalho contém a causa, ou o “agente” (fator etiológico ou fator causal) que, por isso, é um fator de risco profissional para doença profissional ou acidente de trabalho.

Relativamente aos acidentes de trabalho, no espaço Europeu (e também em Portugal), tem-se observado uma diminuição da sua incidência, que não estará, por certo, apenas relacionada com a terciarização da economia e a desindustrialização das últimas décadas. De facto, as políticas públicas e as estratégias de prevenção em SST da União Europeia têm-lhe atribuído alguma importância.

Por exemplo na UE-27, em 2022, registaram-se quase 3.300 acidentes mortais e 2,97 milhões de acidentes não mortais, ainda que mais de 200.000 trabalhadores morram anualmente de doenças “ligadas” ao trabalho (EU. EURO-LEX, 2021). Tal não parece determinar semelhante empenho dos países na sua prevenção ao longo dos anos. Para além da sua frequente evocação, é um facto que não existem planos e medidas efetivas de ação preventiva suficientes (Sousa-Uva, 2021).

Os acidentes e as doenças “ligadas” ao trabalho custam anualmente à economia mais de 3,3 % do PIB na UE (Elsler; Takala; Remes, 2017). As estimativas apontam para que, por cada euro investido em SST, possa corresponder um retorno de aproximadamente 2,2 euros para o empregador (EU-OSHA, 2024b).

A maior visibilidade pública dos impactos negativos que o trabalho pode determinar na saúde dos trabalhadores continua a ser atribuída aos acidentes de trabalho, entendidos como acidentes que se verifiquem no local e no tempo de trabalho e que produzam direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte (IPQ, 2001).

Na revisão da norma de 2008 (IPQ, 2008) observa-se, mais uma vez, a confusão terminológica que advém da tradução da língua inglesa, definindo-se acidente como “um incidente de que resultou lesão, afeção da saúde ou morte”. Pelo contrário, a Lei nº 98/2009, de 4 de setembro, que regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, apresenta no seu Artº 8º uma definição de “acidente de trabalho”, tecnicamente rigorosa e coerente com o conceito tradicional da Saúde e Segurança do Trabalho (SST).

Quanto ao “incidente”, que, desde há muito, é, entre nós, “um acontecimento de que resultam danos materiais sem efeitos sobre a saúde dos trabalhadores”, passou a ser, de acordo com a NP-4397 (IPQ, 2008), um “acontecimento relacionado com o trabalho em que ocorreu ou poderia ter ocorrido lesão, afeção da saúde (independentemente da gravidade) ou morte”.

Acrescem notas explicativas, nem sempre coerentes, como:

- Nota 1 – “Um acidente é um incidente de que resultou lesão, afeção da saúde ou morte”;
- Nota 2 – “Um incidente de que não ocorra lesão, afeção da saúde ou morte também pode ser referido como “*near miss*” (quase acidente), “*near-hit*”, “*close call*” ou “*dangerous occurrence*” (ocorrência perigosa)”;
- Nota 3 – “Uma situação de emergência é um tipo particular de incidente”.

Por fim, a Lei 102/2009, de 10 de setembro, enquadra o acidente de trabalho de forma semelhante à Lei 98/2009, mas introduz alguma confusão quando refere repetidamente os termos “acidente ou incidente” como se tratasse de sinónimos, o que não corresponde à prática técnico-científica da SST.

Face a esses enquadramentos normativo-legais e em particular à NP 4397, verificou-se uma profunda alteração dos conceitos até então existentes, tornando-se ainda mais confusa a distinção entre os conceitos de acidente e incidente, eventualmente por traduções literais do inglês (maioritariamente de origem americana).

Apesar do que foi referido, compete à área científica da Segurança do Trabalho delimitar e clarificar esses conceitos, de modo a que todos os intervenientes utilizem uma linguagem comum, coerente e inteligível, compreendida tanto pelo público como pelos trabalhadores.

As doenças profissionais, em que os fatores (profissionais) de risco desempenham um papel determinante, diferem, fundamentalmente, dos acidentes de trabalho em três aspetos essenciais:

- i. **Tempo de ocorrência:** as doenças profissionais apresentam um tempo de latência prolongado, podendo chegar a algumas dezenas

- de anos, em oposição aos acidentes de trabalho, que ocorrem quase instantaneamente, maioritariamente em frações de segundo;
- ii. **Identificação do agente etiológico:** nas doenças profissionais, a identificação do agente causal é, muitas vezes, difícil e demorada, permanecendo por vezes em investigação experimental ou esclarecimento de achados de natureza epidemiológica;
 - iii. **Caraterização da lesão ou doença:** o diagnóstico da doença é mais complexo, confundindo-se com outras doenças, denominadas “naturais”. Em muitos casos o diagnóstico diferencial da sua origem (profissional ou não) não é determinante na gestão clínica da doença, ainda que seja sempre importante ter em conta essa especificidade ou a sua interação com outros fatores extraprofissionais ou em contexto terapêutico.

É ainda possível considerar “doenças não profissionais” (como é o caso das “doenças relacionadas com o trabalho”) como “doenças profissionais legais”, para além das doenças que constam da Lista das Doenças Profissionais, no sistema misto de reparação de danos português. De facto, todas as lesões corporais, perturbações funcionais ou doenças não incluídas na Lista, desde que se prove serem consequência necessária e direta da atividade exercida e não representem normal desgaste do organismo (Lei 98/2009), poderão ser tipificadas como doenças profissionais legais. Em várias Listas de Doenças Profissionais de países europeus, como são os casos das Listas de Doenças Profissionais Francesa e Belga, existe uma caraterização de algumas dessas doenças.

Efetivamente, são cada vez mais frequentes outras relações entre o trabalho e a saúde (ou a doença), quase sempre esquecidas pela menor importância “legal”, que atribuem ao trabalho. Apesar disso, observa-se, atualmente, uma importância crescente do trabalho na matriz causal de muitas doenças civilizacionais que, de facto, não se confinam aos contributos etiológicos, tradicionalmente reconhecidos.

Bastará a tal propósito referir a importância de doenças como:

- a bronquite crónica relacionada com o trabalho em ambientes empoeirados (bronquite industrial);
- as raquialgias, e de um modo muito especial as lombalgias;
- as doenças cérebro-cardiovasculares, muito prevalentes em determinadas atividades profissionais.

As doenças causadas por fatores de risco psicossociais, principalmente de natureza profissional, cada vez mais valorizadas pela importância do *stress* relacionado com o trabalho e das doenças mentais, são outro bom exemplo deste grupo de “doenças relacionadas com o trabalho”.

Existem, portanto, diversas situações relacionadas com a influência dos fatores profissionais na história natural das doenças (**Figura 6**), que são muito mais amplas do que as situações em que os fatores (profissionais) de risco adquirem o papel de “agente”, à semelhança das doenças infecciosas.

Existem, igualmente, várias situações em que o trabalho contém o agente determinante da doença (ou do acidente), mas ainda para outro(s) tipo(s) de relações que podem existir entre o trabalho e a doença em que os fatores profissionais também participam na matriz etiológica multifatorial de várias patologias, ainda que de forma não determinante.

Tal facto determina novos desafios que se colocam em matéria das respetivas estratégias de prevenção que, necessariamente, abrangem aspetos que não se confinam, em exclusivo, à perspetiva clássica da SST, muito centrada apenas na prevenção das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho.

A terciarização da economia e as profundas mudanças que vão ocorrendo na organização do trabalho, como a uberização e o teletrabalho, introduzem grandes (e novos) desafios nas relações trabalho/doença, exigindo abordagens integradas e sistémicas de prevenção.

Independentemente da perspetiva, tanto os acidentes de trabalho como as “doenças ligadas ao trabalho” continuam a ser uma importante fonte de sofrimento humano, obrigando anualmente cerca de 350.000 trabalhadores a mudar de emprego, de local de trabalho ou a reduzir o tempo de trabalho. Há, em Portugal, quase 300.000 trabalhadores que apresentam diferentes graus de incapacidade permanente, sendo até 15.000 excluídos do trabalho para o resto das suas vidas.

Esses números representam um enorme custo social e humano, impondo a necessidade de identificar, selecionar e implementar medidas preventivas adequadas, que mitiguem os custos e promovam maior harmonia entre as exigências do trabalho e as capacidades dos trabalhadores.

As perdas económicas dos acidentes de trabalho, na União Europeia, têm sido estimadas entre 3% e 5% do produto interno bruto (PIB), enquanto a Organização Mundial de Saúde refere que as perdas económicas (resultantes da incapacidade para o trabalho e da mortalidade prematura relacionadas com a exposição a fatores de risco de natureza profissional) possam atingir 10 a 15% do PIB. Apesar da extensão do intervalo, são valores suficientemente expressivos para despertarem a atenção da sociedade e justificar um compromisso social e político, mesmo numa perspetiva apenas económica (que não é a agora pretendida), uma vez que muitas das consequências para a saúde e segurança se traduzam em custos intangíveis.

Todas as diferentes perspetivas convergem na demonstração das vantagens que a gestão dos riscos profissionais proporciona, independentemente da modalidade de trabalho existente.

Um outro aspeto muito importante das relações entre o trabalho e a doença relaciona-se com a realidade atual da Saúde e Segurança do Trabalho (SST), excessivamente centrada nas condições de trabalho e, progressivamente, menos (cada vez menos) atenta à *atividade profissional* (trabalho real). Refira-se a esse propósito a crescente “sofisticação” dos modelos organizacionais baseados em aspetos da organização do trabalho,

como o trabalho em série, as cadências impostas e a seleção dos trabalhadores mais resistentes e resilientes, colocando novos (e cada vez mais complexos) desafios à prevenção dos riscos profissionais, ainda mais acentuados em situações como o teletrabalho e a *uberização*.

O denominador comum na concepção dos postos de trabalho continua a ser o “trabalhador médio”, que constitui um “vício persistente” à análise das situações reais de trabalho. Nesses modelos, as variáveis individuais permanecem numa “caixa preta”, substituídas quando não funcionam, o que reduz a complexidade e facilita o uso de “instrumentos de prevenção normalizados”, preferidos em organizações com reduzida cultura (ou mesmo clima) de segurança (na perspectiva da “*safety*”).

Alguns desses modelos, que deveriam ser concebidos para abranger, pelo menos, 95% dos trabalhadores expostos, como acontece com a maioria dos sistemas de prevenção de efeitos para a saúde associados à exposição a substâncias químicas nos locais de trabalho e baseados na fixação de concentrações máximas admissíveis (CMA) ou valores limite de exposição (VLE), são frequentemente alterados em regulamentação legal após processos de negociação tripartida, como resultado de tensões entre o rigor técnico e uma suposta viabilidade económica, o que reduz em muito a sua efetividade.

Os efeitos adversos para a saúde, resultantes da exposição aos fatores (profissionais) de risco (ou perigos, se se preferir essa designação), não se confinam, portanto, apenas aos acidentes de trabalho e às doenças profissionais. Os fatores de risco profissionais influenciam de várias outras formas a saúde de quem trabalha, que importa igualmente considerar, a propósito das relações trabalho/doença, uma vez que podem influenciar a morbilidade e a mortalidade e representam provavelmente, os efeitos adversos mais prevalentes e, quase sempre, omitidos dos modelos tradicionais de prevenção dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais.

Importa, no entanto, sublinhar que a perspectiva legal não deve ser a única referência na análise dessas relações, visto que não abrange a totalidade

das situações interdependentes entre trabalho e doença, nem oferece respostas adequadas para os custos intangíveis associados. Em última análise, é legítimo questionar, por exemplo:

- Quanto vale o sofrimento humano?
- Quais são os custos sociais e pessoais da recolocação ou da reconversão profissional?
- Pode a vida ou a morte ter preço?

Deve, portanto, reafirmar-se que a Saúde e Segurança do Trabalho (SST) existe, antes de tudo, para prevenir todos os potenciais riscos que o trabalho pode representar para a saúde e segurança de quem trabalha e não, propriamente, para o cumprimento legal. A Lei, embora constitua um instrumento essencial de regulação, deve ser entendida como um meio e não um fim, orientado para a promoção da saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho e para a preservação integral da sua saúde e segurança.

1.4. Prevenção dos riscos profissionais

As políticas de Saúde e Segurança do Trabalho (SST) na atualidade, invariavelmente, centram-se, quase que em exclusivo, na prevenção de riscos profissionais. Mesmo nesse domínio, o destaque recai, de forma quase sistemática, na prevenção apenas dos acidentes de trabalho, talvez pelo dramatismo desses acontecimentos, sobretudo nos que têm um desfecho fatal (Sousa-Uva, 2022).

Tal, reflete-se, de resto, nas disposições técnico-jurídicas e normativas na área da Segurança, Higiene e Saúde dos Trabalhadores nos Locais de Trabalho (ou da Saúde Ocupacional ou, ainda, da Saúde do Trabalhador, conforme a designação preferida), em que essa proeminência é até mais

vincada, a ponto de se denominarem às formas organizadas de ação nesse domínio, serviços de prevenção.

Essa referência, a serviços de prevenção, para aludir às formas organizadas de prestação de serviços de SST, traduz de forma explícita o grande enfoque da atuação organizada na antecipação de situações de elevada probabilidade de ocorrência de danos para a saúde dos trabalhadores, essencialmente focados nos acidentes de trabalho e, mesmo assim, apenas nos de maior gravidade. Essas estruturas atuam, sobretudo, na área da Segurança do Trabalho (que objetiva a prevenção ambiental dos acidentes de trabalho), ainda que paralelamente seja evocada a prevenção das doenças profissionais (Higiene do Trabalho), centrada, essencialmente, nos riscos para a saúde de natureza química e física.

A prevenção das doenças profissionais não tem, portanto, idêntico destaque e, frequentemente, circunscreve-se à sua mera evocação (Sousa-Uva, 2021), ainda que os efeitos sobre a saúde sejam, em regra, mais graves e perduráveis que os causados pelos acidentes de trabalho. Essa subvalorização da gravidade decorre, provavelmente, da influência do fator “tempo”, uma vez que as manifestações iniciais de muitas doenças profissionais são insidiosas e facilmente confundidas com doenças naturais, podendo só se manifestarem muitos anos após a exposição. Tal fenómeno é tão vincado, que na exposição profissional a metais pesados, por exemplo ao berílio, é necessário continuar a vigilância da saúde dos trabalhadores reformados, dado o enorme intervalo entre a exposição e o franqueamento do patamar clínico das consequências para a saúde.

A complexidade deste quadro é reforçada pelo facto de muitas exposições profissionais (a fatores de risco) e as respetivas relações com a saúde não serem plenamente conhecidas. Um exemplo paradigmático é o *karocho*, descrito no Japão em jovens trabalhadores com elevados horários (e cargas) de trabalho, que, ainda que se desconheçam os mecanismos concretos envolvidos na morte desses trabalhadores, sofreram acidentes vasculares cerebrais

(hemorragias) sem outros fatores de risco de natureza cerebrovascular, para além do excesso de trabalho (Dejours; Bègue, 2009).

Nesses casos trata-se, literalmente, de morrer a trabalhar, uma expressão que ironicamente contraria o adágio popular de que “o trabalho dá saúde”, que, de facto, deveria ser complementado com “mas também mata” (Sousa-Uva, 2015).

No caso concreto das doenças profissionais, o conhecimento tem vindo a ser construído, historicamente, com base na observação de associações entre certas manifestações e quadros clínicos em determinadas profissões e atividades profissionais (Santos; Sousa-Uva, 2009; Ramazzini, 1987; Ramazzini et al., 1990; Ramazzini, 2016).

Os estudos epidemiológicos, sobretudo descritivos e de prevalência (estudos transversais) e, em menor número, estudos de incidência, têm permitido consolidar o crescente conhecimento científico sobre a patogénese de componentes do trabalho que, conseqüentemente, passaram a ser designados como fatores de risco (ou, mais recentemente, perigos, como já se referiu).

É com base nesse acervo de conhecimento científico acumulado e, ainda que em menor número, em estudos experimentais e quase-experimentais, que se tem vindo a aprofundar a compreensão das relações entre a exposição profissional e a resposta (ou o efeito biológico), em termos de adversidade para a saúde. Esse conhecimento permitiu definir estratégias mais adequadas de prevenção dos riscos profissionais, traçando limiares de exposição que não devem ser ultrapassados, ainda que apenas estejam definidos para uma pequena parte dos fatores de risco de natureza profissional.

Tais estratégias de prevenção são bem menos elaboradas para a prevenção dos riscos de natureza biológica e, menos ainda, para os riscos decorrentes da exposição a fatores de risco relacionados com a atividade e a fatores de risco psicossociais. Para tais grupos de fatores de risco as estratégias de prevenção de riscos continuam a ser incipientes e limitadas a abordagens generalistas ou reativas.

Atualmente, o conhecimento científico sobre prevenção nas relações trabalho/doença, é, sem dúvida, mais vasto e rigoroso do que em qualquer outro momento histórico, porém a sua aplicação prática às condições reais de trabalho continua a ser lenta, desfasada da realidade e, sobretudo, rejeitada pela sociedade capitalista e liberal. Exemplos disso observam-se em situações em que o mercado de trabalho estabelece relações desproporcionadas entre a oferta e a procura, incentivando o cumprimento insuficiente (ou mesmo o incumprimento) das disposições elementares em matéria de prevenção dos riscos profissionais.

Um exemplo, paradigmático, do “fosso” persistente entre o conhecimento científico das interdependências entre trabalho e saúde e os resultados práticos insuficientes das políticas de prevenção, em particular dos acidentes de trabalho, encontra-se no sector da construção civil.

A aplicação generalizada de programas de prevenção alicerçados no conhecimento científico das condições de ocorrência desses riscos profissionais certamente determinaria uma redução muito mais expressiva da frequência dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais, nesse setor de atividade.

Ao se utilizarem como exemplos as quedas em altura ou os soterramentos, é razoável admitir que o cumprimento escrupuloso das medidas de prevenção conhecidas reduziria, tendencialmente a zero, a ocorrência desses acidentes de trabalho. O mesmo raciocínio se aplica em relação a muitos outros acidentes relacionados, por exemplo, com quedas em desníveis, piso escorregadio ou irregular e queda de objetos.

A evidência empírica confirma essa relação. Durante as obras dos Jogos Olímpicos de Londres (2012), o cumprimento estrito das normas de saúde e segurança do trabalho resultou na ausência de acidentes de trabalho fatais. Em oposição, nos Jogos Olímpicos do Rio de Janeiro (2016), onde as regras de segurança foram, certamente, menos rigorosas, registaram-se onze mortos e muitos mais feridos, vítimas de acidentes de trabalho.

Interessa, por isso, reduzir o estreitamento do fosso que se verifica entre o conhecimento científico sobre a prevenção dos acidentes de trabalho

e das doenças profissionais e a sua aplicação prática em condições reais de trabalho. Essa lacuna não resulta da inexistência de conhecimento científico, mas sim de falhas na sua aplicação, controlo e fiscalização das disposições técnico-normativas em SST.

No caso das “novas” doenças ligadas ao trabalho, associadas à exposição a fatores de risco e envolvendo riscos a que se convencionou chamar “emergentes”, os desafios são ainda mais complexos e requerem maior interdisciplinaridade na conceção dos respetivos programas de prevenção. Impõem-se intervenções “integradas” e “transdisciplinares” articulando diversas áreas científicas da Saúde Ocupacional, entre outras, da Medicina do Trabalho, da Ergonomia, da Psicologia, da Engenharia e das Ciências Sociais. Contudo, as estruturas organizacionais dos serviços de Saúde Ocupacional ou de Saúde e Segurança do Trabalho ainda assentam em modelos clássicos, concebidos para a prevenção dos riscos profissionais mais tradicionais (de natureza física e química).

Os riscos de acidente de trabalho e de doença profissional “dose-dependentes”, relacionados essencialmente com a exposição a fatores de risco de natureza química e física, mantêm-se, portanto, tão elevados que determinam uma melhoria contínua das estratégias de prevenção.

Entretanto, a terciarização da economia e a eclosão de uma crescente inovação na forma como o trabalho é, atualmente, organizado colocam desafios crescentes, em particular de natureza psicossocial, que assumem uma importância crescente como fatores de risco de natureza profissional.

Relativamente às novas doenças profissionais e a outras doenças em que os fatores profissionais não são tão determinantes na sua etiologia, estas constituem, atualmente, as situações mais prevalentes nas interdependências trabalho/doença, mas ainda sem metodologias de prevenção adequadas e consolidadas.

As doenças agravadas pelo trabalho também não figuram entre as principais prioridades dos atuais modelos organizacionais de prevenção dos

riscos profissionais, embora fenómenos como o envelhecimento da população ativa exijam maior atenção e adaptação das estratégias preventivas.

Independentemente do contexto, o conhecimento aprofundado do trabalho e da forma como é executado, constitui condição essencial para o planeamento, programação e implementação efetiva de medidas de prevenção (ou de gestão do risco). Para tal é imprescindível conhecer aprofundadamente a situação de saúde de cada trabalhador e analisar o seu contexto de trabalho de modo a avaliar o risco para a saúde e definir as medidas mais adequadas para o controlar ou mitigar.

A organização da prestação de cuidados de saúde e segurança do trabalho não deve ter como objetivo exclusivo o cumprimento das disposições técnico-normativas, mas sim promover ativamente a saúde e o bem-estar, assegurando, pelo menos, a manutenção das capacidades e a saúde de cada trabalhador ao longo da sua vida profissional.

1.5. Estratégias de Saúde e Segurança do Trabalho (SST)

As atuais estratégias de SST baseiam-se, na sua maioria, em instrumentos de política de prevenção dos riscos profissionais, centrando-se, sobretudo, nos riscos de acidente de trabalho e menos nas doenças profissionais.

De facto, a prevenção das doenças profissionais não tem a equivalente importância que os acidentes de trabalho adquiriram, mesmo considerando a atenção relativamente recente dada à prevenção das doenças profissionais que, no seio da Agência Europeia para a Saúde e Segurança do Trabalho, se promove: “Juntos na prevenção dos riscos profissionais através da liderança e participação dos trabalhadores”.

Não obstante, os sistemas de prevenção dos riscos profissionais, ainda que se pretendam efetivos, são muito centrados em duas componentes:

- Nas “*condições de trabalho*”, de que a monitorização ambiental é um bom exemplo;
- Na “*monitorização médica*”, que continua a ser um dos elementos dominantes dos programas de prevenção dos riscos nos locais de trabalho. Todavia, quase sempre, numa perspetiva reativa, centrada na identificação de efeitos adversos ou de sinais precoces, decorrentes das exposições profissionais a fatores de risco.

A prevenção dos riscos profissionais mantém-se também orientada para as exposições isoladas a fatores de risco, ou no máximo para o somatório dessas exposições, raramente integrando a situação concreta, resultante, por exemplo, das interações e sinergias potenciais decorrentes da exposição múltipla a vários fatores de risco.

Fica com frequência afastado dos programas de prevenção, como referido, o trabalho real (atividade de trabalho), fundamental para uma intervenção preventiva verdadeiramente rigorosa e sistémica.

Apenas a título de exemplo, poderá questionar-se se o atual modelo organizacional predominante em Portugal, que separa os Serviços de Saúde e de Segurança em (i) Medicina do Trabalho e (ii) Segurança do Trabalho, quase sempre com enquadramentos organizacionais diversos e, muitas vezes, sem (ou com insuficiente) comunicação entre eles. Não é, por certo, a forma mais adequada para gerir os riscos profissionais, porque deixa os trabalhadores enclausurados num modelo de prevenção que não os protege e que os pode ludibriar sistematicamente.

O modelo existente dá origem a uma abordagem em que a Medicina do Trabalho é baseada no diagnóstico de efeitos adversos para a saúde dos trabalhadores, enquanto a Segurança do Trabalho se foca na identificação dos “*fatores (profissionais) de risco*” e na avaliação dos respetivos riscos para a segurança e saúde (reais ou potenciais). Esta insuficiência de comunicação e de intervenção sistémica limita a efetividade das intervenções preventivas da SST ou da SO.

Efetivamente, a abordagem atual, focada essencialmente nos fatores de risco, encontra expressão na Estratégia Europeia para a SST, que, há algumas décadas, tem dado prioridade, e com algum sucesso, à prevenção dos acidentes de trabalho (AT).

De facto, apenas a título de exemplo, entre 2002 e 2004 os acidentes de trabalho mortais na União Europeia reduziram-se 17% e os acidentes com incapacidade temporária absoluta (ITA), superior a três dias, reduziram-se 20% (OSHA, 2007). Também a estratégia comunitária para 2007-2012 estabeleceu como meta a redução de 25% da taxa de incidência de AT por 100.000 trabalhadores.

A estratégia seguinte (2014-2020) previa, em cada país, entre outras áreas prioritárias, um conjunto de metas mensuráveis de redução da incidência de acidentes de trabalho (como, de resto, preconizava a estratégia em Portugal: redução de 30% dos acidentes de trabalho) e de doenças profissionais por grupos de trabalhadores e grupos de empresas ou setores de atividade económica.

A atual Estratégia Europeia (2021-2027) tem três prioridades fundamentais (OSHA, 2024):

1. Antecipar e gerir a mudança no contexto das transições ecológica, digital e demográfica;
2. Melhorar a prevenção de acidentes e doenças relacionadas com o trabalho e envidar esforços no sentido de uma abordagem “visão zero” para as mortes relacionadas com o trabalho;
3. Aumentar a preparação para responder a crises sanitárias atuais e futuras.

No âmbito dessa estratégia, é dada especial atenção à prevenção do cancro ligado ao trabalho, das doenças cardiovasculares e das suas relações com o trabalho e das doenças musculoesqueléticas ligadas ao trabalho.

Todavia, na ausência de medidas concretas e objetivos quantificados, é previsível que, de novo, a evocação da prevenção prevaleça sobre a sua efetiva implementação (Sousa-Uva, 2021).

Em Portugal, o Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) (2º ciclo – 2013/2017) (DGS, 2013) definiu como objetivos gerais: garantir o valor da saúde do trabalhador e aumentar os ganhos em saúde. A sua extensão para 2018/2020” (DGS, 2018) reafirmou esses compromissos de proteger e promover a saúde de todos os trabalhadores, reforçando e dando continuidade ao trabalho da Direção-Geral da Saúde em matéria de Saúde Ocupacional. Até ao momento, não há conhecimento de qualquer atualização desse programa (o esperado 3º ciclo ...). A extensão manteve, no essencial, os objetivos específicos do PNSOC, ainda que substituindo os sete objetivos iniciais por apenas cinco.

Talvez o aspeto mais saliente daquele documento seja a inclusão de uma análise SWOT (*Strengths; Weaknesses; Opportunities; Treaths*), nas quais se identificam as seguintes “fraquezas”:

- Insuficiente número de profissionais na Equipa de Coordenação;
- Falta de profissionais nas Equipas Regionais e Locais de Saúde Ocupacional e/ou dificuldades na afetação de horas para os profissionais das Equipas;
- Dificuldade na organização e motivação das Equipas Locais de Saúde Ocupacional;
- Aumento do número de processos de autorização de Serviços de Saúde do Trabalho e da sua complexidade de análise;
- Reduzido controlo da qualidade dos Serviços de Saúde do Trabalho prestados;
- Dificuldade de acesso e cruzamento de dados estatísticos e outra informação relevante em Saúde Ocupacional;
- Saúde Ocupacional encarada como matéria não prioritária no setor da saúde;

- Inexistência de orçamento próprio para a implementação das ações do PNSOC.

1.6. Estratégia Global de Saúde e Segurança do Trabalho 2024-2030

Recentemente (18 de outubro de 2023), na 349ª sessão do *Governing Body* da Organização Internacional do Trabalho (ILO, 2023), foi aprovado um importante documento sobre a Estratégia Global de Saúde e Segurança do Trabalho 2024-30 e o respectivo plano para a sua implementação que assenta em três grandes pilares:

1. Melhorar os sistemas nacionais de Saúde e Segurança do Trabalho;
2. Fortalecer a coordenação, participação e investimento em SST;
3. Melhorar os sistemas de gestão dos locais de trabalho em SST.

Para a concretização destes objetivos estruturantes, a OIT propôs um plano de ação para 2024-2030, que contempla cinco áreas principais:

- a. Instrumentos e normas internacionais;
- b. Criação de conhecimento e sua disseminação;
- c. Promoção, sensibilização e defesa (“*advocacy*”);
- d. Apoio e assistência técnica aos Estados membros;
- e. Cooperação multilateral.

Apesar dos significativos esforços internacionais e nacionais no domínio da Saúde e Segurança do Trabalho e da fácil compreensão que a qualidade e competitividade de uma empresa (ou de uma qualquer outra organização) dependem também da saúde dos seus trabalhadores, permanece

evidente uma insuficiente valorização da SST, percebida mais como um custo do que como um investimento estratégico.

De facto, entre nós, o clima de saúde e segurança das nossas empresas não é tão robusto quanto deveria ser e a importância atribuída à SST, por empregados e por empregadores, deveria ser substancialmente maior. A cultura que parece ser ainda dominante é a cultura do “*danger is my business*” (Sousa-Uva, 2018), reativa e ancorada no imprevisto, que frequentemente se sobrepõe à cultura de prevenção dos riscos profissionais e à promoção da saúde, elementos que devem ser considerados como parte integrante da qualidade nas empresas.

É, de resto, fácil de compreender que trabalhadores seguros e saudáveis (e não apenas locais de trabalho seguros e saudáveis) são mais produtivos, eficientes e sustentáveis – objetivos últimos de qualquer sistema produtivo moderno.

A referência contemporânea à “cultura de prevenção”, que deveria ser à cultura de saúde e segurança do trabalho e com dimensões que se situam para além da prevenção (ou antecipação) de riscos, é frequentemente reduzida a uma espécie de “equipamento de proteção individual”, que se espera vá resolver as situações de risco profissional através do reforço da “resiliência” dos trabalhadores às más condições de trabalho.

Tal conceção é claramente redutora e desvia o foco da verdadeira essência da SST: a adaptação do trabalho ao trabalhador e a eliminação ou a mitigação das causas estruturais dos riscos profissionais, em vez de transferir para o indivíduo a responsabilidade pela sua própria proteção.

De forma sintética, uma cultura de saúde e segurança deve iniciar-se na conceção dos locais de trabalho e dos processos produtivos, com vista a selecionar os equipamentos mais seguros e adaptados aos trabalhadores. A garantia das adequadas condições de trabalho deve ser feita por antecipação dos riscos e incorporação de medidas de prevenção coletiva, em oposição à regra da implementação de medidas corretivas e, frequentemente, tardias de prevenção, bem mais onerosas e disruptoras para qualquer organização.

O fortalecimento da “percepção do risco profissional”, por todos os trabalhadores e empregadores, deve caminhar a par de um maior investimento na adaptação das condições de trabalho às características, capacidades e limitações dos trabalhadores, substituindo gradualmente a dependência excessiva dos equipamentos de proteção individual, como principal recurso da prevenção.

A “Saúde em todas as Políticas”, há muito evocada pela OMS, deve incluir explicitamente os determinantes da saúde relacionados com a atividade e as condições de trabalho. Esses determinantes são tão importantes como os estilos (e hábitos) de vida.

Um exercício ilustrativo, para testar a dimensão dessa valorização, consiste em analisar a relevância atribuída à Saúde e Segurança do Trabalho nos Planos Nacionais de Saúde.

Por certo, será identificada uma lacuna que revela a persistência de uma visão fragmentada e setorial da saúde, em vez de uma abordagem verdadeiramente sistêmica e intersetorial, capaz de articular a Saúde Pública e a Saúde Ocupacional, incluindo a Promoção da Saúde no Local de Trabalho como dimensões indissociáveis do bem-estar humano e social.

2. Relações entre o trabalho e a saúde (doença)

A Saúde Ocupacional, na sua aceção mais ampla (também denominada Segurança, Higiene e Saúde dos Trabalhadores nos Locais de Trabalho) estuda a atividade de trabalho e as respetivas condicionantes (condições de trabalho), numa perspetiva da sua maior harmonia possível com a pessoa concreta que trabalha e nunca com um denominado “trabalhador médio” ou com um “estereótipo profissional”.

Assim, essa harmonia não se deve esgotar na evicção ou no controlo de fatores de risco profissionais suscetíveis de poder causar doença ou acidente, mas antes na efetiva adequação do ambiente de trabalho às caraterísticas de cada trabalhador, em cada momento da sua vida.

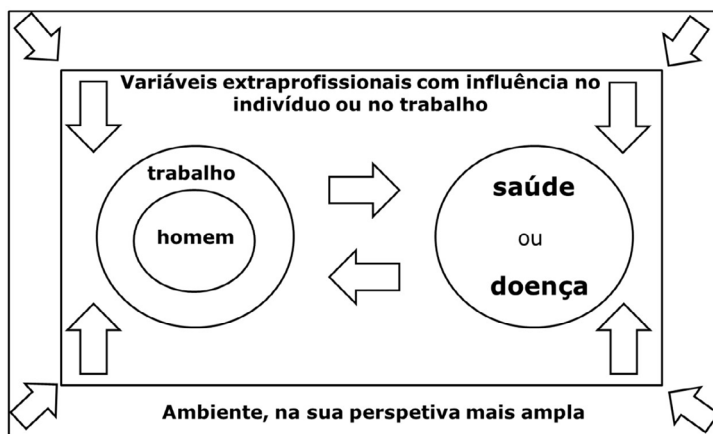
O ambiente de trabalho constitui o meio (ou a envolvente) das situações de trabalho que o integram, as quais se caracterizam, essencialmente, pela atividade de trabalho ou trabalho real. Tal determina uma interação permanente entre todos os elementos referidos, na qual o trabalhador assume o papel decisivo, num complexo de interações e interdependências que, quase sempre, se caracteriza por uma elevada complexidade.

2.1. Modelos das interações trabalho-saúde (doença)

Os modelos genéricos das inter-relações e interdependências, invariavelmente complexas, centram-se sistematicamente no binómio homem (ou mulher)/trabalho, influenciados pelas variáveis individuais de cada trabalhador (**Figura 6**). Esse “conjunto”, também designado “situação de trabalho” inclui, portanto, um trabalhador concreto, parte integrante do sistema, e nunca, como se referiu, o conceito abstrato de “trabalhador médio”, que não passa de uma forma de simplificação, legítima enquanto tal, mas que, quando usada indevidamente, distorce profundamente a realidade. Dito de outro modo, qualquer abordagem que “expurgue” o(a) trabalhador(a) ou o substitua por um qualquer “trabalhador médio” (imaginário), nunca estará a

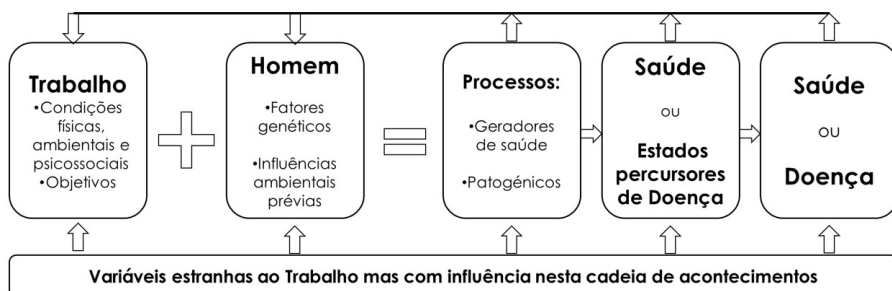
tratar verdadeiramente do referido binómio e, muito menos, de uma situação concreta de trabalho carecida de intervenção preventiva, na perspetiva da saúde (e segurança) ocupacional.

Figura 6. Modelo geral de relações trabalho/saúde (ou doença)



Apesar de existirem diversos modelos teóricos sobre as interações e interdependências entre o trabalho e a saúde/doença, o modelo que adaptámos da OMS (O.M.S., 1973) em 1988 (Faria; Uva, 1988) mantém-se atual, ainda que com mais de meio século de existência (**Figura 7**). Importa sublinhar que o seu estudo requer o contributo de numerosas áreas de conhecimento que vão muito para além da Medicina do Trabalho, da Higiene do Trabalho e da Segurança do Trabalho. Todas elas, mobilizando os respetivos modelos conceptuais e instrumentos específicos, oferecem contributos indispensáveis a qualquer intervenção concreta que vise a referida harmonia entre as exigências do trabalho e a saúde (e segurança). Seria suficiente, nesse contexto, evocar os aspetos de natureza psicossocial para ilustrar diversas outras áreas de conhecimento indispensáveis a qualquer diagnóstico concreto ou intervenção preventiva.

Figura 7. Modelo de relações trabalho/saúde (ou doença) da OMS, 1973 (adaptado de Faria e Uva, 1988)



2.2. Sistemas de trabalho

Qualquer sistema sociotécnico e/ou antropológico (como acontece em todos os locais de trabalho ou empresas) resulta sempre de processos de elevada complexidade (Robertson, 2001). Para que o trabalhador possa compreender um sistema de trabalho complexo e reconhecer a importância de todos os elementos que o compõem, são necessários diversos recursos adicionais que a Saúde Ocupacional fornece e sem os quais dificilmente se alcançará a harmonia desejada entre o trabalho e o(a)s trabalhadores(as).

Esses sistemas complexos são, quase sempre, sistemas abertos, que interagem com o ambiente. Os diferentes tipos de sistemas, enquadrados nas correntes sociotécnica e antropológica, apresentam diversos modelos (adaptado de Carayon, 2006) (**Quadro 1**).

Quadro 1. Modelos de sistemas sociotécnicos e antropotécnicos (adaptado de Carayon, 2006)

Modelos e Autores	Componentes do sistema sociotécnico e antropotécnico
Teoria dos Sistemas Sociotécnicos (Trist, 1981; Pasmore, 1988)	• sistema social; • sistema técnico; • ambiente.
Modelo antropotécnico do sistema de trabalho (Wisner, 1997)	O projeto dos sistemas de trabalho antropotécnicos, interação homem-máquina (tecnologias e ferramentas), baseia-se em: • entendimento profundo das capacidades humanas, físicas, mentais e emocionais; • compreensão da atividade real dos trabalhadores; • adaptação do ambiente técnico às capacidades humanas; • foco na saúde, segurança, eficiência e conforto dos trabalhadores.
Modelo de subsistemas do sistema de trabalho (Hendrick and Kleiner, 1999, Kleiner, 2004)	• subsistema pessoal; • subsistema tecnológico; • ambiente interno; • ambiente externo; • trabalho e desenho organizacional.
Modelo de interação no sistema de trabalho (Wilson, 2000)	As pessoas interagem com: • outras pessoas (interações de cooperação); • agentes remotos (interações temporais e espaciais); • a estrutura, as regras e os papéis (interações da organização); • cadeia de abastecimento (interação logística); • ambiente (interações de configuração); • trabalho; • hardware e software (interações de interface); • sociedade, finanças e política (interações contextuais).
Modelo do sistema de trabalho (Carayon, Smith, 2000)	• o indivíduo; • o trabalho; • as ferramentas e tecnologias; • o ambiente físico; • as condições organizacionais.
Modelo SHELL (Rizzo et al., 2000)	• software: práticas, procedimentos, regulamentos e regras formais/ informais; • hardware: elementos físicos do sistema sociotécnico (por exemplo, equipamentos, layout físico); • ambiente político, económico, social e legal em que o sistema funciona; • ser humano: os trabalhadores e outras pessoas interagem, como por exemplo, os gestores e os trabalhadores trabalham no mesmo sistema.

Modelo do sistema sociotécnico (Rasmussen, 2000)	• os processos produtivos e o trabalho realizado pelos trabalhadores; • pessoal envolvido no planeamento do trabalho; • gestão que planeia e fornece os recursos; • empresa que interage em diversos níveis; • reguladores e associações; • Governo.
Modelo do sistema sociotécnico em círculos concêntricos (Moray, 2000)	• o comportamento individual, os dispositivos e os elementos físicos no centro do sistema; • outros elementos: equipas e comportamentos de grupo, comportamento organizacional e de gestão, normas legais/jurídicas/ regulamentos, e pressões sociais e culturais.
Modelo dos fatores que influenciam o trabalho e o erro (Vincent, 2003)	• atores institucionais; • organização e gestão; • ambiente de trabalho (por exemplo, recursos humanos, carga de trabalho, design de equipamentos, apoio administrativo e de gestão); • equipas/grupos; • trabalhadores (por exemplo, conhecimentos, experiência); • tarefa/atividade.

Vários autores, de que se destacam Montmollin (1995) e Wisner (1997), pelos sistemas antropotécnicos, e Trist (1951), Emery (1960) e Mumford (1983), pelos sistemas sociotécnicos, deixam contributos relevantes na conceptualização dos sistemas de trabalho (**Quadro 2**):

Quadro 2. Diferenças entre os sistemas sociotécnicos e antropotécnicos

Sistemas Sociotécnicos	Sistemas Antropotécnicos
Equilíbrio entre o sistema técnico e o social: Integração e equilíbrio entre os aspetos sociais (humanos, organizacionais) e técnicos (tecnologia, processos) no ambiente de trabalho (Trist; Bamforth, 1951).	Adaptação da tecnologia às capacidades humanas: O principal objetivo é ajustar a tecnologia e o ambiente de trabalho às características e limitações físicas e cognitivas do ser humano (Wisner, 1997).
Eficácia organizacional: Os sistemas sociotécnicos procuram, não apenas a eficiência técnica, mas também o bem-estar humano e um ambiente de trabalho saudável, enfatizando a importância das interações entre sistemas humanos e tecnológicos (Emery, Pasmore, Sherwood, 1960).	Ergonomia e segurança: O modelo antropotécnico foca-se na otimização das condições de trabalho em termos de ergonomia e segurança, adaptando os sistemas técnicos ao trabalhador para reduzir riscos e melhorar o desempenho (Hoc, 1998).

Autonomia e controlo dos trabalhadores: Os sistemas sociotécnicos defendem que os trabalhadores devem ter autonomia e controlo sobre as suas atividades, promovendo a participação ativa no design dos sistemas técnicos (Mumford, 1983).	Ajuste cognitivo: O modelo antropológico leva em consideração as capacidades cognitivas dos trabalhadores, focando-se na conceção das interfaces eficientes entre as pessoas e as tecnologias em ambientes complexos (Montmollin, 1995).
---	---

2.3. Processos de interação e interinfluência no sistema de trabalho

Os modelos teóricos têm evoluído em função do progresso dos conceitos de trabalho e de saúde (Santos; Uva, 2009), no entanto mantém-se, no essencial, inalterado o processo de interação e interinfluência no sistema de trabalho, ainda que novas formas de trabalho, como por exemplo o recurso a inteligência artificial, constituam novos e importantes desafios a muitos dos atuais sistemas onde o homem se relaciona com o envolvimento profissional.

Tais interinfluências, interdependências e interatividade têm diversas fontes e dimensões no contexto da elevada complexidade dos sistemas de trabalho (Vincent, 2003), destacando-se um conjunto de dimensões (**Quadro 3**) que podem ter repercussões sobre o todo o sistema e que muitas vezes não são suficientemente valorizadas.

Quadro 3. Dimensões da complexidade do sistema de trabalho (adaptado de Vincent, 2003)

Dimensões da complexidade	Definições
Sistema social	Composto por muitas pessoas que devem trabalhar juntas
Perspetivas heterogéneas	Trabalhadores com diferentes formações e regras
Sistema distribuído	Pessoas a trabalhar em diferentes lugares
Sistema dinâmico	Atraso dos efeitos relativamente às ações
Sistemas perigosos	Consequências muito graves a nível económico, público, social e ambiental

Emparelhamento	Subsistemas emparelhados e interagindo intrinsecamente acoplados
Automação	Sistemas muito automatizados
Incerteza	Incerteza nos dados disponíveis para os trabalhadores
Interação partilhada	Sistema não observável diretamente pelos trabalhadores
Alterações da normalidade	Trabalhadores responsáveis para lidar com eventos imprevistos
Problema (ausência) de espaço livre	Diversos elementos e forças (pressões)

2.4. Influências do trabalho na saúde (doença)

É evidente que o já referido modelo das relações trabalho/saúde (ou doença) da OMS apresenta muito menos complexidade que os atuais modelos sistémicos. Assim, a valorização da saúde dos trabalhadores deve integrar, não apenas as consequências adversas que o trabalho (e os fatores profissionais de risco, também denominados perigos no enquadramento jurídico-normativo) pode comportar, mas também o trabalho como “fonte de saúde”.

De facto, quase todas as atuais abordagens relativas à Saúde e Segurança do Trabalho (SST) – ou à Saúde Ocupacional, na sua dimensão mais abrangente – incidem, na maioria das vezes, sobre os aspetos “negativos” que o trabalho pode comportar para a saúde de quem trabalha sendo, sistematicamente, esquecidos os aspetos “positivos” que o trabalho, em termos de satisfação, bem-estar e realização pessoal, pode proporcionar (Sousa-Uva, Serranheira, 2013).

Mesmo em aspetos de natureza normativa e legal, a abordagem preponderante em SST é essencialmente centrada nos “fatores de risco de natureza profissional” (ou “perigos”) e na sua prevenção, o que absorve, quase na totalidade, a atenção dos diversos intervenientes no mundo do trabalho. Até mesmo os investigadores e estudiosos da área ficam ofuscados face à dimensão do problema, tanto mais que a maioria das políticas públicas

atuais lhes atribui importância extrema e, talvez por isso, tende a concentrar aí o principal foco de atenção.

Nesse domínio da prevenção (Faria, Sousa-Uva, 1988), essa abordagem não contempla, por exemplo, as situações reais de exposição simultânea e repetida do trabalhador a múltiplos fatores de risco, restringindo-se, frequentemente, a intervenções centradas exclusivamente sobre um, e apenas um, desses fatores. Um bom exemplo desse tipo de intervenções é a prevenção de efeitos adversos decorrentes da exposição a um determinado fator de risco de natureza química. Mesmo quando tal intervenção se destina à prevenção da totalidade dos efeitos negativos para a saúde (riscos), o que nem sempre sucede, as ações centram-se apenas em medidas de prevenção dirigidas a um e não ao conjunto de fatores de risco a que, quase sempre, o trabalhador está exposto.

De facto, em situações de trabalho concretas, a regra é a exposição simultânea do trabalhador a vários fatores de risco (**Figura 5**) ou, mesmo que de uma só tipologia, e sobretudo no caso das substâncias químicas, a múltiplos fatores de risco químicos. Importa assinalar que tal exposição profissional “simultânea” pode ter efeitos para a saúde resultantes da interação entre esses fatores de risco e que podem ser aditivos, sinérgicos ou inibidores e que, quase sempre, não são considerados na avaliação (perspetiva mais ampla) do risco (“*risk assessment*”).

As situações reais de trabalho constituem, portanto, situações que, mesmo na perspetiva redutora dos “fatores de risco da natureza profissional”, envolvem sempre mais complexidade do que aquela que exige apenas uma intervenção concreta no contexto da prevenção de determinados riscos profissionais. Portanto, na perspetiva dominante, a análise e a intervenção em SST tendem a centrar-se num único fator de risco presente no ambiente de trabalho e responsável por um (apenas um) determinado risco para a saúde dos trabalhadores – algo que raramente se verifica no trabalho real.

Considerações idênticas podem ser feitas relativamente à exposição simultânea a mais de um fator de risco de natureza física, como ocorre

na exposição simultânea a ruído e a vibrações, cuja combinação pode produzir efeitos distintos dos observados na exposição isolada a cada um desses fatores.

Acresce ainda a circunstância de um fator de risco poder implicar múltiplos riscos em que a estratégia de prevenção de riscos deve ser muito diferente, consoante o risco que se pretenda prevenir. Assinale-se, a título de exemplo, os fatores de risco que podem causar efeitos determinísticos e efeitos estocásticos como sucede com a sílica livre ou o amianto. De facto, a estratégia de prevenção da silicose ou do cancro do pulmão (ou da asbestose ou do mesotelioma da pleura, por exemplo), doenças causadas pelos mesmos fatores de risco, não pressupõe, neste último caso, um nível seguro abaixo do qual se possa afirmar que não existe risco. O mesmo se aplica à exposição a muitos outros fatores de risco de natureza química ou física como, é o exemplo paradigmático da exposição a radiações ionizantes.

Por outras palavras, a conceção do trabalho não valoriza adequadamente a exposição simultânea e cumulativa aos diversos fatores de risco profissionais. Além disso, raramente considera a associação com as variáveis individuais de cada trabalhador (como o sexo, a idade, o estado de saúde, as doenças que é portador, entre outras) que, obviamente, também fazem parte da situação de trabalho e que codeterminam as situações de risco profissional.

Uma excelente ilustração dessas relações complexas entre o indivíduo e o trabalho encontra-se nas situações, hoje cada vez mais frequentes, em que os fatores de risco profissionais participam na complexa matriz etiológica de muitas doenças crónicas, sem que assumam o papel determinante característico das doenças profissionais. As doenças relacionadas com o trabalho (*“work-related diseases”* em vez de *“occupational diseases”*), tanto na perspetiva da morbilidade, como da mortalidade, constituem atualmente – e há muito – motivo de séria preocupação, embora continuem socialmente pouco valorizadas. Recorde-se que, segundo a ILO (2023), morrem anualmente cerca de 3 milhões de trabalhadores, vítimas do seu trabalho.

O mesmo se aplica às situações em que o trabalho agrava as doenças existentes (“*doenças agravadas pelo trabalho*”), nas quais as variáveis individuais assumem ainda maior protagonismo nas relações entre o trabalho e a doença.

Neste contexto, acresce ainda que o observado envelhecimento da população e, por consequência, também dos trabalhadores, traz novos desafios decorrentes das alterações anatómicas e fisiológicas “naturais” associadas à idade, bem como do aumento das doenças crónicas. Tal implica que a não valorização das características individuais dos trabalhadores em SST provoque um desvio substantivo dos níveis de risco reais – face aos avaliados – nos postos de trabalho, visto que estes foram concebidos, na generalidade, para pessoas jovens e em bom estado de saúde.

Como já foi referido, a frequente utilização da figura do “trabalhador médio” em SST, não é mais do que uma abordagem simplificada (e incorreta), motivada pela dificuldade de avaliação da complexidade das situações reais de trabalho e da decorrente necessidade em estabelecer critérios objetivos, que delimitem a maior ou menor necessidade de intervenção corretiva. Essa abordagem baseia-se apenas em variáveis ambientais ou dos dispositivos técnicos indispensáveis à atividade profissional, esquecendo os trabalhadores que são, de facto, a razão essencial para as intervenções em SO. Tais estratégias, embora indiscutivelmente úteis na prevenção dos riscos profissionais, devem ser interpretadas à luz dos contextos concretos do trabalho humano, em que o trabalhador não pode ser encarado como uma “máquina (im)perfeita”, normalizável através de uma abstração, o referido “trabalhador médio”.

2.5. Prevenção dos riscos profissionais

A perspetiva da prevenção dos riscos profissionais deve ser sempre sistémica e integrada, com o trabalhador concreto em cada situação de trabalho, visto que é a única razão da intervenção em Saúde (e Segurança) do Trabalho (SST).

De facto, é demasiado frequente que as metodologias de avaliação de riscos profissionais, na sua dimensão mais abrangente (*risk assessment*), sejam estabelecidas de acordo com critérios dirigidos ao já designado “trabalhador médio”, abrangendo a maioria dos trabalhadores, mas não considerando o caso concreto de cada trabalhador de *per si*.

O desejável, e o mais rigoroso possível, seria desenvolver uma avaliação individual dos riscos profissionais (*individual risk assessment*), valorizando, dessa forma, também as variáveis de natureza individual (Sousa-Uva, 2006; 2010). Trata-se de uma avaliação que os autores ingleses denominam como “*taylor-made*” (ou, em português, “feita por medida”).

A “massificação” das medidas de prevenção de riscos profissionais, sobretudo no que respeita ao risco de acidente de trabalho, “omite” frequentemente (para não referir quase sempre) a “individualidade” e refugia-se naquele conceito médio abstrato, mas muito “prático”, ainda que muitas vezes mais “vicioso” do que “virtuoso”.

Em síntese, o que está em causa para a SST é a proteção da saúde de cada trabalhador e não a proteção da saúde de um “trabalhador médio”, que, como referido, não passa de uma “abstração”.

Efetivamente, as condições de trabalho e a atividade desempenhada pelo trabalhador (atividade real), pertencem, essencialmente, ao mundo do trabalho, mas existem fatores de natureza individual implicados nas diversas influências (negativas e positivas) do trabalho sobre a saúde (ou a doença), que são parte integrante da situação e trabalho (humano) e que importa valorizar. Ignorá-los deveria determinar o epíteto da “má prática” da SST, uma vez que qualquer estratégia de ação que exclua as variáveis individuais das situações de trabalho, contraria a razão de existência desta área do conhecimento.

Assim, o argumento da “simplificação” não parece suficientemente robusto para “ocultar” a complexidade das situações de trabalho, também na sua dimensão individual.

No essencial, as interinfluências e interdependências entre trabalho e saúde envolvem diversos aspetos, quer do indivíduo, quer das condições e trabalho e da atividade desempenhada, que exigem, quase sempre, a referida complementaridade de saberes, experiências e competências de diversas áreas disciplinares no planeamento, implementação e avaliação das respetivas estratégias de prevenção e consequente intervenção. Dito de outra forma, as intervenções centradas sobre o ambiente (de trabalho) devem ser, obrigatoriamente, complementadas por intervenções centradas sobre as pessoas devendo, por isso, a intervenção concreta beneficiar da mais ampla colaboração entre os técnicos respetivos, sob pena de não ser atingível o objetivo fundamental: a prevenção dos riscos profissionais de todos e de cada um dos trabalhadores.

De facto, os aspetos globais de vida dos trabalhadores e as suas variáveis individuais, que evoluem de diferente forma ao longo do tempo, que se interinfluenciam e interpenetram nas suas componentes profissional e extraprofissional, também integram as situações (reais) de trabalho e estão em permanente mudança. Por exemplo, um trabalhador sensibilizado a um alérgico profissional, relacionado com um determinado processo produtivo, poderá tornar-se mais suscetível a irritantes respiratórios profissionais ou ao contacto com essa substância, também no ambiente extraprofissional.

De igual modo, um trabalhador atópico com hipersensibilidade a antigénios ubiquitários (presentes em diversos locais), por exemplo, relacionados com os ácaros do pó de casa ou com os pólenes, poderá ter um agravamento da sua doença natural se exercer atividades profissionais em ambientes empoeirados ou com exposição a agentes irritativos (ou irritantes) para as mucosas da árvore respiratória.

Apesar disso, constata-se na prática da SST que as variáveis individuais são sistematicamente expurgadas das avaliações de riscos profissionais, ainda que o propósito essencial dessas avaliações seja a proteção da saúde de quem trabalha. Trata-se, pois, de uma situação paradoxal visto que, de novo, se revela totalmente incompatível com a utilização, agora de novo referida, da

abstração do utópico “trabalhador médio”. Assim, qualquer avaliação do risco, em sentido lato, que não integre as variáveis individuais dos trabalhadores concretos nas situações de trabalho reais, carece inevitavelmente de correção.

2.6. Estratégias de Prevenção

As “estratégias de prevenção” predominantes em SST, que se dirigem ao tal trabalhador “médio”, ao anularem as avaliações individuais dos riscos profissionais (“*individual risk assessment*”) (Sousa-Uva, 2006, 2010), devem como se referiu, por conseguinte, ser definitivamente abandonadas, já que o risco que avaliam (na sua aceção probabilística) não representa o risco concreto que exige intervenção preventiva. Há quem, por isso, as denomine caricaturalmente como “lixo organizado”.

Assim, a “abstração” do “trabalhador médio” compromete os grandes objetivos da SST que, como se sabe, têm por base a prevenção (médica e ambiental) dos riscos profissionais e a promoção da saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho. Em termos práticos, não é suficiente existirem locais de trabalho seguros e saudáveis, é necessário, sobretudo, que existam trabalhadores seguros, saudáveis, ativos e produtivos (Sousa-Uva, 2011). Tais objetivos devem implicar um maior investimento nas já referidas avaliações individuais dos riscos profissionais. Os “locais de trabalho saudáveis” são efetivamente necessários, mas insuficientes para aí garantir a existência de “trabalhadores saudáveis e seguros”.

Ainda no contexto em análise, talvez uma possível explicação para a persistência de abordagens “incompletas” em SST possa residir na dificuldade em desenvolver mais e melhores “metodologias integradas” das principais disciplinas que se dedicam ao estudo das inter-relações e interdependências entre o trabalho e a doença (ou a lesão). No atual contexto normativo, a Segurança do Trabalho, a Higiene do Trabalho e a Medicina do Trabalho

permanecem como disciplinas centrais, sendo, contudo, essencial reconhecer o contributo de outras áreas como a Enfermagem do Trabalho, a Ergonomia, a Psicologia do Trabalho, a Sociologia do Trabalho, entre outras. Cada uma aporta conhecimento e metodologias que podem, e devem, contribuir para a saúde e segurança dos trabalhadores.

Só com essa integração efetiva será possível atingir os objetivos da SST: trabalhadores saudáveis e seguros em locais de trabalho igualmente saudáveis e seguros (Sousa-Uva, 2013).

O Comité Misto em Saúde Ocupacional da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Internacional do Trabalho – ILO (ILO, 1995) enunciou há muito os grandes objetivos da SST:

“um ambiente de trabalho saudável, seguro e satisfatoriamente confortável e um trabalhador saudável, ativo e produtivo, sem doenças naturais ou ocupacionais e apto e motivado para o exercício da sua atividade profissional, com satisfação e desenvolvendo-se de forma pessoal e profissional”.

O ambiente de trabalho saudável é, portanto, condição necessária, mas não suficiente para que sejam alcançados os objetivos pretendidos.

Trata-se, obviamente, de objetivos muito ambiciosos e que não podem ser atingidos sem a já referida abordagem integrada de diversas competências e saberes e que não se confinam, por certo, a disciplinas tradicionalmente vocacionadas para a implementação de medidas preventivas “específicas”. São exemplos disso, os equipamentos de proteção individual no contexto da Segurança do Trabalho ou a vigilância médica periódica no contexto da Medicina do Trabalho. São, precisamente, esses aspetos que dominam, de forma quase exclusiva, o atual edifício jurídico-normativo da SST.

A Organização Internacional do Trabalho, com o propósito de reforçar a necessidade de uma abordagem e intervenção sistémicas, consagrou o conceito de “trabalho decente” na iniciativa “*Decent Work, Safe Work*” (ILO, 2007; ILO, 2012; ILO 2019; ILO 2023), destacando os seguintes dados:

- aproximadamente **2,93 milhões de pessoas morrem anualmente** em resultado do seu trabalho (cerca de 8.000 mortos por dia);
 - cerca de **2,6 milhões** de mortes são consequência de **doenças relacionadas com o trabalho** (mais de 7.000 mortos por dia);
 - aproximadamente **330 mil vítimas** resultam de **300 milhões de acidentes de trabalho**;
- **diariamente** cerca de **1.000 pessoas** vão trabalhar e não regressam a casa por terem sofrido um **acidente de trabalho mortal**;
- **anualmente** cerca de **395 milhões de trabalhadores** sofrem de doenças de alguma forma ligadas ao seu trabalho (doenças “ligadas” ao trabalho);
- **os custos económicos** locais dos **acidentes de trabalho e das doenças profissionais** representam aproximadamente **4% do PIB** (produto interno bruto) o que corresponderá a cerca de vinte vezes mais do que o que se gasta na sua prevenção (estimada em 0,2% do PIB).

A Organização Internacional do Trabalho, fundada em 1919, dedica, desde há muito, uma grande atenção à Saúde e Segurança do Trabalho (SST). De facto, o trabalho só pode ser decente se for saudável e seguro. Tal pressupõe uma perspetiva mais ampla da SST, que se emoldura num também largo conceito de proteção social e que atribui, por isso, uma importância crescente à participação dos parceiros sociais, ao diálogo social e, dessa forma, a uma verdadeira contratualização social.

Os números referidos são, por si só, impressionantes e deveriam sensibilizar qualquer cidadão ou “ator” do mundo laboral que reconheça o trabalho como uma importante fonte de riqueza das sociedades contemporâneas. Essa realidade deveria suscitar, em toda a sociedade, maior cuidado e compromisso com a Saúde e a Segurança de quem trabalha, bem como maior valorização da Saúde, Higiene e Segurança do Trabalho e dos

Trabalhadores nos Locais de Trabalho por parte de todos os intervenientes: entidades patronais (e seus representantes), trabalhadores (e seus representantes) e poder político.

Apesar disso, observa-se, frequentemente, que são sobretudo os profissionais da área da SST ou SO, aqueles que dedicam maior atenção a essas matérias, que apresentam interpretações *suis generis* dessa atenção, nomeadamente, e por vezes, através de abordagens corporativas orientadas para seu benefício.

A grande maioria dos acidentes, se não mesmo a sua totalidade, é totalmente prevenível, o que também se aplica às doenças profissionais (ILO, 2007; 2019; 2023). Assim, exigem-se **compromissos mais robustos**, orientados para:

1. Promover a **melhoria contínua da SST** para a prevenção das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho;
2. Dar **passos concretos** para, progressivamente, conseguir um ambiente de trabalho saudável e seguro;
3. Reavaliar, periodicamente, as medidas necessárias para **ratificar as Convenções mais relevantes** da Organização Internacional do Trabalho.

Esse desiderato só poderá ser alcançado através do desenvolvimento gradual de uma cultura de saúde e de segurança que inclui a definição clara dos direitos, deveres e responsabilidades de todos (trabalhadores, empregadores e Estado) no sentido de atribuir uma prioridade máxima à prevenção dos riscos profissionais e à promoção da saúde de quem trabalha.

Tal está, por certo, relacionado com a cultura (ou clima) organizacional e cultura de prevenção de riscos profissionais entre trabalhadores e empregadores, que deveriam reconhecer a SST como fundamental no contexto das relações de trabalho, tanto quanto, por exemplo, a importância dada à negociação coletiva.

Só dessa forma será possível dar o devido relevo às matérias da prevenção dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais. O investimento em SST não pode continuar a ser encarado como um custo de produção a reduzir, num mercado cada vez mais competitivo e globalizado. As leis do mercado aplicam-se fundamentalmente à transação de bens, mas não devem justificar a negligência dos custos com a vida dos trabalhadores nos “custos de produção” que apresentam elevadas implicações nos custos sociais. Sob essa ótica, os gastos em SST são, quase sempre, encarados mais como despesa do que como investimento, sobretudo no que diz respeito aos trabalhadores com menores salários.

As leis da oferta e da procura deveriam, ao contrário, mobilizar um maior empenho global na SST de todo e qualquer trabalhador, independentemente da sua localização geográfica.

A Organização Internacional do Trabalho há muito que se empenha nesta causa e em múltiplas vertentes, ainda que apenas recentemente, na Conferência Internacional do Trabalho, realizada em Genebra, em junho de 2022 (Sousa-Uva, 2022), tenha sido aprovada uma resolução histórica, que acrescentou o trabalho saudável e seguro aos Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho.

De acordo com essa resolução, todos os Estados-membros da Organização Internacional do Trabalho (OIT) comprometeram-se a respeitar um trabalho saudável e seguro, independentemente da ratificação de Convenções específicas. Ficam, portanto, a ser cinco esses Princípios e Direitos Fundamentais:

- eliminação de qualquer forma de trabalho forçado ou obrigatório;
- abolição do trabalho infantil;
- liberdade de associação e direito à negociação coletiva;
- não discriminação em relação ao trabalho;
- **um trabalho saudável e seguro.**

3. Saúde e Trabalho: uma perspectiva salutogénica

A promoção da saúde no local de trabalho (PSLT) não tem, na nossa sociedade, a adequada valorização, e particularmente no que respeita à capacitação dos trabalhadores para participar nas decisões sobre o trabalho que desempenham, nas decisões que podem afetar, positivamente ou negativamente, a sua saúde. A promoção da saúde no local de trabalho tem uma menor valorização holística, no sentido de capacitar os cidadãos, não só como trabalhadores, mas também como indivíduos que devem manter e melhorar a sua saúde e promover a sua autonomia nessas escolhas relacionadas com a saúde e o trabalho.

3.1. Promoção da Saúde: a evolução dos conceitos

A expressão “promoção da saúde” é relativamente recente e, provavelmente, foi utilizada pela primeira vez em 1945 por Henry Sigerist, no contexto da definição de atividades da Medicina: “a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento dos doentes e a reabilitação” (Terris, 1992). Naquela época, a promoção da saúde envolvia ações de educação para a saúde e ações estruturais do Estado para promover melhores condições de vida e de trabalho, educação, cultura e lazer para a população (Peres et al., 2021).

O conceito foi posteriormente recuperado em 1965 por *Leavell* e *Clarck*, no seu modelo de história natural da doença, que define os três níveis de medidas preventivas em saúde: primário, secundário e terciário. Nesse modelo, as ações de promoção da saúde são classificadas como parte da prevenção primária, onde a doença ainda não iniciou o seu processo de instalação (Peres et al., 2021).

Atualmente, alguns autores apontam para a existência de cinco níveis de prevenção: prevenção primordial, primária, secundária, terciária e quaternária (Almeida, 2005). A prevenção primordial, associada principalmente às doenças crónico-degenerativas (*noncommunicable diseases* — NCD), visa

evitar o aparecimento de estilos de vida que se sabem poder contribuir para um risco acrescido dessas doenças. Inclui, entre outros, políticas e programas de promoção de determinantes «positivos» de saúde (também no local de trabalho), como são os exemplos paradigmáticos da abstinência tabágica, da nutrição adequada e da prática regular do exercício físico. Assim, os conceitos de prevenção primordial e de promoção da saúde são complementares, ainda que a promoção da saúde se concentre em esforços para melhorar o bem-estar geral das pessoas, enquanto a prevenção primordial se ocupa da redução e mitigação dos fatores de risco.

Essa complementaridade é evidente, uma vez que a prevenção visa diminuir a probabilidade da ocorrência de doenças ou enfermidades específicas, enquanto a promoção da saúde visa, através de esforços intersectoriais, aumentar a saúde e o bem-estar geral da população (Almeida, 2005). São, no essencial, as perspectivas patogénica e salutogénica.

Historicamente a promoção da saúde foi associada ao desenvolvimento individual de hábitos saudáveis de vida (Terris, 1986). A confusão entre a prevenção da doença e a promoção da saúde (modelos patogénico e salutogénico, respetivamente) não deveria ser aceitável, em qualquer circunstância. Enquanto o modelo patogénico, o mais referido e presente entre nós, se debruça sobre a prevenção e tratamento de doenças, com particular ênfase na identificação, controlo e eliminação dos fatores causadores dessas doenças, o modelo salutogénico procura entender os fatores que promovem a saúde e a capacidade dos indivíduos se manterem saudáveis, mesmo em situações adversas. Enfatiza, assim, a identificação e a ampliação dos recursos (individuais, profissionais e socio-organizacionais) que contribuem para uma vida saudável, constituindo-se como uma abordagem fundamental para a Saúde Ocupacional.

No entanto, observa-se uma certa “turbulência conceptual” na utilização desses termos com referências incorretas, como “prevenção da saúde”, presentes em textos legais e utilizados até por profissionais da área. Um

exemplo paradigmático verificou-se aquando da publicação da Lei 102/2009, de 10 de setembro, sobre o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho, que no nº 1 do artº 1º mencionava, erradamente: “... *a presente lei regulamenta o regime jurídico da promoção e prevenção da segurança e da saúde do trabalho, de acordo com o previsto no art.º 274º do Código do Trabalho, no que respeita à prevenção*”. O “lapso” foi, entretanto, corrigido com a alteração constante na Lei 3/2014, de 28 de janeiro: “A presente lei estabelece o regime jurídico aplicável à: a) Promoção da segurança e da saúde no trabalho, incluindo a prevenção...”.

Esse erro evidenciou a incapacidade de compreensão da fundamentação teórica e científica por parte dos legisladores, que, aparentemente, não recorreram a especialistas em SST ou, se o fazem, não abordam todas as suas áreas científicas. O conceito de Promoção da Saúde foi colocado ao mesmo nível da Promoção da Segurança, sem que esta apresente uma equivalente base teórica de suporte.

Efetivamente é nos textos legais que os maiores atropelos conceptuais na área da Saúde e Segurança do Trabalho ou da Saúde Ocupacional (em sentido lato) se verificam e que, infelizmente, determinam uma utilização aberrante e errada por um número considerável de profissionais do setor da Saúde e Segurança do Trabalho, como poderia ser o exemplo, igualmente paradigmático, da referência à “exposição ao risco” em vez de “exposição ao fator de risco”, já que, obviamente, sem exposição não há risco.

Seria desejável e fundamental evitar plasmar tais absurdos na letra de diplomas legais e, por consequência, na sociedade, com prejuízos intangíveis para as respetivas áreas do conhecimento e para os trabalhadores.

Essas confusões terminológicas devem-se, provavelmente, ao fraco valor social que o trabalho tem na sociedade. Mesmo considerando a importante parcela de tempo que representa na vida dos cidadãos, o trabalho tem pouca atenção por parte dos governantes, das empresas, das pessoas (incluindo os trabalhadores).

Apenas quando o trabalho for integrado no contexto das intervenções em Saúde Pública, com o sentido do “... *desenvolvimento da organização social que permita a cada indivíduo na comunidade atingir um nível de vida adequado para a manutenção da sua saúde...*” (Winslow, 1923 cit Levenstein, 1989), se perspetivará uma maior atenção e valorização, principalmente, em termos de melhoria das condições de trabalho.

Nesse contexto, foi com Marc Lalonde, ministro da saúde e bem-estar social do Canadá na década de 1970 (Lalonde, 1974), no relatório “Uma Nova Perspetiva sobre a Saúde dos Canadianos” (*A New Perspective on the Health of Canadians*), que se (re)afirmou a necessidade de limitação das ações centradas nos cuidados médicos tradicionais e se destacou a intervenção sobre os determinantes sociais, económicos e ambientais (incluindo o ambiente de trabalho).

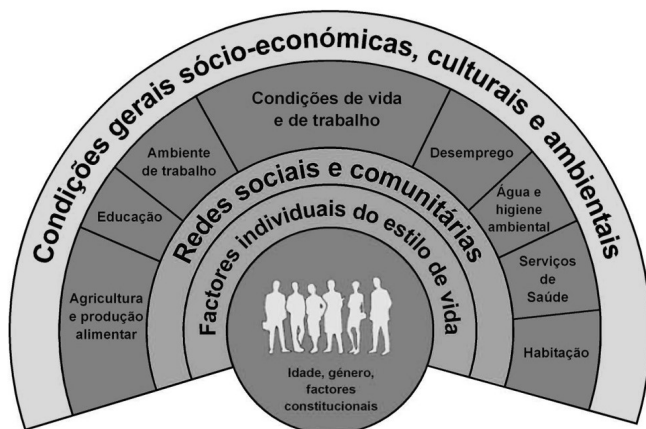
Lalonde propôs dar destaque a uma atuação da Saúde Pública orientada para os determinantes da saúde, em particular centrados na alteração das atitudes e dos comportamentos individuais e de grupo, através da prevenção primária e de programas educativos de diversa natureza (Sicoli; Nascimento, 2003). Essa perspetiva constituiu uma alteração, significativa à época, pois a saúde era frequentemente vista apenas na perspetiva da ausência de doença (patogénica).

Destacou quatro principais **determinantes da saúde** (Lalonde, 1974):

- **Ambiente físico**, como a qualidade do ar, da água e das condições de trabalho, que podem ter um impacto direto na saúde das pessoas;
- **Fatores genéticos e características físicas individuais**, que influenciam a saúde individual;
- **Comportamentos individuais**, como a dieta, a atividade física, o tabagismo e o consumo de álcool, que desempenham um importante papel na saúde;
- **Acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde**, incluindo os cuidados médicos, que são fatores determinantes da saúde da população.

Esses determinantes formaram as bases para a referência às ações de saúde que adicionam anos à vida e vida aos anos em modelos diversos, destacando-se o modelo de Dahlgren e Whitehead (**Figura 8**).

Figura 8. Determinantes da saúde (Loureiro e Miranda, 2010 - adaptado do modelo de Dahlgren e Whitehead, 1991 - imagem gentilmente cedida pelas autoras)



Foi com a Carta de Ottawa (1986) que se destacou a importância da Promoção da Saúde (também no local de trabalho). Em Ottawa delinearam-se um conjunto de perspectivas que atribuíram uma nova responsabilidade coletiva pela saúde, ou seja, a noção de que os governos, o setor privado, os profissionais de saúde e os cidadãos devem trabalhar em conjunto para melhorar a saúde das populações. De igual forma, destacou-se a necessidade de abordar as observadas desigualdades em saúde, de promover a participação de toda a comunidade e de fortalecer as ações de promoção da saúde, em todos os setores da sociedade.

Esta perspectiva definiu a Promoção da Saúde como um modo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e da sua saúde, incluindo uma maior participação no controlo desse processo (Ottawa, 1986). Tal, de facto, amplia a capacitação individual (e da comunidade) para que cada um aumente (e melhore) o controlo sobre a sua saúde num contexto que viria a ser denominado “Saúde para todos no ano 2000”.

Trata-se de uma perspectiva positiva da saúde que, no essencial, evolui de um paradigma centrado nos estilos de vida saudáveis para um paradigma de bem-estar.

Apesar de aparentemente inovadora, a preocupação já estava presente na Declaração de Alma-Ata (Cazaquistão, 1978), na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, onde se declarou que: “... a *promoção e proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento económico e social* ...”. Tal terá contribuído, por certo, para dar maior destaque à promoção da saúde, cada vez mais referida em determinados “*settings*”, incluindo os locais de trabalho (Promoção da Saúde no Local de Trabalho - PSLT).

No início de 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS), nas normas relativas à Medicina do Trabalho e à Saúde Ocupacional, complementou as medidas de prevenção dos riscos profissionais com a necessidade do desenvolvimento de ações que promovessem a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, tanto físico como psíquico (Santos e Uva, 2009). A partir daí, surgiu a “nova” Promoção da Saúde alicerçada na melhoria da qualidade de vida, através da transformação das condições de vida dos mais desfavorecidos e da participação ativa dos indivíduos e grupos nos determinantes da saúde.

A melhoria da qualidade de vida e da saúde passou a ser tema de intensa reflexão e discussão de diversos organismos internacionais. Em 1986, na Conferência de Ottawa, foram apresentados as condições e os recursos necessários, bem como os campos de ação na promoção da saúde, com a meta de “saúde para todos no ano 2000”.

Nessa conferência, a Promoção da Saúde consolidou-se internacionalmente, reforçando a necessidade de existirem ações colaborativas capazes de capacitar as populações a melhorar a sua saúde e a exercer um maior controlo sobre os seus determinantes (Ottawa, 1986).

A responsabilidade da promoção da saúde foi atribuída de forma partilhada a todos os cidadãos, em vez de ser apenas uma incumbência associada aos profissionais de saúde. Essa partilha envolve não só os indivíduos, independentemente da sua condição (não há ninguém mais interessado na

saúde do que o próprio), mas também as comunidades, o setor privado, as instituições de saúde e os governos.

A saúde e a forma como se perspectivou a promoção da saúde passaram a ser responsabilidade de todos, começando pelos cuidados que cada um deve ter consigo próprio e com os outros, incluindo a capacidade de decidir e de ter controlo sobre as circunstâncias próprias da vida, assim como pelas exigências que a sociedade impõe para oferecer condições de obter saúde para todos os seus membros.

Note-se que, à época, a promoção da saúde surgiu como uma perspectiva “crítica” à intervenção centrada na abordagem médica (clínica), ressaltando a necessidade de uma visão mais holística que extravasasse a conceção restrita de saúde como ausência de doença e passasse a atuar, fundamentalmente, sobre os seus determinantes. Incluíram-se nesse domínio as condições de vida e de trabalho, a educação, a habitação, o saneamento, o meio ambiente e as condições sociais. Essas são parte integrante do que é, atualmente, a “Nova Saúde Pública”.

Em 1998, com a 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Adelaide, Austrália, foi reforçada a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas equitativas que permitissem o incremento das relações entre o ambiente, o local de trabalho e a sociedade, visando a saúde individual e coletiva.

O rumo assumido em Alma-Ata e em Ottawa foi, portanto, ainda mais reforçado em Adelaide, com a disseminação de estratégias eficazes e inovadoras de promoção da saúde. Foram definidos objetivos que incluíram a equidade em saúde e, acima de tudo, valorizaram a estratégia baseada em políticas públicas de saúde. Foram identificadas quatro áreas prioritárias de ação:

- A saúde da mulher;
- A alimentação e a nutrição;
- O álcool e o tabaco e
- Os ambientes sustentáveis (incluindo os ambientes de trabalho).

Seguiram-se outras conferências, designadamente: (i) em Sundsvall (Suécia, 1991) foi reafirmado o princípio da equidade, a interdependência entre o Ambiente e Saúde, bem como a necessidade de criação de ambientes promotores de saúde; (ii) em Bogotá (Colômbia, 1992) foi destacada a profunda iniquidade existente entre os países da América do Sul, destacando a necessidade de políticas de saúde orientadas para o combate aos impactos da pobreza e sofrimento causados pelas doenças associadas aos modelos de urbanização e de industrialização desses países; (iii) em Jacarta (Indonésia, 1997) reiterou-se a conceção e os princípios referidos nas anteriores conferências e “a saúde foi reconhecida como um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e económico”; (iv) na cidade do México (México, 2000) procurou-se avançar no desenvolvimento das prioridades da Promoção da Saúde para o século XXI: a) promover a responsabilidade social em matéria de saúde, b) ampliar a capacitação das comunidades e dos indivíduos, c) aumentar a “inversão” no desenvolvimento da saúde, d) assegurar as infraestruturas necessárias à promoção da saúde e fortalecer a sua base científica, e) reorientar os sistemas e serviços de saúde (Sícoli e Nascimento, 2003); e, por fim, (v) em Bangkok (Tailândia, 2005) foi consagrado o direito à saúde como um direito fundamental do ser humano, introduzindo-se o conceito de globalização da saúde que, no essencial, destaca a importância da cooperação internacional no intuito de melhorar a saúde e de reduzir riscos globais (Lopes et al., 2010).

Nessas conferências destacou-se a integração de todos os aspetos relacionados com a saúde, o ambiente e o desenvolvimento humano. Portanto, o trabalho, importante aspeto da atividade humana, deve ser valorizado na perspetiva da saúde e da segurança.

Desde a conferência em Jacarta (1997), tal como ainda hoje, enfatizam-se os determinantes da saúde, designadamente a pobreza como a grande ameaça à saúde das populações. A economia global valoriza em excesso os fatores transnacionais, tão importantes para um mundo concorrencial e competitivo, todavia, paradoxalmente, “esquece-se” de que as exigências em saúde e segurança

do trabalho se tornam cada vez mais desiguais entre povos, num contexto de (in) equidade com fortes repercussões em matéria de saúde. A título de exemplo, é pertinente mencionar as necessidades em políticas públicas de saúde e segurança do trabalho nas economias emergentes, com um desenvolvimento industrial acentuado. Ou, por outras palavras, verifica-se que a ausência de políticas públicas de saúde em países onde o mundo do trabalho está em franco crescimento, apesar da concorrência global, determina profundas desigualdades que impedem atingir as desejadas metas da saúde para todos.

Apesar de tudo, há um conjunto de políticas e estratégias públicas “saudáveis” que está a ser reforçado. A saúde faz parte da agenda de políticos e de decisores, o que torna as escolhas saudáveis mais fáceis, através do aumento do “empoderamento” dos cidadãos, promovendo a equidade, ainda que o mundo do trabalho nem sempre acompanhe essa tendência.

Apesar dos avanços e recuos, a Promoção da Saúde consiste, cada vez mais, num conjunto de políticas, planos e programas de Saúde Pública, com ações orientadas a evitar que as pessoas se exponham a fatores condicionantes e determinantes da doença. Pretende, também, contribuir para a capacitação da população, no sentido de participar e cuidar mais da sua saúde. Além disso, incentiva comportamentos adequados à melhoria da qualidade de vida, distinguindo-se dos cuidados de saúde primários ou das ações de medicina preventiva, que identificam precocemente o efeito adverso (ou a sua probabilidade/risco), com ou sem dano, e/ou controlam a exposição do indivíduo ao agente causal num determinado meio ambiente.

A promoção da saúde é, atualmente, entendida como o processo de capacitação ou empoderamento individual (e da comunidade) para atuar na melhoria da qualidade de vida e da saúde, incluindo uma maior participação no controlo desses aspetos. Permite, portanto, através de um conjunto de programas, aumentar e melhorar o controlo sobre a saúde de cada indivíduo (ILO, 2012).

As estratégias de saúde “*Health in all Policies*” (EU, 2007), designadamente em relação à abordagem estratégica de Saúde para a União

Europeia (2008-2013), propõem quatro princípios, entre os quais se destaca a dimensão da saúde em todas as políticas. Nas prioridades para 2016-2020 (EU, 2017) incluiu-se, entre outros, a necessidade de “planeamento” e de “prevenção” como medidas fundamentais para que a saúde do cidadão seja mais efetiva, acessível e resiliente.

Recentemente, após a pandemia por COVID-19, observaram-se mudanças políticas determinadas pelo aparecimento de um novo agente de doença. Tal exigiu uma mudança orientada para o seu controlo (parcial) que, para além da intervenção curativa, refletisse a necessidade de uma medicina mais preventiva, dada a rapidez de disseminação da doença na população. As iniciativas de promoção da saúde têm-se concentrado nas condicionantes ou determinantes da saúde, orientando-se para (i) a identificação dos fatores de risco e sua mitigação e para (ii) a promoção de estilos de vida saudáveis, incluindo no local de trabalho, com o objetivo de fornecer informações e recursos que contribuam para ajudar as pessoas a tomar decisões mais informadas sobre sua saúde.

Assistiu-se a um desenvolvimento exponencial de áreas que se espera contribuirão substancialmente para a Saúde Pública, com um grande destaque para a Promoção da Saúde. Esses desenvolvimentos incluem:

- o aumento da utilização da inteligência artificial (IA) e dos sistemas de “*machine learning*” na área da saúde;
- o desenvolvimento da telemedicina que permite, pelo menos parcialmente, a vigilância da saúde, independentemente do local onde se encontre o cidadão;
- as diversas soluções digitais, onde se incluem aplicativos móveis com dispositivos de monitorização de dados de saúde associados ao incremento e partilha de registos eletrónicos de saúde em plataformas *online*;
- as iniciativas da saúde global, onde se destacam os esforços para

abordar as doenças transmissíveis e melhorar o acesso a cuidados de saúde básicos em países subdesenvolvidos, tendentes a promover a cooperação internacional na resposta a pandemias e emergências de Saúde Pública, bem como o fornecimento das informações e dos recursos necessários para garantir que as estratégias e políticas atuais (e futuras) integrem a perspetiva da Promoção da Saúde.

Com a pandemia da COVID-19, surgiu, como se referiu, outra visão, a “*One Health*”. Esta abordagem, a “*Saúde Única*”, alinhada com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), constitui a perspetiva mais recente que reconhece a interconexão entre a saúde humana, a saúde animal e a saúde ambiental. A saúde das pessoas, dos animais e dos ecossistemas está, de facto, interligada e influencia-se mutuamente, numa visão que, apesar de não ser inovadora, ganha destaque pela sua abordagem integrada.

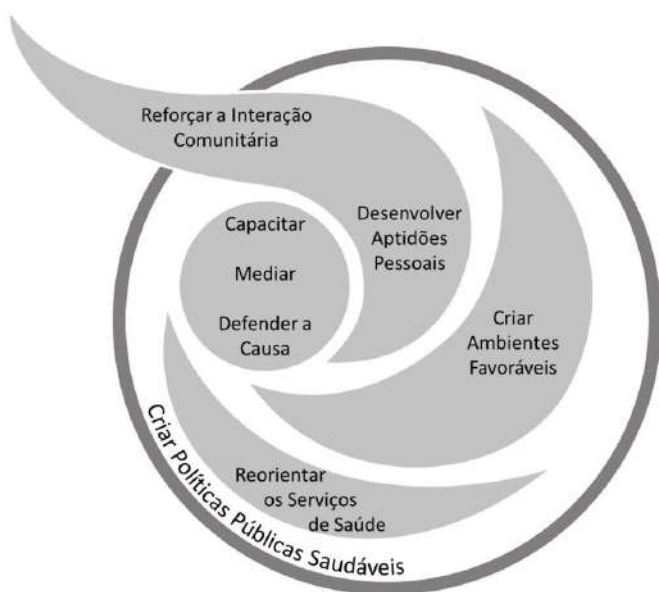
Nesse contexto, o conceito de “*Saúde Única*” é útil para fazer face aos desafios de saúde enfrentados pelas sociedades contemporâneas. No entanto, pode estar a surgir um viés, uma diluição do foco, caso se perca a necessária relevância na capacitação das pessoas para participarem nas decisões sobre a sua saúde.

De facto, apesar das “interfaces” entre saúde, bem-estar, ambiente (também de trabalho), locais de trabalho e desenvolvimento económico fazerem parte da agenda política de muitos países, a globalização da saúde e o acesso aos cuidados de saúde, assim como a Saúde Ocupacional e as condições de trabalho, ainda não avançaram no sentido da efetiva Promoção da Saúde, na sua perspetiva mais abrangente. A responsabilidade das comunidades, dos empregadores (e da indústria) exige, portanto, uma ação concertada e integrada para a saúde e o bem-estar, e não apenas para o combate à doença, em particular nos momentos globais difíceis, como foi a recente pandemia.

3.2. A saúde multidimensional e sistêmica e o indivíduo inserido num sistema de trabalho

Como anteriormente já foi referido, a Carta de Bangkok afirma que as políticas e as parcerias que visam capacitar as comunidades, melhorar a saúde e promover a equidade na saúde, deveriam ser incluídas e priorizadas nos projetos de desenvolvimento a nível global e nacional. Esta Carta complementa e reforça os princípios e estratégias de ação, definidos pela Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (**Figura 9**), assim como pelas recomendações das conferências globais subsequentes de Promoção da Saúde, confirmadas pelos Estados Membros através da Assembleia Mundial da Saúde.

Figura 9. Emblema da Promoção da Saúde (Ottawa, 1986)



A Carta de Bangkok é dirigida aos indivíduos, grupos e organizações que são os principais “atores” no processo de manutenção e/ou melhoria das condições de saúde das populações, designadamente:

- Governos e políticos que atuam em todos os níveis;
- Sociedade civil;
- Setor privado;
- Organizações internacionais;
- Comunidade de Saúde Pública.

A Organização das Nações Unidas (ONU) reconhece que alcançar o mais elevado nível de saúde possível é um direito humano fundamental, sem discriminação de raça, cor, sexo ou condição socioeconómica. A promoção da saúde baseia-se, portanto, nesse direito humano fundamental e oferece uma visão positiva, inclusiva e multidimensional da saúde, entendida como um determinante da qualidade de vida, incluindo o bem-estar mental e espiritual.

A promoção da saúde integra, assim, um processo contínuo de aumento do controlo sobre a saúde e os seus determinantes, mobilizando todos (individualmente e coletivamente) para a sua melhoria. É, verdadeiramente, um pilar estruturante da Saúde Pública, entendida como o conjunto de esforços organizados de uma comunidade para proteger e melhorar a saúde das populações. Contribui, portanto, para o controlo das doenças transmissíveis e não transmissíveis, além de outras ameaças à saúde, incluindo os acidentes de trabalho e as doenças (e as lesões) decorrentes da exposição a fatores profissionais no local de trabalho.

Sendo um conceito multidimensional e sistémico associa à qualidade de vida o investimento na formação, na capacitação de indivíduos, grupos e organizações, com vista à sua participação ativa na melhoria das condições de vida e de trabalho. A componente sistémica é ainda perspectivada no sentido de ser harmónica entre as múltiplas dimensões das relações com o meio, incluindo o trabalho e o seu contexto organizacional e social.

Persistem, no entanto, diversas questões relevantes no domínio específico da Saúde Ocupacional:

- A promoção da saúde no local de trabalho (PSLT) deve também incorporar a prevenção da doença, em particular das doenças profissionais e de outras doenças “ligadas” ao trabalho?
- Até que ponto a ação da promoção da saúde, centrada no indivíduo e afastada do contexto de trabalho, pode ser efetiva na mudança de atitudes e comportamentos de risco, individuais e coletivos, associados às condições de trabalho e à atividade?
- Os trabalhadores estarão conscientes de que o centro das atenções da promoção da saúde está orientado para os seus hábitos, estilos de vida, atitudes e comportamentos, de forma a incutir-lhes um sentido de segurança e saúde que pode ser falso se os respetivos programas utilizados no contexto profissional não incluírem ou não integrarem a prevenção dos riscos profissionais?
- Pode a promoção da saúde (na sua perspectiva “comunitária”) originar um “desvio” político e de recursos tradicionalmente alocados à prevenção dos riscos profissionais, afastando-se, assim, do seu principal objeto de intervenção, a redução/ eliminação dos fatores de risco presentes no local, nos meios e na organização de trabalho?
- Os trabalhadores valorizarão a promoção da saúde em ambientes e locais de trabalho insalubres e inseguros, sobretudo em contextos económicos e sociais desfavoráveis?

Estas (e outras) questões devem ser colocadas e debatidas para reforçar a ainda insuficiente atenção que os diversos “*stakeholders*” do mundo do trabalho dedicam à PSLT.

3.3. Promoção da saúde e o mundo do trabalho

A promoção da saúde no local de trabalho é, como já foi referido, uma área de intervenção pouco consolidada no mundo laboral, quando comparada com o modelo predominante de Saúde, Higiene e Segurança dos Trabalhadores - SHST. De uma forma geral, a sociedade, os políticos, as empresas e os trabalhadores tendem a concentrar a sua atenção, numa perspetiva preventiva, nos acidentes de trabalho e nas suas consequências incapacitantes, atribuindo muito menor importância às doenças profissionais e, menos ainda, ao impacto negativo das doenças profissionais.

É ainda menos frequente o reconhecimento das situações patológicas em que o trabalho não tem o papel etiológico determinante, como é o caso das “doenças relacionadas com o trabalho”, ou só tem influência no agravamento de doenças naturais (doenças agravadas pelo trabalho).

A valorização da saúde e do bem-estar dos trabalhadores, como resultado de iniciativas conjuntas da comunidade, dos empregadores e dos representantes dos trabalhadores, é rara ou, se existente, quase sempre confinada à promoção dos estilos de vida saudáveis, baseados em hábitos individuais e com quase completa omissão dos fatores de risco profissionais concretos a que os trabalhadores possam estar expostos.

Efetivamente, segundo Graça (Graça, 1999), diversos aspetos não têm merecido suficiente atenção da sociedade e do mundo do trabalho, designadamente:

- O reforço dos fatores protetores e potenciadores de saúde;
- a qualidade de vida no trabalho;
- a participação e a responsabilização dos diferentes *stakeholders*;
- a empregabilidade;
- a inovação socio-organizacional;
- a manutenção da capacidade de trabalho ao longo da vida ativa.

O trabalhador e a sua saúde são atualmente considerados como elementos relevantes do processo produtivo. No entanto, numa sociedade orientada pela economia de mercado, a produção é o elemento central do desenvolvimento e a produtividade (conceito mais complexo do que o significado literal da palavra) inclui também elementos relativos ao trabalhador.

O trabalho tem sofrido profundas transformações, impulsionadas pela reorganização dos processos produtivos e pelas alterações dos meios tecnológicos. Todavia, a perspetiva política e organizacional dominante ainda encara o trabalhador como uma simples “unidade produtiva”, valorizando-o apenas pela sua capacidade de produção e considera a sua saúde essencialmente, ou mesmo exclusivamente, nesse contexto. Tal reforça a necessidade de analisar essa capacidade produtiva com maior detalhe, para uma melhor compreensão das relações entre a saúde, o trabalho e a produtividade.

3.3.1. Desenvolvimento dos sistemas produtivos: Taylorismo e Fordismo

O desenvolvimento dos sistemas produtivos teve início com a 1ª Revolução Industrial e com todas as alterações sociodemográficas daí decorrentes.

Ainda que a perspetiva dominante tenha estado sempre centrada na produção, em detrimento do produtor (trabalhador), cedo se constatou que as más condições de trabalho, e a vida insalubre dos trabalhadores, os conduziam a situações de saúde perniciosas, impedindo-os de contribuir para o desejado crescimento económico da sociedade e conduzindo, inclusivamente, a uma menor esperança de vida dos “*blue collars*” em relação aos “*white collars*”.

Com Frederick W. Taylor (1856-1915) surgiu a então denominada “Gestão Científica do Trabalho”. Iniciou-se, assim, uma nova fase do ciclo produtivo industrial centrada num (i) processo rigoroso de seleção do trabalhador mais indicado para determinado posto de trabalho e na (ii) parcelização extrema do

trabalho, com ênfase na cronometragem e no controle do ciclo de produção, visando a maximização da capacidade produtiva (caricaturalmente, como se se tratasse de “máquinas” limitadas pelas características anátomo-fisiológicas). Essa perspectiva estava essencialmente centrada no indivíduo como “unidade produtiva”, inserido num ciclo produtivo, definido em função do tempo e sem grande preocupação pela dimensão abrangente da saúde dos trabalhadores.

Partindo da análise das capacidades dos trabalhadores, em particular das capacidades físicas (essencialmente, musculoesqueléticas, cardiorrespiratórias e dos órgãos dos sentidos), Taylor considerava que a maximização da produção só seria possível se os trabalhadores conseguissem manter um ritmo que não originasse fadiga excessiva, acidentes ou acontecimentos indesejados e que permitisse diminuir o tempo de produção. A posterior designação de Engenharia Humana não estará, por certo, desvinculada do essencial dessa perspectiva.

Mas Taylor tinha uma visão distinta dos demais empresários e gestores. Para ele, era importante que os trabalhadores tivessem acesso a uma alimentação suficientemente rica em substâncias nutritivas e calóricas que lhes permitissem atingir os elevados ritmos e cadências impostas pela produção (Weisford, 1987). Apesar da perspectiva dominante os encarar, essencialmente, como “unidades produtivas”, era necessário também “alimentar” o trabalhador, quase como se fosse o combustível de uma qualquer “máquina” e até cuidar da sua “manutenção”.

Foi talvez esta a primeira perspectiva no mundo do trabalho que foi além da tradicional “proteção da saúde no local de trabalho”, por norma centrada na prevenção dos acidentes de trabalho e dos fatores de risco de doença profissional (predominante nos nossos dias). Taylor ao reconhecer a necessidade de um trabalhador saudável, bem alimentado, em boa forma física, assim como a manutenção e promoção da sua saúde, em particular e, se possível, incluindo o seu desenvolvimento a nível físico e muscular, admitia implicitamente a relevância da “promoção da saúde no local de trabalho”, centrada no indivíduo e nos estilos de vida saudáveis que favorecessem os

sistemas de produção (Weisford, 1987). Resta saber se essa intervenção era um meio ou um fim.

Tratava-se, à data, de uma abordagem inovadora, que implicitamente apoiava aspetos elementares da promoção da saúde nos sistemas produtivos mais diferenciados. Claro que a visão dominante à época considerava o indivíduo como preguiçoso e a quem era necessário mostrar a “cenoura” (incentivo pecuniário) para obter o seu máximo desempenho. O investimento na “unidade produtiva” era visto como um meio para atingir um fim, o maior lucro possível, objetivo último de qualquer iniciativa empresarial.

É ainda importante referir que a “seleção” do trabalhador adequado à função não era apenas física, incluía também os aspetos sociais, de responsabilidade e de necessidade económica que permitissem antecipar “um bom trabalhador e estável ao longo do tempo”. Tal lógica seria igualmente visível nas políticas de recursos humanos adotados na indústria automóvel por Henry Ford (1863-1947).

De facto, Ford percebeu a vantagem de pagar salários razoáveis (considerados por muitos como elevados) aos seus funcionários. Por um lado, permitia-lhes adquirir os produtos que fabricavam, designadamente automóveis, e, por outro, proporcionava-lhes a possibilidade de terem condições de vida que os mantinham com os melhores níveis de saúde e bem-estar e, desse modo, também mais produtivos.

Tal tornou-se mais evidente após a crise mundial de 1929, quando se assistiu a uma transformação do proletariado ou, na linguagem de alguns, um aburguesamento, em particular nos Estados Unidos da América. Os trabalhadores tornaram-se, nesse contexto, mais distantes e até indiferentes às tradições de luta operária e valorizaram muito mais as vantagens materiais obtidas da negociação com o patronato, transformando-se assim, e de certa forma, em “aliados” do sistema económico vigente (muito mudou desde então, mas, em alguns setores económicos e empresariais, ainda é possível identificar vestígios dessa lógica).

O crescimento da classe média até à década de 1960 e a melhoria das condições socioeconómicas dos trabalhadores permitiram-lhes melhorar as suas condições de vida (e de trabalho), melhorar os seus hábitos e estilos de vida e, conseqüentemente, melhorar a sua saúde, incluindo a saúde (e a segurança) no local de trabalho.

Apesar disso, persistiu, e em certa medida ainda persiste, uma visão centrada no **trabalho imutável** para o qual o trabalhador devia ser criteriosamente selecionado e treinado, de modo a atingir o máximo desempenho e produtividade. Trata-se da perspetiva de adaptação do homem ao trabalho, uma conceção que pretende, caricaturalmente, os trabalhadores como extensões de máquinas, em vez da necessária adaptação do trabalho ao homem e às suas características. Talvez por isso se fale muito em seleção na área dos recursos humanos, que deveriam ser mais pessoas do que recursos (uma perspetiva mais “material”).

Essa visão permanece, ainda hoje, muito presente na nossa sociedade, em vários ramos de atividade económica, sobretudo naqueles em que o trabalho é parcelizado e onde, por exemplo, os exames de admissão de Medicina do Trabalho continuam a ser relevantes como elementos no processo de recrutamento e seleção de recursos humanos.

Na atualidade, a marcada terciarização da Economia, que emprega pelo menos cerca de três em cada quatro trabalhadores, evidencia a total inadequação desse modelo de atuação. Contudo, as configurações dos princípios Tayloristas e Fordistas continuam, pelo menos parcialmente, a refletir-se no elevado investimento em “programas de resiliência” dos trabalhadores nesse setor de atividade económica.

Poder-se-ia ainda falar de uma espécie de “contaminação” do atual “mundo do trabalho” por essa ideologia prevalente, agora temperada por versões bem mais modernas do Fordismo.

3.3.2. Círculos de controlo da qualidade

Os modelos tayloristas, baseados na produção em massa e com elevados níveis de desperdício e de acidentes, começaram, gradualmente, a revelar sinais de fragilidade, em particular no que diz respeito à qualidade do produto.

Surgiu, então, na década de cinquenta do século XX o denominado *Toyotismo* (ou *Ohnismo* em honra ao seu criador na Toyota: o engenheiro Taichi Ohno).

Com o Controlo da Qualidade, introduziu-se uma nova racionalidade na gestão de stocks, principalmente através de uma aproximação aos fornecedores com o “*just in time*”, que permitiu reduzir custos com o armazenamento, o desperdício e a gestão de peças. Contudo, foi a nível dos recursos humanos que se assistiu à maior inovação: o modelo *Toyotista* investiu na formação e qualificação dos trabalhadores, promovendo a sua integração em equipas altamente diferenciadas e produtivas, à semelhança de outras correntes sociológicas então em desenvolvimento, como é o caso da teoria de Frederick Herzberg (1923-2000). Este preconizava o “enriquecimento das tarefas” (diversificação), visando o aumento da satisfação individual dos trabalhadores, e privilegiava abordagens centradas em fatores positivos, não exclusivamente sedimentadas na ausência de aspetos negativos.

O trabalhador deixou, assim, de ser encarado como um simples “gesto ou um movimento cronometrado”, passou a ser polivalente, responsável pela produção e pela qualidade do que produzia, competindo, permanentemente, no sentido da melhoria contínua, quer em quantidade, quer em qualidade. Passou a ser ouvido e, em alguns casos, compensado quanto às alterações a introduzir para otimizar os resultados.

Esta profunda transformação introduzida pelo *Toyotismo* contribuiu para modificar de forma relevante as relações entre o trabalho e a saúde (ou doença) nas empresas, aumentando, substancialmente, a importância dos fatores de risco psicossociais – que têm adquirido visibilidade até aos nossos dias – e dos seus efeitos designados como “riscos emergentes”.

As metas e os objetivos de produção, definidos para serem atingidos no momento, no dia, na semana, no mês, no ano, ..., passaram a ser acompanhados por uma elevada responsabilização e constante avaliação do desempenho do trabalhador. A responsabilidade de “fazer bem” o trabalho e de atingir os objetivos converteu-se numa espécie de ameaça velada à estabilidade profissional e à progressão na carreira, suportando o atual paradigma de métricas economicistas e de precariedade laboral.

Estes aspetos, entre outros, têm contribuído para a eclosão de “novos” fatores de risco e “ameaças” (riscos) para a saúde, fortemente associados às profundas transformações dos sistemas de produção, cuja perspectiva dominante continua a centrar-se na produtividade ao mais baixo custo possível, num contexto de crescente globalização e competitividade.

Os custos com a saúde e segurança do trabalho são, por isso, frequentemente encarados como mais uma despesa de produção no quadro da economia global e raramente como um investimento nas pessoas que trabalham e, em consequência, em proveito da sociedade. Exemplos dessa visão podem ser encontrados nas políticas públicas, mesmo em países desenvolvidos, onde a saúde e segurança dos trabalhadores são perspetivadas como uma componente a reduzir no custo dos bens e dos serviços. Essa tendência é, particularmente, evidente em períodos de recessão económica, quando a fixação de preços competitivos se torna prioritária, relativamente à saúde e segurança dos trabalhadores.

3.4. Promoção da saúde no local de trabalho

As principais iniciativas de promoção da saúde no mundo do trabalho centraram-se, e ainda continuam a fazê-lo, essencialmente, nos estilos de vida, designadamente nos “*Wellness Programs*” (WP), “*Employee Assistance Programs*” (EAP) e “*Drug Screen Initiatives*” (DSI). Ainda hoje, muitas empresas

desenvolvem diversas iniciativas nesses domínios, algumas das quais são perspectivadas como ações muito inovadoras, principalmente no que se refere à promoção da atividade física e ao combate ao sedentarismo. Note-se que estas abordagens têm tido um amplo incremento e aceitação nas sociedades modernas, onde a promoção da saúde é frequentemente entendida como resultado de escolhas individuais orientadas para estilos de vida considerados saudáveis.

3.4.1. Programas de vigilância da saúde dos trabalhadores e de promoção da saúde no local de trabalho

Diversas grandes empresas dos Estados Unidos da América (EUA), no último quartel do século passado, apoiaram e incentivaram os programas de promoção da saúde e do bem-estar (*welness*) físico e mental (*holistic health*) dos trabalhadores nos locais de trabalho (*workplace health promotion* - WHP).

Esses programas, centrados, fundamentalmente, na modificação de comportamentos individuais (e menos nas atitudes e na intervenção no trabalho e na sua organização), apresentavam uma forte componente de informação/educação para a saúde, combinada com a vigilância periódica da saúde, essencialmente baseada em rastreios destinados a prevenir a doença e a promover a saúde (Graça, 1999).

A diferença residia, no essencial, no destaque colocado nos estilos de vida dos trabalhadores, procurando torná-los mais saudáveis e promotores de bem-estar, em contraste com as perspetivas, então, dominantes (e que se mantêm nos nossos dias), orientadas para os fatores de risco profissionais e para a proteção da saúde no local de trabalho relacionados com a prevenção dos riscos profissionais.

Os WHP (programas de Promoção da Saúde no Local de Trabalho - PSLT) foram pouco valorizados pela Saúde e Segurança do Trabalho. Quer a

Segurança e Higiene do Trabalho, quer a Medicina do Trabalho, mantiveram-se mais centradas em programas de prevenção ambiental e de vigilância da saúde em função dos riscos profissionais. Além disso, as iniciativas da PSLT ocorriam, frequentemente, em paralelo com as atividades da SST, nomeadamente com a avaliação e gestão ambientais do risco e a vigilância da saúde dos trabalhadores, principalmente através da realização de exames de admissão, periódicos e ocasionais, previstos na lei.

De facto, a Promoção da Saúde, embora reconhecida como uma importante finalidade da Saúde Ocupacional (ou Saúde e Segurança do Trabalho), foi muitas vezes preterida pela vigilância médica (ou, numa perspetiva mais ampla, a vigilância da saúde), dominada pela realização de exames de admissão e de exames periódicos, que absorviam (e continuam a absorver) grande parte (senão mesmo a maioria) dos recursos e do tempo das entidades prestadoras de serviços de SST.

Alguns autores, contrapondo-se ao modelo vigente, defenderam que a Medicina do Trabalho, tradicionalmente orientada para a deteção precoce de efeitos provocados pelos fatores de risco (profissionais) a que os trabalhadores estavam expostos (no sentido da prevenção das doenças profissionais - modelo patogénico) e a Segurança e Higiene do Trabalho (SHT) vocacionadas para a eliminação (se possível) ou, pelo menos, para a redução desses fatores de risco nos locais de trabalho, deveriam evoluir no sentido da Promoção da Saúde no Local de Trabalho (PSLT).

Dessa forma, a PSLT passaria a abranger, simultaneamente:

- os fatores de risco profissionais (exteriores ao indivíduo e presentes na organização e condições de trabalho);
- os fatores de risco individuais, designadamente relacionados com o “estilo de vida”, tanto no contexto profissional como extraprofissional (Graça, 1999).

Os programas orientados para a promoção dos estilos de vida saudáveis (*wellness*), centrados essencialmente nos indivíduos e concebidos com o intuito de obter trabalhadores saudáveis e mais produtivos (independentemente das condições de trabalho), centravam-se, exclusivamente, nos determinantes individuais. Entre esses, destacam-se:

- a necessidade de incentivar a prática de exercício físico;
- a adoção de uma dieta alimentar equilibrada;
- a redução do consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco.

Ocorriam, paradoxalmente, programas de Promoção da Saúde em simultâneo com situações profissionais de exposições a fatores de risco causadoras de doença profissional e de acidentes de trabalho graves em áreas em que o investimento em prevenção era manifestamente insuficiente.

Essa realidade nem sempre captou a atenção e a motivação dos serviços de SST para esse tipo de programas que, quase sempre, eram concebidos, exclusivamente por técnicos externos às empresas (ou externos aos serviços de SST), para os trabalhadores, em vez de serem concebidos com os trabalhadores. Ficava, assim, comprometida a participação ativa desses trabalhadores no planeamento, execução e avaliação dos programas – uma limitação crucial para a sua efetividade.

3.4.2. Exemplos de Programas de Promoção da Saúde no Local de Trabalho (PSLT)

Os exemplos de programas de PSLT são relativamente escassos. Todavia destacam-se iniciativas emblemáticas como o “*Life for Life*” da Johnson & Johnson (1984), o “*Life Track*” da Texas Instruments Inc. (1988) e o “*NASA’s fitness challenge, exercise for the health of it*” da NASA (1991). Este último visava,

por exemplo, que 30% dos mais de 20.000 trabalhadores da NASA praticassem exercício físico regular ao ano de 2000 (USA, 1991), no âmbito do programa governamental de Saúde Pública norte americano *Healthy People 2000*.

Esses programas incluíam, de forma geral, objetivos e componentes de ação centrados exclusivamente nos trabalhadores, como o aumento da atividade física, o controlo de peso, da hipertensão e das dislipidemias, a redução do consumo de tabaco e álcool, bem como a gestão do *stress* e a prática de ioga.

Surgiram ainda programas focados no apoio e vigilância de trabalhadores com transtornos aditivos. As iniciativas de rastreio de drogas e álcool remontam a 1981, quando o Departamento de Defesa dos EUA, por razões de segurança, começou a usar testes para detetar indícios de estupefacientes na urina dos seus colaboradores civis e militares (Graça, 1999).

Esses programas, designados em Portugal por “Programas de Assistência (ou apoio) ao Trabalhador - PAT” ou “Programas de Assistência ao Colaborador”, nunca alcançaram grande popularidade, ainda que algumas grandes empresas, como as Forças Armadas, tenham tido iniciativas nesse domínio.

Entre os programas mais estruturados e implementados em Portugal, destacam-se o desenvolvido na Marinha Portuguesa no início dos anos de 1980 (Carrilho e Pereira, 1987, Carrilho, 1991, Carrilho, 2002) e o implementado pela TAP Air Portugal no início dos anos de 1990 (Leal, 1993 *cit* Graça, 1999).

Com o tempo, os testes de rastreio tornaram-se generalizados no contexto militar e do mundo do trabalho, mas na maioria das situações foram utilizados como “instrumentos” de seleção de trabalhadores ou até com carácter “disciplinar”. Tais situações afastavam-se da perspetiva de diagnóstico e tratamento de doença (a adição) e, ainda mais, da perspetiva da promoção da saúde, enquanto valor positivo.

No contexto da SST, a preocupação com a segurança e a saúde dos trabalhadores que utilizavam substâncias psicoativas, constituiu a base da formulação dos primeiros programas de vigilância da adição.

Apesar de diversos exemplos orientados para a ajuda, aconselhamento, referência e tratamento de trabalhadores com problemas pessoais (que, na maioria das situações, extravasavam a família, as situações económicas e/ou legais), a identificação do consumo de álcool e/ou drogas, entre outros, nem sempre foi utilizada no contexto de proteção da saúde das pessoas, numa perspetiva de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

De forma simples, é possível afirmar que a principal diferença entre os Programas de Promoção da Saúde e os de Programas de Apoio aos Trabalhadores (PAT) se situa a nível da intervenção:

- a promoção da saúde encontra-se no contexto da prevenção primária (proteção e promoção da saúde);
- os PAT estão claramente orientados para a prevenção secundária e/ou terciária (tratamento e cura, assim como reabilitação e reintegração).

Em vários contextos, procurou-se integrar esses programas num conjunto mais vasto de atividades de Promoção da Saúde no Local de Trabalho (Graça, 1999).

Paradoxalmente, foi nos Estados Unidos da América, nas décadas de 70 e 80 do século XX, que se identificou o local de trabalho como um bom alvo para as atividades de promoção da saúde (Fielding e Piserchia, 1989). As principais vantagens, claramente orientadas para o modelo social vigente nos EUA, situavam-se na população ativa empregada que abrangiam e na demonstração das vantagens económicas aos empregadores, no sentido de investirem na promoção da saúde. Empresas com trabalhadores saudáveis eram, por certo, mais produtivas e, consequentemente, mais rentáveis.

A implementação desses programas assentava na mobilização dos trabalhadores e visava a modificação de hábitos e estilos de vida pouco saudáveis, que acarretavam elevados custos, por exemplo, pelo aumento

do absentismo por doença. O principal instrumento de execução eram os programas de saúde individual, apoiados pelas companhias de seguros, que, no essencial, se traduziam em trabalhadores mais saudáveis e, dessa forma, também mais produtivos e com menores custos de saúde.

Muitas empresas implementaram pelo menos um programa de promoção da saúde (ex.: cessação tabágica, controlo de peso e da tensão arterial, gestão do stress), cujos resultados foram avaliados positivamente (Fielding e Piserchia, 1989). Os estudos realizados na época demonstraram reduções significativas dos custos com seguros de saúde, decréscimo do absentismo por doença e aumento do desempenho e da produtividade (Börsch-Supan, 2005).

Na Europa, em particular no Reino Unido durante a década de 1980, a dicotomia entre a proteção e a promoção da saúde tornava-se evidente (Schilling, 1989). Apesar de não existir consenso sobre a prioridade a atribuir a intervenções orientadas para a mudança de atitudes e hábitos de vida individuais, verificou-se uma adesão crescente dos empregadores, principalmente das grandes empresas, à integração desses programas nos seus departamentos médicos e de Medicina do Trabalho (Schilling, 1989).

Nessa época (anos de 1980) os modelos de prestação de cuidados de saúde e segurança aos trabalhadores passaram a assumir uma componente multidisciplinar de intervenção, com três objetivos:

- a prevenção dos riscos profissionais;
- a “humanização” do trabalho;
- a promoção da saúde no local de trabalho.

O crescente interesse e participação nos programas de promoção da saúde e de bem-estar resultaram, também, na melhoria das condições de vida e de trabalho observadas nas últimas décadas do século XX.

As profundas alterações sociais, económicas e culturais do mundo ocidental, associadas a um crescente individualismo e à valorização da

“imagem individual” e assentes na necessidade de exercício físico e numa alimentação equilibrada, fomentaram uma nova perspetiva social. As atitudes, comportamentos e estilos de vida passaram a ser suportados pela capacitação (empoderamento) e liberdade de escolha individual, também no domínio da saúde. Contudo, tal tem sido, muitas vezes, conseguido em detrimento de abordagens mais sólidas e coerentes, baseadas nos determinantes da saúde na comunidade (Saúde Pública).

A adesão da população aos “*health clubs*” a partir de finais dos anos de 1990 e início do século XXI constitui um bom exemplo dessa tendência. Recentemente, algumas empresas têm desenvolvido iniciativas semelhantes dirigidas aos seus trabalhadores. São muitos os casos de disponibilização de ginásios nas instalações das empresas ou mesmo de copagamentos para acesso a ginásios públicos ou privados.

Paralelamente, a promoção do consumo de frutas e vegetais (especialmente nas escolas e locais de trabalho), as ações europeias sobre a dieta alimentar equilibrada e a necessidade de incremento da atividade física constituem hoje ações medidas correntes da Saúde Pública e da Saúde Ocupacional, incluindo intervenções concretas de alimentação saudável nos refeitórios institucionais.

Existe, atualmente, um fórum europeu de organizações que congrega a indústria alimentar e organismos não governamentais de defesa do consumidor, comprometidos em combater as atuais tendências (erradas) de dietas inadequadas e de reduzida atividade física. Tal articulação, que se alicerça em parcerias multissetoriais, poderá representar uma boa oportunidade para uma “nova” Promoção da Saúde no Local de Trabalho (EC, 2011; Monod e Kapitaniak, 2003). De facto, os locais de trabalho, pelas suas características e contextos, são “*settings*” privilegiados para este tipo de intervenções.

3.5. Eventos internacionais no contexto da Promoção da Saúde no Local de Trabalho

A Promoção da Saúde no Local de Trabalho (PSLT) pode ser entendida como o esforço conjunto de empregadores, trabalhadores e sociedade em geral, visando a melhoria da saúde e do bem-estar dos trabalhadores nos locais de trabalho.

A PSLT pode ser alcançada através de uma combinação de estratégias que objetivem, designadamente:

- a melhoria da organização e do ambiente de trabalho;
- a promoção da participação ativa dos trabalhadores;
- o incentivo ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores.

Diversas iniciativas internacionais têm procurado enquadrar a PSLT numa perspetiva de envolvimento articulado entre empregadores e trabalhadores. Dirigida essencialmente às pequenas e médias empresas, a Declaração de Lisboa, sobre Promoção da Saúde no Local de Trabalho (2001), preconizou que tal só pode ser obtido com as estratégias estabelecidas na Declaração de Luxemburgo (1997).

Em 2002, realizou-se em Barcelona a 3ª Conferência Europeia sobre Promoção da Saúde no Local de Trabalho, envolvendo diversas organizações europeias. O principal objetivo era a existência de “trabalhadores saudáveis em organizações saudáveis”. Entre as conclusões, destacou-se a necessidade dos Estados membros da União Europeia assegurarem que os organismos públicos atribuíssem à saúde no local de trabalho um elevado grau de prioridade e incentivassem o desenvolvimento de estratégias, programas e processos de melhoria da saúde no local de trabalho – o que, até ao momento, ainda não se verificou em Portugal.

Posteriormente, realizaram-se diversas conferências, designadamente em Linz (2006) e em Perugia (2009), reforçando o objetivo de colocar a promoção da saúde no local de trabalho na agenda política dos Estados Europeus, atribuindo-lhe o nível de prioridade correspondente ao valor estratégico do investimento na saúde.

Apesar de tanto empenho e de tão grande número de iniciativas, a Promoção da Saúde no Local de Trabalho nunca teve – e continua a não ter – a necessária atenção por parte dos diferentes *stakeholders*, dos trabalhadores e sindicatos, e também dos diferentes técnicos de saúde e segurança que intervêm na área da Saúde e Segurança do Trabalho.

As sucessivas crises económicas e sociais têm obliterado toda e qualquer perspetiva de valorização efetiva da saúde e segurança no local de trabalho. Mesmo com a recente pandemia por COVID-19, que ofereceu uma oportunidade ímpar de valorização da SST no seio das empresas, não se conseguiu capitalizar, com sucesso, a proximidade aos trabalhadores, o maior grupo a proteger no sentido de manter a sociedade ativa, funcional e produtiva.

Em Portugal, a modalidade hegemónica de prestação de serviços em Saúde e Segurança do Trabalho (SST) é o *outsourcing*, pois 94,7% dos serviços organizados são Serviços Externos, de acordo com dados do SIOC (SIOC, 2023). Esta realidade tem dificultado o desenvolvimento da SST e a implementação de programas de PSLT, uma vez que a valorização da saúde dos trabalhadores e esses programas de PSLT encarecem a prestação de serviços, para além das obrigações legais suscetíveis de aplicação de coimas.

Num panorama marcado pela perceção da SST como um custo (em vez de um investimento), a PSLT tem sido frequentemente preterida em favor das atividades sujeitas a inspeção, como é o caso dos exames de saúde (periódicos e de admissão) e da avaliação ambiental dos riscos profissionais. Esta tendência é marcada na formulação dos articulados dos diplomas legais, em que o regime sancionatório (coimas) não penaliza com igual severidade o infrator na omissão de ações no domínio da saúde do trabalho, relativamente à segurança do trabalho.

3.6. Literacia e Promoção da Saúde no Local de Trabalho

Os princípios fundamentais da Promoção da Saúde estiveram sempre orientados para a capacitação do cidadão, de forma a “empoderá-lo”, dando-lhe autonomia e capacidade de escolha relativamente a aspetos da sua vida e da sua saúde.

No que respeita ao trabalho, torna-se essencial reforçar a literacia dos trabalhadores em saúde e segurança do trabalho (SST), em particular no que diz respeito à compreensão de como a sua atividade de trabalho (trabalho real) pode influenciar a sua saúde/doença. Há, portanto, um vasto campo de ação por desenvolver no sentido de garantir que o trabalho seja, efetivamente, promotor da saúde.

A Promoção da Saúde no Local de Trabalho é um dos maiores settings da Promoção da Saúde e acrescenta-lhe valor específico. Enquanto, em Saúde Pública, a Promoção da Saúde se foca fundamentalmente nos determinantes individuais que influenciam as escolhas e os comportamentos da população relacionados com a saúde, a Promoção da Saúde no Local de Trabalho inclui, para além desses determinantes, as pessoas nos locais e ambientes de trabalho e, também, a necessária literacia em saúde e segurança do trabalho, para que se garanta, quer a prevenção das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho, quer a promoção da saúde nesses contextos profissionais.

3.6.1. Literacia em Saúde

A literacia em saúde pode ser definida como o conjunto de conhecimentos e competências que as pessoas utilizam para procurar, compreender, avaliar e dar sentido às informações sobre saúde necessárias à manutenção e proteção da sua saúde (Peres et al., 2005).

A literacia em saúde representa um fenómeno observável e, de certa forma, mensurável, que pode ser usado para entender e explicar as variações nos resultados de saúde e doença entre indivíduos e grupos específicos. Pode ser compreendida como um ativo pessoal e comunitário, desenvolvido por meio de intervenções educativas e organizacionais, cujo objetivo é a capacitação das pessoas para a promoção do controlo sobre os determinantes da saúde. Enquanto determinante social, a literacia em saúde pode e deve ser promovida para reduzir as iniquidades em saúde e capacitar a população (Peres et al., 2005).

Desde o final da década de 1990, a literacia em saúde tem procurado compreender de que forma os conhecimentos e as competências sobre saúde influenciam e interferem nos resultados individuais e coletivos em saúde. Vários estudos constataram que níveis reduzidos de literacia em saúde constituem um fator de risco para quadros individuais e coletivos de maus resultados em saúde. Ou seja, quando os conhecimentos e competências em saúde são insuficientes e não permitem uma utilização adequada da informação disponível na tomada de decisões em saúde, os níveis de saúde individuais e coletivos são piores (Peres et al., 2005).

O conhecimento científico constata que níveis reduzidos de literacia em saúde estão associados, entre outros, a maiores taxas de hospitalização e de utilização dos serviços de urgência, a limitações no tratamento de doenças crónicas, a menores taxas de adesão ao tratamento medicamentoso, à redução da efetividade de ações preventivas e de promoção da saúde (IUHPE, 2018). Pelo contrário, indivíduos ou grupos com níveis mais elevados de literacia em saúde apresentam maior capacidade e autonomia para modificar comportamentos e tomar decisões mais adequadas no sentido da melhoria da sua saúde (Nutbeam, 2000; Huber; Shapiro; Gillapsy, 2012).

Nessa perspetiva, torna-se fundamental e urgente desenvolver mecanismos que permitam aprofundar a compreensão dos processos através dos quais as pessoas acedem, interpretam e avaliam a informação sobre saúde, com vista a melhorar os níveis de decisão individual e coletiva sobre as práticas nos cuidados de saúde.

3.6.2. Literacia em Saúde e Segurança do Trabalho

A literacia em saúde da população é a base da Promoção da Saúde, enquanto a Literacia em Saúde e Segurança do Trabalho é o pilar para a promoção da saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho.

A literacia em SST integra o conhecimento sobre o conjunto de elementos profissionais e organizacionais das empresas, que influenciam a saúde e a segurança dos trabalhadores. Visa o desenvolvimento das suas capacidades e competências para lidar com os ambientes e exigências profissionais. Inclui, entre outros, o reconhecimento dos fatores de risco e dos riscos profissionais para a saúde. Tal literacia contribui para um desempenho mais seguro e saudável, melhor qualidade de vida e uma sociedade mais justa e equilibrada.

Num contexto de crescente complexidade nos locais de trabalho, torna-se fundamental que os trabalhadores sejam informados e formados sobre os fatores que podem influenciar a sua saúde e segurança no local de trabalho. Efetivamente, a educação e a formação sobre prevenção dos acidentes de trabalho e doenças profissionais devem ser iniciadas o mais cedo possível, preferencialmente no ensino básico, e manter-se presentes em todos os níveis de formação, incluindo o ensino superior.

Apenas garantindo um adequado nível de literacia do cidadão (trabalhadores, empregadores, gestores, decisores e governantes) em saúde e segurança do trabalho, é possível garantir a existência e a aplicabilidade efetiva da promoção da saúde no local de trabalho.

Todas as pessoas deveriam ter formação sobre os principais fatores de risco profissionais (físicos, químicos, biológicos, relacionados com a atividade e psicossociais, incluindo os organizacionais), bem como sobre os respetivos riscos para a sua (e a dos outros) saúde e segurança. Ter capacidade para discutir, compreender, organizar e participar nas decisões relacionadas com os fatores de risco e os riscos profissionais no contexto profissional é um dos pilares da literacia dos trabalhadores.

A literacia e a alfabetização estão intimamente relacionadas, todavia, saber ler e escrever, ou mesmo ser licenciado, não significa ter conhecimento nem capacidade suficiente para prevenir os acidentes e as doenças no local de trabalho.

A evidente insuficiência em literacia em Saúde e Segurança do Trabalho da população em Portugal, independentemente do nível de escolaridade, deve ser também encarada como um problema da Saúde Ocupacional (ou da Saúde e Segurança do Trabalho), assim como da Saúde Pública.

A literacia em SST contribui para melhorar a saúde e o bem-estar dos trabalhadores através da implementação de um conjunto de práticas e políticas nas organizações e nas empresas, concebidas e realizadas com os trabalhadores e não apenas para os trabalhadores. Esta abordagem é essencial para criar ambientes de trabalho saudáveis, reduzir o absentismo, aumentar a produtividade e melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores e da sociedade em geral.

3.7. A Atividade de Trabalho e a Promoção da Saúde no Local de Trabalho

As organizações de trabalho determinam o que deve ser feito, onde e como o trabalho deve ser executado. Contudo, os trabalhadores são, regra geral, excluídos dos processos de decisão e de participação sobre a sua atividade de trabalho e sobre as formas como se podem e devem proteger-se dos fatores de risco que podem afetar a sua saúde e segurança.

3.7.1. Promoção da Saúde no Local de Trabalho (PSLT): contributo da Ergonomia

A Promoção da Saúde no Local de Trabalho (PSLT), como se referiu, desenvolveu-se a partir da constatação de duas realidades complementares:

por um lado, a necessidade de melhores decisões individuais sobre a saúde e, por outro, a presença de condições de trabalho adversas a que os trabalhadores estavam expostos e com influências na sua saúde.

Inicialmente, a PSLT assentou num vasto conjunto de programas orientados para não só para a vigilância da saúde como para a modificação de comportamentos individuais, focados na medição da tensão arterial, no controlo da diabetes, na redução do consumo de álcool e de tabaco, nas adições, no incentivo às boas práticas e na promoção de estilos de vida saudáveis, como não fumar, não beber, praticar exercício físico regular e fazer uma alimentação equilibrada.

Por vezes, esses programas foram complementados com avaliações das condições e organização do trabalho, das ferramentas e equipamentos, e com ações de formação e sensibilização para a saúde e segurança.

Atualmente, a PSLT integra um conjunto substancial de políticas e práticas nas empresas que visam promover simultaneamente a saúde e a segurança dos trabalhadores. No entanto, historicamente, o investimento na promoção da saúde, centrada no indivíduo, foi desproporcionado em relação ao investimento no ambiente e contexto de trabalho. Manteve-se uma desarmonia entre a necessidade de ações que objetivam a melhoria (holística) da saúde dos trabalhadores e abordagens mais restritivas, orientadas apenas para a mudança de comportamentos.

Persistiu, assim, a perceção do trabalho como elemento imutável, concentrando as intervenções na adaptação do trabalhador ao trabalho, aligeirando a responsabilidade coletiva na necessidade de intervir no ambiente e local de trabalho.

Tal contradição levou a que a Promoção da Saúde no Local de Trabalho (PSLT) fosse, em alguns casos, encarada como um conjunto de programas destinados a melhorar a saúde dos trabalhadores, mas que, incoerentemente, “ignoravam” os fatores de risco profissionais, muitas vezes geradores de desconforto, de doenças (ou de acidentes), que poderiam ser incapacitantes.

Assim, hoje, a promoção da saúde no local de trabalho (PSLT) integra os aspetos clássicos da promoção da saúde e também os elementos normativos da Saúde e Segurança do Trabalho, com o seu enfoque na prevenção dos riscos profissionais e nas medidas centradas no trabalhador, em particular nos seus estilos de vida, bem como um conjunto de elementos que promovem a harmonia entre o trabalho e o trabalhador, princípios esses frequentemente transmitidos e operacionalizados também pela Ergonomia.

Naturalmente, subsistem na prática alguns elementos de dicotomia entre as características de “saúde e segurança no local de trabalho - SST” e a “saúde do trabalhador”, sendo esta última o foco predominante da maioria dos programas de promoção da saúde, incluindo os desenvolvidos em contexto laboral. Ainda que aparentemente distintas, estas duas abordagens são complementares: a primeira, (SST) centra-se no ambiente de trabalho saudável, promotor da saúde, enquanto a segunda (saúde do trabalhador) enfatiza os comportamentos individuais saudáveis, independentemente do ambiente e das condições de trabalho.

Assim, no contexto da preocupação nas inter-relações entre trabalho e saúde, torna-se indispensável uma abordagem mais integradora, tal como a que a Ergonomia propõe e pode “oferecer” à Saúde e Segurança do Trabalho, reforçando-a e, conseqüentemente, melhorando-a. O conhecimento do que é a Ergonomia e dos contributos que pode trazer, quer para os trabalhadores, quer para as organizações e para os sistemas produtivos, deve, pois, ser considerado “fundamental” num cenário ainda marcado por uma reduzida cultura de saúde e segurança do trabalho.

Sendo inicialmente definida como “a adaptação do trabalho ao Homem” (fitting the job to the worker) é possível admitir que a Ergonomia atualmente extravase essa perspetiva. De facto, e no essencial, a Ergonomia preocupa-se com a resolução dos problemas de adaptação (i) do trabalho ao Homem e (ii) do envolvimento, ou sistema, ao indivíduo.

O termo Ergonomia, derivado do grego *ergon* (trabalho) e *nomos* (leis), foi utilizado pela primeira vez em 1857 pelo naturalista polaco Wojciech Jastrzebowski (1799-1882) e recuperado mais tarde por Keith Frank Hywel Murrell (1908-1984) (Monod e Kapitaniak, 2003), sendo, portanto, uma expressão de origem genuinamente Europeia.

Mais tarde, nos Estados Unidos da América (EUA), surgiu uma designação equivalente “*Human Factors Engineering*” ou apenas “*Human Factors*”, correspondente a conceitos e a práticas amplamente sobreponíveis à Ergonomia europeia. Em português estas designações têm sido traduzidas como “Engenharia Humana” ou “Fatores Humanos”, termos mais frequentes no português do Brasil, dada a sua maior permeabilidade aos anglicismos (ou inglesismos).

A área do conhecimento da Engenharia Humana dedica-se mais à conceção e ao produto, isto é, à adaptação do envolvimento ao indivíduo, enquanto a Ergonomia se debruça, maioritariamente, sobre a produção e a melhoria do trabalho, e a sua adaptação ao trabalhador. Apesar disso, os termos são atualmente considerados como sinónimos sendo comum a designação “*Human Factors and Ergonomics*” na bibliografia internacional. Por razões óbvias, na Europa mantém-se a preferência pelo termo Ergonomia.

O conjunto de conhecimento científico que sustenta a Ergonomia e a sua intervenção na adaptação do envolvimento ao Homem é complementado pela experiência empírica no que respeita ao modo de funcionamento do ser humano em atividade, provindo de diversas disciplinas, entre as quais se destacam a Anatomia, a Fisiologia e a Psicologia (Faria, 2009).

A Ergonomia pode ser dividida em dois eixos: (i) o seu objeto de estudo – o trabalho humano, na parte real que pode ser explorada, ou seja a *atividade de trabalho* e (ii) o seu objetivo – a melhoria das condições de trabalho com vista à otimização da interface Homem-Sistema.

Os estudos da Ergonomia determinam, portanto, a existência de abordagens sistémicas e integradoras das relações entre o Homem e o Sistema

(entendido como o conjunto de elementos que interagem com o ser humano nos locais de trabalho), no sentido de garantir a sua saúde, segurança e conforto.

O objetivo primordial da Ergonomia está centrado na pessoa, estuda as exigências físicas e psicossociológicas e as possibilidades tecnológicas de adaptação da interface envolvimento/trabalho ao Homem. A sua aplicação tem, também, efeitos económicos como o aumento da qualidade de produção, dos indicadores de realização (ou *performance*) e da produtividade e, por isso, o seu impacto também é organizacional.

Qual é, então, a vantagem e a inovação da inclusão da Ergonomia na Promoção da Saúde nos Locais de Trabalho, em particular nas relações trabalho/saúde?

A principal mais-valia da Ergonomia, com a sua abordagem sistémica e integradora das situações reais de trabalho, centrada no “Homem” (leia-se trabalhadora ou trabalhador) em atividade e na relação desse ser humano com o trabalho – de forma a perspetivar a adaptação do trabalho –, constitui um dos inovadores contributos para o mundo do trabalho.

Tal perspetiva permitiu: (i) produzir conhecimento científico sobre a necessária adequação do envolvimento físico (hardware e software) às características e capacidades humanas e (ii) projetar e anteciper a futura atividade de trabalho, o que pode permitir o controlo (ou a prevenção) de eventuais desarmonias entre o sistema e o Homem, em particular sobre o seu estado de saúde físico e/ou mental.

No mundo do trabalho, como já afirmámos, a perspetiva da Ergonomia (Serranheira et al., 2010) permitiu integrar a variabilidade humana e a necessidade de estudar e analisar cada situação de trabalho de acordo com o indivíduo que aí desempenha funções, contrariamente à perspetiva normativa dos fatores de risco profissionais (ou “perigos”, segundo a terminologia da Segurança do Trabalho).

Só desse modo foi possível desenvolver e implementar soluções que garantem que o contexto do trabalho se encontra em harmonia com as

caraterísticas, capacidades e limitações humanas, o que constitui o grande objetivo da Saúde Ocupacional – SO, que na sua perspetiva mais ampla também é designada por Saúde do Trabalhador.

Hoje, embora sejam utilizadas as designações SO, SST, SHST ou Saúde e Segurança do Trabalho, talvez fosse mais adequado adotar-se, à semelhança do que se verifica no Brasil, a expressão “Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora”, visto que remete para uma visão mais integrada e humanizada, centrada não apenas em locais de trabalho seguros e saudáveis, mas em trabalhadores saudáveis em contextos saudáveis (Sousa-Uva, 2011).

Com a abordagem sistémica da Ergonomia, tornou-se evidente a necessidade de abandonar modelos generalistas e normativos, baseados no já referido conceito de um “trabalhador médio” — figura abstrata, frequentemente utilizada como referência na conceção e no *design* de postos de trabalho.

O objeto de estudo das relações trabalho/saúde (ou doença) passou a ser, de facto, o “trabalho humano” e não apenas o “trabalho” da tal abstração denominada “trabalhador médio”. Nessa perspetiva podemos afirmar que a Ergonomia está tão próxima da Saúde (do trabalhador) como da Segurança (do Trabalho).

A análise da situação de trabalho (que neste contexto se pretende “ergonómica”) passa pelo diagnóstico da situação real de trabalho, integrando o trabalhador no local de trabalho e contribuindo para que, a *posteriori*, seja possível uma intervenção sobre os determinantes do trabalho.

Em contraste com as análises do trabalho tradicionais, centradas na seleção do “trabalhador mais responsável e adequado às exigências da tarefa”, a Análise Ergonómica do Trabalho (AET) orienta-se para a adaptação do envolvimento às caraterísticas, capacidades e limitações de cada trabalhador. Esta análise incide sempre sobre o trabalho real, comparando-o sistematicamente com o trabalho que foi imaginado (trabalho prescrito ou tarefa). Interessa, portanto, o que o trabalhador efetivamente faz – e não apenas o que é suposto fazer. Tal diferença é, por vezes, tão marcada que é utilizada

como forma de manifestação de desagrado através das denominadas “greves de zelo”, quando os trabalhadores decidem cumprir estritamente o trabalho prescrito, o que compromete muito o processo produtivo.

Na prática, o trabalhador, no contexto de trabalho, para alcançar o desempenho esperado pela organização – isto é, o trabalho prescrito, incluindo os objetivos, as condições e os meios – coloca, com frequência, a sua saúde e segurança em risco, expondo-se a fatores (profissionais) de risco, na tentativa de cumprir as metas impostas.

As organizações tendem a desvalorizar as discrepâncias entre o trabalho prescrito (tarefa) e o trabalho real (atividade), o que conduz a uma deficiente antecipação das situações de risco, principalmente quando os danos são percebidos como de reduzida gravidade, ainda que frequentes (o conceito de risco em Segurança do Trabalho é disso um bom exemplo).

É certo que os cidadãos valorizam mais a “gravidade ou a perigosidade” das consequências para a segurança e saúde do que a “frequência” da exposição a um elemento potencialmente negativo, o que, no essencial, determina a “probabilidade de ocorrência de efeito adverso” e que deveria ser a principal dimensão do conceito de “risco profissional”.

A confusão terminológica entre “exposição ao risco”, em vez de “exposição ao fator de risco”, tantas vezes utilizada, até em diplomas legais, é disso o “expoente” máximo já que, caricaturalmente, sem exposição ao fator de risco (ou perigo) não há, de facto, risco, como já anteriormente foi referido.

Na perspetiva das relações de trabalho-saúde (doença), as organizações tendem a acreditar em verdades universais no trabalho – nomeadamente a simplificação e parcelização – e, contrariamente à Ergonomia, desvalorizam a variabilidade individual (para lá da “média”), assim como os imprevistos, acontecimentos fortuitos e erros de conceção nos sistemas de trabalho. Tais situações, longe de serem excecionais, constituem, frequentemente, a norma e são responsáveis por milhões de acidentes de trabalho e por um número muito superior de doenças profissionais ou ligadas ao trabalho.

Em síntese, a Ergonomia procura identificar e compreender as discrepâncias entre o trabalho prescrito e o trabalho real, de modo a antecipar o risco (nas dimensões de intensidade, frequência e perigosidade), hierarquizar a necessidade de intervenção e conceber e implementar soluções que favoreçam a harmonia entre o trabalhador e o ambiente de trabalho.

A Ergonomia integra, pois, a variabilidade intra e interindividual e considera as características do trabalhador (sexo, idade, características antropométricas, estado de saúde, estilo de vida, capacidades e limitações físicas e psicológicas) na conceção ou reconceção do trabalho, em cada situação concreta. Por outras palavras, os seus objetivos são orientados para a necessidade de adaptar a ferramenta, a máquina, a situação, a organização, o ambiente e o sistema, de forma a garantir a segurança, o conforto, a redução do erro e a preservação do estado de saúde do trabalhador, assim como a manutenção da sua capacidade de trabalho.

As propostas de intervenção da Ergonomia englobam, entre outros:

- Os elementos físicos e as condições do local de trabalho como os espaços, os circuitos, os meios técnicos (ferramentas, utensílios, sistemas informáticos, ...);
- A organização do trabalho, designadamente os horários, os ritmos, as relações hierárquicas, os sistemas de comunicação e o tipo de produção;
- Os aspetos sociais do trabalho como a autonomia ou margem de manobra, as relações sociais e, ainda, outros aspetos extraprofissionais como a habitação, os transportes e a condição socioeconómica dos trabalhadores.

Nesse contexto, a Ergonomia, pela sua já referida abordagem sistémica e integrada de análise e intervenção no local de trabalho e pelo seu objetivo de contribuir para uma melhor adaptação do meio ambiente ao homem através

do aumento da segurança, do conforto e do bem-estar, assume um papel de indiscutível relevo na saúde e segurança dos trabalhadores e na promoção da saúde no local de trabalho.

O seu contributo é particularmente importante em duas grandes perspetivas:

- A conceção de sistemas seguros, efetivos e confortáveis de interação entre o homem (população) e o meio, designadamente objetos, utensílios, ferramentas, *softwares* e mobiliário;
- A análise e intervenção sobre o trabalho e a produção, incidindo sobre as condições e meios de trabalho, no sentido da sua adaptação ao trabalhador concreto no seu local de trabalho.

Na primeira perspetiva (**Ergonomia do Produto e de Conceção**) é fundamental conhecer, entre outras, as características físicas, cognitivas, biológicas e fisiológicas humanas, para que todos os elementos de interação sejam concebidos de acordo com as capacidades e limitações do utilizador, garantindo segurança, conforto, bem-estar e saúde. O ambiente de trabalho que envolve o ser humano, com as suas exigências físicas, mentais, organizacionais e sociais, é cada vez mais complexo. É, portanto, indispensável agir por antecipação, assegurar uma interação segura, confortável, efetiva entre o Homem e o envolvimento, que vá para além da prevenção dos riscos.

A segunda perspetiva – **Ergonomia de produção** – consiste no processo de adaptação do trabalho ao trabalhador, o que assume especial relevância para a sua saúde e segurança. Assim, de acordo com a metodologia da Ergonomia (análise ergonómica do trabalho – AET), para que o trabalho seja harmonioso e sustentável, é necessário compreender esse mesmo trabalho, designadamente a atividade real. Só a partir desse conhecimento é possível modificar o trabalho e melhorar o sistema de forma coerente e eficaz.

Nesse contexto, a intervenção sobre os determinantes ou condicionantes do trabalho constitui o principal elemento de harmonização entre as características, capacidades e limitações do trabalhador e o sistema. Por outras palavras, a intervenção da Ergonomia partindo da compreensão do funcionamento humano e intervindo sobre os tais determinantes ou condicionantes, permite que a atividade de trabalho seja mais segura, confortável e harmoniosa e que possa integrar elementos fundamentais da promoção da saúde no local de trabalho.

A intervenção sistémica e integrada sobre os espaços de trabalho, sobre os meios técnicos, as ferramentas e os utensílios, o ambiente (como a qualidade do ar, temperatura, ruído, conforto térmico), bem como sobre a organização do trabalho, horários, ritmos e cadências impostas, tipologias de produção e relações hierárquicas, constitui, na perspetiva da Ergonomia, a base estruturante da harmonia entre o trabalho e cada trabalhador.

O processo de seleção e adaptação dos determinantes do trabalho aos trabalhadores (antropotecnologia) representa o alicerce de um desenvolvimento sustentável dos sistemas de trabalho, que deve apoiar o desenvolvimento de uma vida saudável, também no local de trabalho. É a nova (velha no contexto da Saúde Ocupacional) estratégia do “*Health in All Policies Approach*” e também da recente “*One Health*”, que reforçam a necessidade de integrar a saúde em todas as políticas e dimensões da vida social e laboral.

As duas perspetivas da Ergonomia, do produto e da produção, convergem atualmente para obter, não apenas objetos ditos ergonómicos e interações entre o homem e o envolvimento seguras e efetivas, mas também postos de trabalho com condições dignas, meios técnicos e organizações que valorizem a segurança, o conforto e a adaptação a todos e a cada um dos trabalhadores, no sentido da promoção da saúde no local de trabalho.

Em síntese, para compreender a necessidade de integração da Ergonomia na Promoção da Saúde no Local de Trabalho, importa destacar as **duas perspetivas da promoção da saúde** (Buss, 2000):

- a primeira baseia-se fundamentalmente num conjunto de atividades que pretendem a **mudança dos comportamentos individuais**, focadas nos estilos de vida, no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das comunidades em que se encontram. Nesse caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativas, primariamente relacionadas com fatores de risco individuais de natureza comportamental e passíveis de mudanças, visto que estariam, pelo menos em parte, sob o controlo dos próprios indivíduos, como por exemplo, os hábitos tabágicos e de consumo de bebidas alcoólicas, a alimentação e o exercício físico. Nessa perspetiva, estariam fora do âmbito da promoção da saúde todos os fatores para além do controlo individual.
- a segunda, mais moderna e abrangente, caracteriza a promoção da saúde no local de trabalho e assenta no **reconhecimento do papel protagonista dos “determinantes gerais” sobre o estado de saúde**. Sustenta-se no entendimento que a saúde e o bem-estar resultam de um amplo espectro de determinantes relacionados com a qualidade de vida, incluindo os padrões adequados de alimentação e nutrição, a habitação e saneamento, as boas condições de trabalho, as oportunidades de educação ao longo da vida, o ambiente adequado, o apoio social às famílias e indivíduos, o estilo de vida responsável, e um adequado (e com equidade) conjunto de cuidados de saúde. Essa abordagem está centrada no coletivo, no grupo de indivíduos e no ambiente, perspetivados num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, económico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde – as escolhas saudáveis deverão também ser as mais fáceis – e do reforço (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e das comunidades nesse domínio.

A integração destas duas perspetivas ultrapassa a perspetiva clássica da promoção da saúde, incorpora, entre outros, o ambiente, as condições de trabalho, a atividade de trabalho, as condições de vida e reconhece que a saúde depende da relação dinâmica entre o Homem e o envolvimento, incluindo o envolvimento de trabalho, tantas vezes subvalorizado.

3.7.2. A abordagem participativa da Ergonomia e a PSLT

Na perspetiva holística da PSLT, a implementação e a intervenção da Ergonomia apoiam-se numa abordagem participativa, entendida como uma forma de aplicação prática do conhecimento e do processo de intervenção da Ergonomia, baseada na participação ativa dos trabalhadores (Nagamachi, 1995).

A abordagem participativa da Ergonomia baseia-se na participação dos utilizadores/trabalhadores no planeamento e no controlo de uma substantiva parte do seu contexto de trabalho, depois de devidamente capacitados para influenciar o processo e os resultados, de modo a atingirem os objetivos da organização (Hignett et al., 2005).

A génese desta abordagem metodológica da Ergonomia está relacionada com o desenvolvimento das perspetivas da Qualidade e dos Círculos da Qualidade Total, que pretendiam essencialmente resolver os problemas de produtividade nas linhas de produção industrial. A Ergonomia Participativa (“*Participatory Ergonomics*”) foi rapidamente integrada nas perspetivas da Qualidade e também da Saúde, Higiene e Segurança dos Trabalhadores nos locais de Trabalho em países como o Japão, o Canadá, os Estados Unidos da América (EUA) e a Austrália.

As abordagens participativas nos locais de trabalho e que dependem do contexto social, organizacional e industrial vivido em cada país e em cada organização desenvolveram-se, assim, de forma distinta (Shipley, 1990).

A estratégia participativa da Ergonomia ganhou sentido no quadro de correntes socio-organizacionais e profissionais assentes na participação social ampla, na organização da produção segundo princípios sociotécnicos ou antropotécnicos, e numa lógica *bottom-up* (indutiva ou de fluxo micro-macro). Tal como refere Hendrick (1995), esta abordagem sistémica e integrada corresponde à macroergonomia, orientada para a harmonia do sistema homem-trabalho-organização.

A abordagem participativa da Ergonomia, no âmbito da promoção da saúde no local de trabalho e na procura de soluções para a harmonização do sistema homem-trabalho-envolvimento, deve integrar as exigências do trabalho, quer físicas e biomecânicas (da atividade), quer organizacionais e psicossociais, assim como as capacidades, necessidades e ainda as expetativas dos trabalhadores.

As possibilidades da participação da Ergonomia são quase ilimitadas: podem ocorrer numa organização ou empresa, em departamentos ou seções específicos, ou, numa escala mais abrangente, através de parcerias entre a Saúde Ocupacional, a Saúde Pública e Organizações Governamentais, no sentido de atingir diversos postos de trabalho, empresas e setores de atividade.

Em qualquer dos casos, o objetivo central passa por desenvolver um conjunto de iniciativas, programas e projetos que representem “uma nova forma de fazer as coisas” (trabalho real) nas organizações envolvidas, conduzindo a alterações sustentáveis (Cole et al., 2009) que, para além da prevenção, possam também abranger a promoção da saúde no local de trabalho.

Em termos operacionais os programas participativos em Ergonomia devem valorizar (Nagamachi, 1995)1995:

- **Participação** – a participação ativa dos trabalhadores origina uma compreensão partilhada do trabalho, em particular dos problemas e da forma como podem ser abordados, quer na perspetiva do trabalho em equipa, quer numa forma pessoal

e subjetiva de autoenvolvimento no processo decisório da mudança. Tal envolvimento promove uma maior aceitação por parte dos trabalhadores das alterações decorrentes da intervenção ergonómica de base participativa;

- **Organização** – a metodologia participativa da Ergonomia, bem como o sucesso da sua implementação, dependem do apoio organizacional. Isso significa que qualquer problema identificado é da responsabilidade da organização e não de um departamento isolado. Neste contexto, existem dois níveis de grupos:
 - i. o “grupo de gestão do risco”;
 - ii. os “grupos de intervenção”, que incluem:
 - o(s) “grupo(s) de trabalho” (ou “grupo(s) Ergo”);
 - o “grupo de gestão da intervenção”.

Deve existir, para qualquer destes grupos, apoio técnico de um perito em Ergonomia, garantindo, assim, a obtenção dos melhores resultados e das soluções mais adequadas em cada caso;

- **Formação em Ergonomia e em análise ergonómica do trabalho (AET)** – um programa de Ergonomia visa sempre resolver problemas concretos que existem nos locais de trabalho. Tal objetivo requer o domínio de vários tipos de conhecimento, incluindo teorias, métodos e técnicas. Todos os membros das equipas envolvidas devem ter formação básica na área da Ergonomia e, em particular conhecimentos sobre: (i) o Indivíduo e (ii) a metodologia de Análise Ergonómica do Trabalho;
- **Formação em Intervenção Ergonómica, Design e Conceção na perspetiva da Ergonomia** – no âmbito da abordagem participativa da Ergonomia, a intervenção pode assumir dimensões complementares: (i) a componente **micro**, que se foca na diminuição da exposição aos fatores de risco e da carga

de trabalho e (ii) a componente **macro**, que se foca sobre a reconcepção da situação de trabalho e a mudança organizacional.

Assim, a estrutura de um programa de Ergonomia baseado na abordagem participativa, mais ou menos detalhada, integra dois principais momentos:

1. as etapas de **constituição formal do programa**, que incluem o envolvimento dos trabalhadores, a constituição e capacitação dos grupos de intervenção, o grupo de gestão do risco e a definição dos processos de avaliação do programa;
2. as etapas de **intervenção**, que integram, sequencialmente (i) o processo de identificação de situações de risco, (ii) a análise do trabalho, (iii) o diagnóstico da situação, (iv) a identificação de possíveis soluções, (v) a obtenção de consensos sobre a solução a aplicar, (vi) a sua implementação e (vii) a monitorização da intervenção (**Figura 10**):

Figura 10. Programa da abordagem participativa da Ergonomia



A primeira etapa da implementação de um Programa Participativo de Ergonomia passa por obter apoio dos órgãos da direção de uma empresa, etapa que deve ser considerada fundamental. O processo deve iniciar-se com uma identificação prévia do nível da presumível adesão à mudança por parte de todos os envolvidos, direções, chefias e trabalhadores, recorrendo, por exemplo, a instrumentos de recolha de informação desenvolvidos com base em modelos teóricos da promoção da saúde (Prochaska; DiClemente, 1982; Dejoy, 1996).

Esses modelos partem do princípio que uma alteração do comportamento individual é um processo dinâmico que decorre em diferentes fases (**Figura 11**) (Urlings; Nuboer; Dul, 1990; Dejoy, 1996):

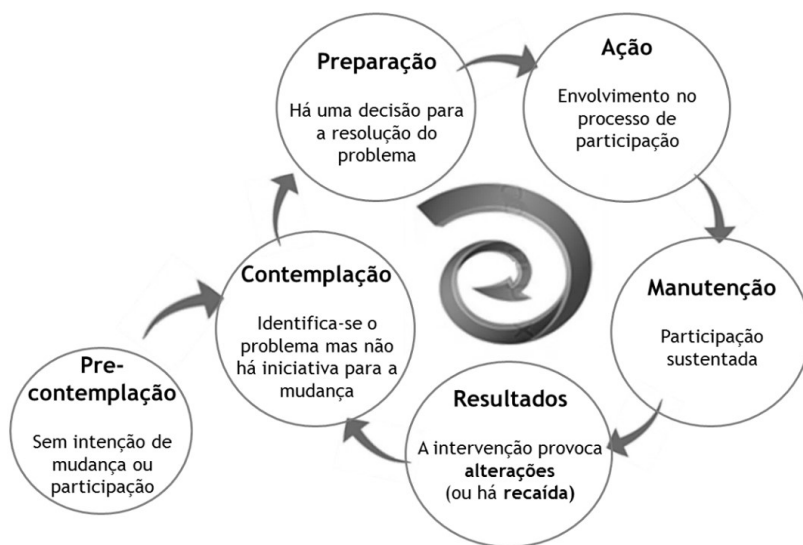
- a. ***Pré-contemplação*** – não existe a possibilidade de alterações ou mudanças no sistema de trabalho;
- b. ***Contemplação*** – existe a possibilidade de mudança, mas questiona-se a ação por ausência ou reduzida percepção do risco;
- c. ***Decisão para agir*** – há uma preparação para a ação, com incremento do conhecimento, planeamento da mudança e análise custo-benefício;
- d. ***Ação*** – observa-se um envolvimento no processo da mudança, com aumento da autoeficácia, autorregulação e domínio da gestão emocional;
- e. ***Manutenção da ação*** – há consolidação e empenho na prevenção e consolidação na continuidade da mudança;
- f. ***Resultados*** – existem alterações efetivas de comportamentos e práticas.

Prochaska e colaboradores (Prochaska; Norcross; DiClemente, 1995) salientam que o nível individual de conhecimento e a motivação influenciam, decisivamente, a receptividade à mudança nas diferentes formas de educação para a saúde. Assim, importa questionar:

- Os trabalhadores e os gestores reconhecem a existência de risco de doença profissional ou de acidente de trabalho na atividade profissional da empresa ou setor?
- Consideram que é necessário intervir para reduzir o risco?
- Já foi implementada alguma ação concreta na redução do risco?

Estas questões são fundamentais para compreender o **nível de maturidade organizacional e o grau de disponibilidade para a mudança** (Figura 11), elementos essenciais para o sucesso de qualquer intervenção ergonômica participativa e, conseqüentemente, de uma estratégia de promoção da saúde no local de trabalho.

Figura 11. Avaliação do nível de motivação para a participação na empresa/ organização (adaptado de Prochaska; DiClemente, 1982)



A resposta “não” às três questões coloca a organização (e os trabalhadores) pouco (ou nada) receptiva aos problemas da Saúde Ocupacional e da Ergonomia (nível “**pré-contemplativo**”). Neste nível as pessoas desvalorizam o risco e não consideram possível a existência de mudança. Tal situação exige uma intervenção

formativa que sensibilize os trabalhadores e as chefias para a importância do problema e que permita avançar para as etapas seguintes.

Com uma resposta “sim” à primeira questão e “não” às restantes, a organização e os trabalhadores devem ser considerados no nível “**contemplativo**”, isto é, existe consciência do problema e há abertura à mudança. Nesses casos é recomendável o reforço do reconhecimento do risco para a saúde dos trabalhadores. A informação deve ser apresentada de forma assertiva e, simultaneamente, deve enfatizar os objetivos da mudança, os procedimentos a adotar, o contributo esperado de cada interveniente, os aspetos positivos e os obstáculos à implementação da mudança.

Respostas “sim” às duas primeiras questões e “não” à terceira, representam um nível de “**preparação**”. Neste caso existe uma decisão sobre a necessidade de agir, mas ainda não foram implementadas ações ou iniciativas concretas para a sua resolução. Nessas situações é necessário avançar para a formalização do programa participativo, estabelecendo metas, responsabilidades e recursos.

Respostas “sim” a todas as questões indicam que as alterações já estão em curso, correspondendo ao nível “**ação**”. Nesses casos o papel da Saúde Ocupacional e da Ergonomia passa, fundamentalmente, por apoiar e consolidar as modificações e/ou alterações em desenvolvimento na organização, nos espaços, nos postos de trabalho, nas interfaces e nos equipamentos, através, entre outros, de mais informação, mais formação e mais treino, que facilitem e sustentem a mudança.

A **Formalização do Programa** inicia-se com a nomeação de estruturas formais que envolvem trabalhadores, chefias diretas, representantes da direção e da SST. Este processo implica a existência de interação contínua entre os vários intervenientes que representam diversos serviços, profissionais de saúde e outros trabalhadores.

A formalização é considerada como o segundo elemento mais importante para o sucesso do programa (a seguir ao apoio da direção). Aparentemente esta etapa está próxima do que a corrente francesa da

Ergonomia da atividade designa como “o pedido”, isto é, o momento de reconhecimento institucional e oficial da necessidade de intervenção.

Assim, a formalização do programa é considerada, nesse contexto, como fundamental, por duas razões principais:

- apenas com uma estrutura formalmente designada e investida de autoridade no seio de uma empresa é possível alocar meios e recursos que assegurem a efetividade do programa;
- apenas com objetivos claramente definidos se pode garantir uma resposta adequada, objetiva e assertiva.

Um programa participativo de Ergonomia será totalmente distinto se estiver centrado em situações-problema, orientado para a organização do trabalho ou para as políticas da empresa. De modo semelhante, a definição do seu objeto de intervenção pode incidir sobre um posto de trabalho, um departamento ou em toda a empresa.

Em termos operacionais é necessário definir:

- os níveis de intervenção e de decisão de cada grupo e de cada membro;
- a duração e calendarização do programa, que pode ser limitada ou contínua;
- o tipo de envolvimento dos participantes, que pode assumir duas formas:
 - participação direta, com os trabalhadores dos postos objeto de estudo;
 - participação representativa, através de trabalhadores nomeados no processo de análise e intervenção em cada situação.

Esta decisão relaciona-se com o tipo de participação, voluntária ou obrigatória. Sugere-se sempre que a participação dos membros de cada grupo, incluindo os representantes da direção, seja voluntária, de modo a promover o compromisso e a corresponsabilização.

Por fim, o papel do especialista em Ergonomia ou do Ergonomista é igualmente crucial. Pode ser interno à empresa ou consultor externo, mas deverá atuar sempre como orientador técnico do programa de intervenção, formador e o principal facilitador do processo participativo.

A “formalização do programa” implica que todos os trabalhadores da empresa, para além dos trabalhadores envolvidos nos grupos, sejam cooptados. Tal deve ser efetuado através das vias de comunicação, quer por documentação escrita como posters, folhetos, jornais ou revistas da organização, quer presencialmente em pequenos grupos, ou ainda por *email* ou outra via eletrónica.

Apesar da transmissão de informação ser fundamental, pode não ser suficiente quando se pretende envolver os trabalhadores em Saúde e Segurança do Trabalho, nomeadamente na prevenção de doenças profissionais (e outras doenças ligadas ao trabalho) e de acidentes de trabalho. É fundamental definir com precisão as vias de comunicação neste processo, para garantir a adesão dos trabalhadores.

A ausência de comunicação constitui frequentemente uma das principais barreiras ao desenvolvimento de uma abordagem participativa.

Em simultâneo, a comunicação entre os grupos (de intervenção e de gestão do risco) deve estar organizada no tempo e calendarizada, em função do desenvolvimento das fases do programa. De igual forma, as ações de *feedback*, tanto antes do início do programa como durante o seu desenvolvimento, devem estar planeadas e integradas desde a fase inicial.

A etapa seguinte do programa assume igualmente destaque, porque implica a “**constituição dos dois grupos de intervenção**”:

- o **grupo de trabalho** (ou grupo Ergo);
- o **grupo de gestão** ou de acompanhamento da intervenção.

O “**grupo de trabalho**” (ou “grupo Ergo”) é constituído, por exemplo, por um gestor/supervisor/chefia do setor envolvido e pelos trabalhadores desse local. Este grupo é responsável por:

- realizar a análise do trabalho;
- efetuar a identificação das situações problema e dos fatores de risco presentes;
- avaliar os riscos para a saúde e segurança;
- propor medidas de intervenção tendentes a melhorar as condições de trabalho e, por consequência, o desempenho e a produtividade.

O “**grupo de gestão**” deve ser constituído por um representante da Direção da empresa, um representante da área das Engenharias e um representante dos trabalhadores. Estes grupos devem ter, igualmente, apoio técnico-científico de um perito em Ergonomia, de modo a assegurar o rigor metodológico e a efetividade das soluções propostas.

O, ou os, “grupo(s) de trabalho” (grupos Ergo) devem reunir competências diversas e complementares, aspeto fundamental para o sucesso do programa. Devem incluir trabalhadores, chefias diretas, engenheiros ou técnicos dos serviços de apoio e profissionais da SST. O número ideal situa-se entre 3 e 6 membros, não sendo necessária a paridade formal.

Todos os participantes devem ter formação em Ergonomia e em análise das situações de trabalho, podendo envolver outros trabalhadores dos contextos em estudo. O(s) grupo(s) deve(m) ser coordenado(s) pelo Ergonomista, que assume a responsabilidade pela formação aprofundada, pela orientação técnica e pela condução metodológica do programa participativo.

A heterogeneidade dos grupos de intervenção permite a existência de sinergias, mas também de dificuldades que importa ultrapassar para garantir a efetividade da intervenção. São estes grupos que assumem a responsabilidade direta pela análise e intervenção nas diversas (e diferentes) situações, quer no local de trabalho, quer a nível organizacional.

Embora esta fase, na maioria dos casos, possa ser considerada como uma caixa negra (“*blackbox*”), recomenda-se que integre sempre, e de forma estruturada, um conjunto sequencial de etapas, nomeadamente:

- a identificação das situações problema;
- a análise ergonómica das situações de trabalho, incluindo a identificação dos fatores de risco presentes;
- a avaliação dos riscos e o diagnóstico da situação;
- a definição das soluções e estratégias de intervenção (gestão do risco);
- o processo de monitorização da intervenção.

A fase seguinte, **formação dos trabalhadores**, deve ser planeada, em função dos diversos tipos de situações de trabalho na empresa e da heterogeneidade de trabalhadores envolvidos e sua formação de base, a partir de uma seleção cuidadosa de conteúdos formativos, orientada pelos objetivos do programa.

Considera-se essencial a inclusão de módulos de introdução à Ergonomia, Anatomofisiologia e Fisiologia do Trabalho, seguidos de conteúdos centrados na análise de situações reais de trabalho, com vista à identificação de fatores de risco e à consequente avaliação dos riscos, culminando no elenque de soluções e alguns elementos de simulação da intervenção, com base em casos concretos.

Os conteúdos devem ser adaptados aos formandos:

- trabalhadores (participantes gerais): entre 5 e 10 horas;
- membros dos grupos de intervenção: formação aprofundada até

100 horas, orientada para a análise ergonómica do trabalho (AET), metodologias de intervenção e conceção participativa de soluções.

Segue-se a constituição do “**grupo de gestão do risco**”, que deve integrar:

- os membros dos dois grupos de intervenção (grupo de trabalho ou Ergo e grupo de gestão);
- representantes da SST, incluindo da Medicina do Trabalho;
- representantes da comissão de SST e representantes dos Sindicatos, caso existam.

Este grupo deve funcionar de forma integradora e consensual, com a missão de gerir o programa e garantir o seu sucesso. Recorde-se que os programas de prevenção concebidos de forma “*top-down*” tendem a transformar-se em intervenções redutoras e de eficácia limitada, enquanto as abordagens participativas potenciam o compromisso, a corresponsabilidade e a sustentabilidade.

O “grupo de gestão” tem como funções principais:

- acompanhar e apoiar os grupos de intervenção;
- assumir a capacidade de decisão e de implementação das soluções aprovadas;
- articular as atividades entre a Ergonomia, os grupos de intervenção e a direção da empresa;
- decidir sobre objetivos, prioridades e estratégias de ação;
- monitorizar o desenvolvimento e os resultados do programa.

Compete-lhe, igualmente, gerir e negociar os recursos humanos e materiais envolvidos, nomeadamente:

- a definição dos trabalhadores e representantes a incluir no processo;
- a disponibilização de tempo de trabalho para participação ativa;
- e a alocação orçamental necessária à implementação das medidas.

É também neste grupo que se analisam as dificuldades encontradas pelos grupos de intervenção e se negociam consensos sobre as soluções mais adequadas.

Para além disso, o grupo deve atuar como veículo institucional de comunicação, assegurando a divulgação de informação fiável e coerente aos trabalhadores, chefias e órgãos de direção, de forma a valorizar o programa e a reforçar a sua legitimidade organizacional.

Existem vários tipos de intervenção possíveis, exigindo uma gestão do risco adequada aos objetivos e contexto de cada programa:

- Intervenções sobre equipamentos e meios técnicos (as mais frequentes): incluem modificações de ferramentas, máquinas ou postos de trabalho e requerem acompanhamento direto no terreno pelo grupo de gestão do risco, para garantir a eficácia das soluções.
- Intervenções sobre a organização do trabalho: implicam mudanças estruturais, como introdução de pausas, rotação de postos, alteração de horários ou reorganização de tarefas. Nesses casos, o grupo de gestão do risco deve envolver outros departamentos, como os Recursos Humanos ou a Engenharia de Produção, para assegurar a coerência e a sustentabilidade das mudanças.
- Intervenções ao nível das políticas, normas e procedimentos: exigem uma abordagem mais abrangente e estratégica, dado o seu alargado impacto organizacional.

Por último, a **avaliação e monitorização do programa** são etapas críticas da abordagem participativa. Compete ao grupo de gestão do risco

assegurar que as medidas implementadas são efetivas, sustentáveis e coerentes com as metas definidas.

A complexidade dos atuais processos de trabalho, frequentemente mediados por novas tecnologias e sistemas informáticos, acentua as discrepâncias entre o trabalho previsto (tarefa) e o trabalho real (atividade). Tal, representa uma oportunidade ímpar para as abordagens participativas, pois apenas a análise centrada na atividade real permite compreender as adaptações, compensações e variações que ocorrem no quotidiano profissional dos trabalhadores e das empresas.

A prevenção só é possível através da junção de um conjunto de perspetivas que se debruçam sobre a harmonização das exigências:

- físicas, relativamente às características e capacidades dos trabalhadores;
- organizacionais e psicossociais (organização, hierarquias, relação, monotonia e horários, entre outros);
- formativas dos trabalhadores (por exemplo a nível da transmissão de informação, de capacitação e literacia em SST).

Estudos diversos sustentam esta abordagem integrada, com diferentes objetivos e orientações (Ketola et al., 2002; Rivilis et al., 2008; van Eerd et al., 2010; Zadvinskis; Salsbury, 2010), quer no âmbito do *Cochrane Occupational Health Field Categories*, quer em revisões sistemáticas que evidenciam tipologias de avaliação da participação e do envolvimento dos trabalhadores e das organizações, em programas de intervenção em Ergonomia.

Assim, sugere-se que a avaliação de projetos e programas considere a relevância e o peso relativo das diversas dimensões de participação e envolvimento (Haines et al., 2002) (**Quadro 4**):

Quadro 4. Importância das dimensões na abordagem participativa da Ergonomia
(adaptado de Hignett et al., 2005)

rdem	Dimensão	Extensão da dimensão (sequência)
1	Tomada de decisão	• Grupos de intervenção • Grupo de gestão do risco • Trabalhador singular
2	Participantes	• Trabalhadores • Supervisores • Chefias intermédias • Representantes dos sindicatos • Técnicos, especialistas • Gestão sénior
3	Sequência	• Desenvolvimento do processo • Identificação do problema • Elaboração da solução • Avaliação da solução • Implementação da solução • Manutenção do sistema
4	Papel do perito em ergonomia	• Iniciar e guiar o processo • Agir como membro da equipa de terreno • Formar e treinar os trabalhadores • Consultoria
5	Envolvimento	• Total • Parcial • Delegado como representação
6	Objetivo	• Conção de equipamentos ou postos de trabalho • Organização do trabalho e de equipas • Elaboração de estratégias e políticas
7	Nível de influência	• Toda a organização • Departamento / equipa / grupo de trabalho
8	Participação	• Obrigatória • Voluntária
9	Permanência	• Tempo inteiro • Temporária

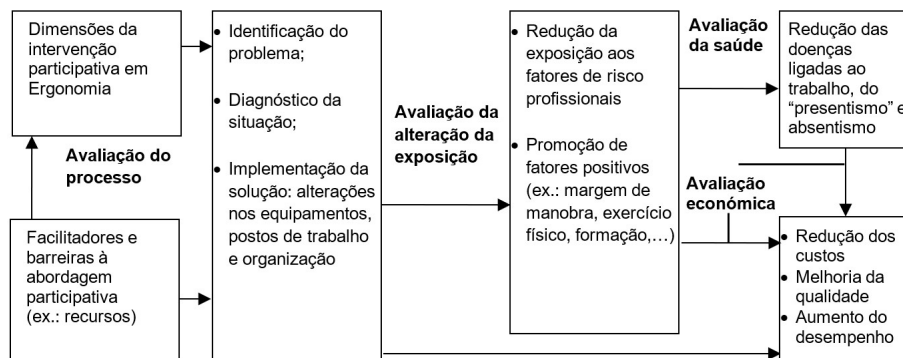
Para além das dimensões referidas, o grupo de gestão do risco deve, em simultâneo, utilizar um conjunto de indicadores, presente num “*tableau de bord*” que permita, em qualquer e a todo o momento, ter uma apreciação do desenvolvimento do programa e uma intervenção atempada que garanta o sucesso e a sustentabilidade.

A abordagem sistémica da participação em Ergonomia pode apresentar diferentes orientações e metodologias, convergentes para a melhoria simultânea da saúde, bem-estar e conforto dos trabalhadores e do desempenho e produtividade da organização.

Nessa perspetiva, os programas participativos podem (e devem) ser avaliados concretamente segundo várias dimensões, nomeadamente (**Figura 12**):

- o processo;
- a exposição aos fatores de risco no local de trabalho;
- o estado de saúde dos trabalhadores;
- os custos associados.

Figura 12. Processo de mudança com base na abordagem participativa da Ergonomia (adaptado de Rivilis et al., 2008).



De facto, não existe ninguém mais interessado na promoção da saúde do que o próprio trabalhador. A abordagem participativa da Ergonomia pode ser um instrumento essencial para o “despertar” desse interesse, ao envolver o trabalhador na aplicação de conhecimentos concretos e úteis que, de facto, contribuam para trabalhadores mais seguros e saudáveis em locais de trabalho também mais seguros e saudáveis (Sousa-Uva, 2011).

É ainda importante salientar que a promoção das relações trabalho/saúde não depende exclusivamente das componentes técnicas e dos peritos do trabalho, independentemente da área de especialização (Medicina do Trabalho, Higiene e Segurança do Trabalho, Ergonomia, Psicologia do Trabalho, ...). Pelo contrário, depende, em primeira instância, de um conjunto de fatores económicos, políticos e sociais que determinam, global e localmente, a organização do trabalho e as condições em que este é realizado e, naturalmente, também da ação e participação do próprio trabalhador.

Tal dependência estrutural apenas diminuirá (ou será uma vantagem) numa sociedade mais culta, com maiores níveis de formação e literacia, em particular, nas áreas da Saúde e Segurança do Trabalho e da Ergonomia, entre outras, e em que os trabalhadores participem de forma ativa, informada e crítica. Este “empoderamento” (capacitação e autonomia) dos trabalhadores implica, não apenas a sua formação e conhecimento, mas também a corresponsabilidade.

O incentivo e o apoio à melhoria das condições de trabalho e das relações trabalho/saúde, bem como no reconhecimento do papel central dos trabalhadores, são elementos decisivos para:

- reduzir os acidentes de trabalho;
- diminuir a incidência de doenças profissionais e outras “doenças ligadas ao trabalho”;
- minorar o absentismo profissional;
- contribuir para um “trabalho” mais harmonioso, com postos de trabalho seguros e saudáveis e verdadeiramente promotores da saúde e do bem-estar dos trabalhadores.

Nesse contexto, exige-se:

- Reconhecimento que as empresas e o trabalho têm impacto direto na saúde das pessoas, o que obriga ao desenvolvimento de uma cultura de saúde e segurança;
- Compromisso organizacional efetivo, baseado em comunicação transparente, informação acessível e participação colaborativa;
- Envolvimento dos trabalhadores no processo de decisão em saúde e segurança;
- Políticas e práticas que promovam escolhas saudáveis e que tornem essas escolhas mais fáceis e sustentáveis na vida dos trabalhadores.

Esse tipo de abordagem, integrada, transdisciplinar e participativa, é, infelizmente, ainda pouco (ou nada) frequente em Portugal, uma vez que a integração das diversas áreas disciplinares é mais a exceção do que a regra e o envolvimento dos trabalhadores é raramente valorizado no contexto da gestão dos programas de prevenção e promoção da saúde no local de trabalho.

Essa realidade evidencia a necessidade urgente de reforçar o “empoderamento” dos trabalhadores, não apenas como destinatários, mas como coprodutores e corresponsáveis pelo planeamento, execução e avaliação de ações de promoção da saúde e de prevenção dos riscos profissionais.

3.8. Integração da PSLT e da Ergonomia na Política de SST das Empresas

A integração da Promoção da Saúde no Local de Trabalho (PSLT) e da Ergonomia na política de Saúde e Segurança do Trabalho das empresas representa um passo determinante na evolução do conceito clássico de SST para uma abordagem mais ampla, sistémica e sustentável, centrada no(a) trabalhador(a) e na adaptação do contexto de trabalho às suas características, capacidades e limitações.

Com efeito, a SST tem sido historicamente interpretada e operacionalizada numa perspectiva predominantemente tecnicista e reativa, orientada para o controlo dos riscos profissionais e para a prevenção de acidentes e doenças profissionais, frequentemente em resposta a exigências legais. Essa abordagem, embora fundamental, revela-se insuficiente para responder aos desafios atuais do trabalho, marcados pela digitalização, pela complexidade organizacional, pelo envelhecimento da população ativa, pela intensificação do trabalho e dos seus ritmos, pelas novas modalidades de trabalho como o teletrabalho e pelos riscos “emergentes” de natureza psicossocial.

A integração da PSLT e da Ergonomia constitui, neste contexto, uma evolução paradigmática que propõe a transição de uma cultura de prevenção para uma cultura de promoção da saúde, incorporando, de forma indissociável, os determinantes individuais, profissionais e sociais da saúde e do bem-estar no trabalho.

Assim, a PSLT deve ser concebida não como um conjunto de programas isolados ou de carácter complementar, mas sim como uma dimensão estrutural das políticas de gestão e de responsabilidade social das empresas, integrando-se transversalmente nos seus processos estratégicos, operacionais e culturais.

A integração da PSLT e da Ergonomia na política de SST deve materializar-se em instrumentos concretos de gestão, nomeadamente:

- **Planos estratégicos de saúde e segurança do trabalho:** documentos estruturantes que definam as metas e os indicadores de desempenho em SST e PSLT, articulando a política de saúde e segurança do trabalho com os objetivos estratégicos da organização.
- **Sistemas de gestão integrados de SST, Qualidade e Ambiente** (ISO 45001, ISO 9001, ISO 14001): estes documentos devem ser complementados com os princípios da promoção da saúde e da ergonomia, na lógica de melhoria contínua e de responsabilidade social.

- **Programas de ergonomia participativa:** orientados para a análise do trabalho real, para a identificação de fatores de risco, para a avaliação dos riscos e para a conceção de soluções adaptadas às necessidades e capacidades dos trabalhadores.
- **Políticas de bem-estar e equilíbrio trabalho-vida pessoal:** centradas na gestão do tempo de trabalho, na flexibilização de horários, na conciliação com responsabilidades familiares e na promoção da saúde mental.
- **Indicadores de saúde ocupacional** (*occupational health metrics*): devem monitorizar sistematicamente, para além dos acidentes e doenças ligadas ao trabalho, a satisfação, a motivação e o bem-estar dos trabalhadores.

A integração da PSLT e da Ergonomia só se torna efetiva quando se traduz numa mudança cultural e organizacional. A cultura de saúde e segurança do trabalho deve poia evoluir para uma cultura de saúde do(a) trabalhador(a), onde a responsabilidade pela saúde é partilhada por todos, nomeadamente, gestores, técnicos, trabalhadores e decisores políticos.

A criação de uma cultura de saúde positiva implica:

- A liderança pelo exemplo, com gestores comprometidos e visivelmente envolvidos nas questões de saúde ocupacional e bem-estar;
- A comunicação interna transparente e bidirecional, que valorize a escuta ativa e o *feedback* dos trabalhadores;
- O reconhecimento do contributo da saúde e segurança do trabalho para a produtividade, a qualidade e a imagem institucional;
- O incentivo à aprendizagem organizacional através de práticas de avaliação, de disseminação de boas práticas e de *benchmarking*.

Esta cultura deve, além disso, estar alinhada com os **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável** (ODS) da Agenda 2030 das Nações Unidas, particularmente o **ODS 3** (Saúde e Bem-Estar), o **ODS 8** (Trabalho Digno e Crescimento Económico) e o **ODS 12** (Produção e Consumo Sustentáveis).

Atualmente, existe um conjunto crescente de oportunidades para a SST, nomeadamente:

- O enquadramento proporcionado pela Estratégia Global da OIT para a Saúde e Segurança Ocupacionais (2024-2030) e pela Estratégia Europeia para a Saúde e Segurança do Trabalho (2021-2027);
- A digitalização e a Indústria 5.0, que permitem o desenvolvimento de tecnologias inteligentes e centradas no ser humano, facilitando a personalização das condições de trabalho e a recolha de dados em tempo real, relevantes para a ergonomia e a consequente adaptação do trabalho ao Homem;
- A valorização crescente da saúde mental e do bem-estar psicossocial como indicadores de sustentabilidade organizacional;
- A emergência de modelos híbridos de trabalho, que exigem novos desafios e novas formas de análise ergonómica e de promoção da saúde nos contextos remotos e híbridos.

A integração da Ergonomia e da Promoção da Saúde no Local de Trabalho na política de SST constitui hoje, não apenas uma necessidade ética e social, mas também uma condição estratégica de competitividade, de produtividade e de sustentabilidade.

Organizações que valorizam a saúde e o bem-estar dos seus trabalhadores demonstram melhores níveis de desempenho, maior resiliência face às crises e maior capacidade de inovação. A saúde e segurança do trabalho deve deixar de ser vista como um custo e assumir-se como

um investimento estruturante, com retorno mensurável em produtividade, qualidade e reputação institucional.

O futuro da SST — ou da Saúde Ocupacional — depende da capacidade de construir uma visão integrada e participativa, onde a promoção da saúde, a medicina do trabalho, a ergonomia e a higiene e segurança, entre outras, se complementem na prossecução de um mesmo objetivo: um trabalho digno, seguro, saudável e promotor de bem-estar para todos.

Assim, a saúde e o trabalho estão intrinsecamente interligados e as relações trabalho/saúde (doença) devem ser compreendidas numa perspetiva multifatorial, dinâmica e sistémica, que ultrapassa a tradicional dicotomia entre prevenção do risco e promoção da saúde.

De facto, as mudanças tecnológicas, organizacionais e sociais que caracterizam o mundo do trabalho contemporâneo exigem uma reformulação profunda das abordagens clássicas da Saúde e Segurança do Trabalho (SST), ampliando-as no sentido de integrarem a Promoção da Saúde no Local de Trabalho (PSLT) e a Ergonomia como componentes estruturantes de uma nova cultura de saúde e segurança do trabalho nas organizações/empresas.

Nesta linha de pensamento, é possível referir vários eixos fundamentais para a mudança:

- **Do paradigma preventivo ao paradigma promotor da saúde:**

O modelo tradicional da SST, essencialmente reativo e normativo, centrado na identificação e no controlo dos fatores de risco, revelou-se insuficiente para dar resposta aos desafios emergentes do trabalho contemporâneo.

A PSLT, sustentada nos princípios da Carta de Otava (OMS, 1986) e nas abordagens modernas da saúde pública, propõe um novo paradigma — proativo, integrador e participativo — que visa não apenas evitar a doença, mas também promover o bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores.

A integração desta perspetiva no contexto laboral exige políticas

e práticas que reconheçam que a saúde e segurança do trabalho não podem estar centradas apenas na prevenção dos riscos profissionais, exigindo-se também a promoção de fatores positivos de satisfação, de equilíbrio e de realização pessoal.

- **A Ergonomia como elo estruturante entre o trabalho e a saúde:**

A Ergonomia, pela sua natureza interdisciplinar e sistêmica, constitui o elo operativo entre o trabalho e a saúde, ao promover a adaptação das condições de trabalho às características, capacidades e limitações dos trabalhadores.

Ao analisar o trabalho real, em contraposição ao trabalho prescrito, a Ergonomia permite compreender as estratégias individuais e coletivas de regulação que os trabalhadores desenvolvem para atingir os objetivos produtivos, frequentemente preterindo a sua própria saúde e segurança. Assim, a Ergonomia assume-se como um instrumento de transformação do trabalho, contribuindo simultaneamente para a prevenção dos riscos profissionais, para a promoção da saúde, para o melhor desempenho organizacional e para a qualidade de vida no local de trabalho.

A abordagem participativa da Ergonomia constitui, por seu turno, uma das suas expressões mais avançadas, ao reconhecer o trabalhador como agente ativo da mudança e não apenas como destinatário das intervenções.

- **A necessidade de abordagens sistêmicas e integradoras:**

A complexidade crescente das organizações e das formas de trabalho impõe a adoção de abordagens sistêmicas, que considerem simultaneamente as dimensões e exigências do trabalho com as características físicas, cognitivas e psicossociais dos trabalhadores.

A articulação entre SST, Ergonomia e PSLT deve, portanto,

desenvolver-se de modo transdisciplinar e intersetorial, articulando saberes e práticas provenientes, entre outras, da Medicina do Trabalho, da Engenharia, da Psicologia, da Sociologia, da Gestão e das Ciências da Saúde Pública.

Só uma perspectiva integradora, centrada no ser humano e na realidade do trabalho, permitirá compreender e intervir eficazmente sobre a complexidade dos determinantes da saúde no trabalho, indo além da mera conformidade legal e atingindo a verdadeira sustentabilidade social e organizacional.

- **O papel estratégico das organizações e da cultura de saúde:**

A efetividade das ações de promoção da saúde no local de trabalho e da ergonomia depende, em grande medida, da maturidade organizacional e da cultura institucional em matéria de saúde, segurança e bem-estar.

As organizações que reconhecem a saúde como um valor estratégico tendem a apresentar melhores indicadores de desempenho, menor absentismo, maior retenção de talentos e maior produtividade sustentável.

A cultura de saúde de cada organização assenta, assim, na liderança comprometida, na participação dos trabalhadores, na comunicação eficaz e no alinhamento entre as políticas de saúde, de gestão de recursos humanos e de responsabilidade social corporativa.

Neste contexto, a integração da PSLT e da Ergonomia nas políticas de SST traduz uma vantagem competitiva e um imperativo ético: investir na saúde e no bem-estar dos trabalhadores é investir na própria sustentabilidade e na resiliência das organizações.

- **A importância da participação e da capacitação dos trabalhadores:**

A participação ativa dos trabalhadores é um dos pilares da promoção da saúde e da ergonomia. Os programas de intervenção participativa, sustentados na metodologia ergonômica, têm demonstrado ganhos substanciais em termos de adesão, eficácia e sustentabilidade das mudanças.

A participação gera “empoderamento”, aumenta a literacia em saúde e em segurança, melhora a percepção do risco e reforça a autonomia e a responsabilidade individual e coletiva.

Ao transformar o trabalhador em coprodutor das soluções, cria-se um ambiente de cocriação e corresponsabilidade, fundamental para a melhoria contínua das condições de trabalho e para a consolidação de uma cultura de saúde (e segurança).

- **Uma nova cultura de trabalho saudável e sustentável:**

O futuro da saúde e segurança do trabalho depende da capacidade de construir uma cultura de trabalho saudável e sustentável, onde a Ergonomia e a Promoção da Saúde no Local de Trabalho se integrem plenamente nas estratégias de gestão, nos processos de decisão e na vida quotidiana das organizações.

Esta nova cultura exige:

- Abordagens integradas e participativas, orientadas para a adaptação do trabalho ao ser humano e não o inverso;
- Políticas públicas e empresariais coerentes, que promovam o trabalho digno, a equidade, a inclusão e o bem-estar;
- Desenvolvimento de competências, literacia em saúde e participação nas intervenções da SST, em todos os níveis da organização;
- Avaliação contínua e baseada na evidência, com indicadores que traduzam o impacto real das ações sobre a saúde, a segurança, a produtividade e o clima organizacional.

Em síntese, a saúde dos trabalhadores deve ser entendida como um ativo estratégico e um bem coletivo, cuja preservação e promoção são responsabilidade partilhada entre indivíduos, organizações e sociedade. Só assim será possível garantir que o trabalho se converterá num determinante positivo da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida das populações.

4. Manutenção da capacidade de trabalho

O trabalho tem um papel social muito relevante e é desejável que, tendencialmente, os cidadãos, na sua vida ativa, não vejam a sua saúde influenciada negativamente pela sua atividade profissional e, pelo menos, mantenham intacta a sua capacidade de trabalho ao longo da vida. O ideal seria que a pudessem até melhorar no local de trabalho, no sentido de conservá-la posteriormente à vida ativa, fomentando, dessa forma, um maior leque de escolhas em função do seu bom estado de saúde.

Por maioria de razão, as intervenções da Saúde Ocupacional (ou da Saúde e Segurança do Trabalho se se preferir essa designação), incluindo as de natureza médica, devem valorizar esses aspetos, promovendo a compatibilidade entre a situação de saúde dos cidadãos e as exigências concretas do trabalho e, dessa forma, contribuindo para a maior harmonia possível desse binómio indivíduo/trabalho.

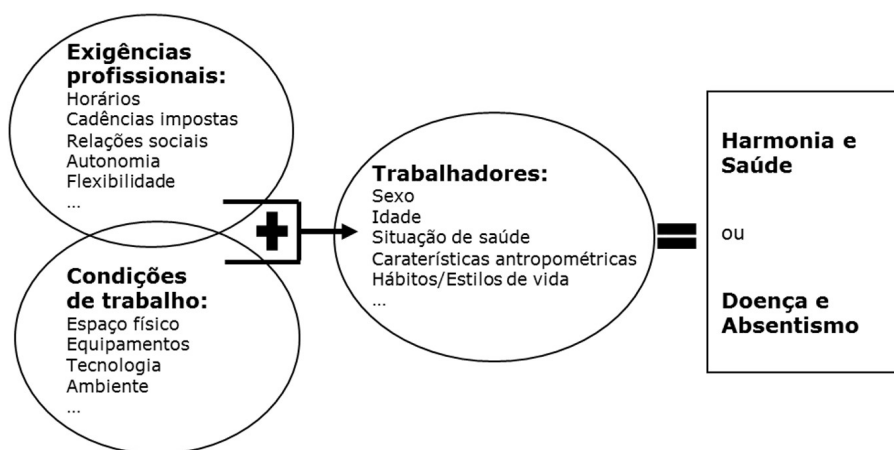
Acresce a circunstância de que, durante a vida profissional e mesmo após a cessação da vida ativa empregada, é desejável manter, se não mesmo promover, a maior capacidade física e mental possível, independentemente da sua utilização ocorrer, ou não, em contexto de trabalho. Dito de outro modo, deve também constituir preocupação da SST a manutenção da aptidão para o trabalho nas suas diversas dimensões da saúde que, por isso, deve acrescentar, para além da prevenção dos riscos profissionais e da promoção da saúde no local de trabalho, objetivos que contribuam para a manutenção da capacidade de trabalho dos trabalhadores.

Os objetivos de “*zero acidentes e zero doenças*”, frequentemente fixados em SST, deveriam, pois, ser substituídos por objetivos socialmente perspetivados pela positiva e que poderiam ser expressos, por exemplo, como “garantir que a saúde dos trabalhadores se mantém idêntica (ou melhor) durante toda a vida ativa”.

4.1. Trabalho vs. Trabalho Humano

As interações e as interdependências entre o trabalho e a saúde determinam a necessidade de investir na melhoria das condições de trabalho, de vigiar ativamente a saúde dos trabalhadores e de promover uma constante adaptação do trabalho às suas características, capacidades e limitações. Tal aspiração deve ser objeto de valorização social, pois trabalhadores saudáveis serão, por certo, mais motivados e alcançarão níveis superiores de produtividade nas respectivas áreas de laboração. Por outro lado, tal investimento originará cidadãos mais saudáveis e, dessa forma, também trará à sociedade menor sofrimento (e, igualmente, menos custos) relacionados com a saúde (**Figura 13**).

Figura 13. Relações entre o trabalho e os trabalhadores



Assim, apesar de ser fácil compreender que o trabalho deve ser concebido em função das pessoas, designadamente das pessoas concretas que vão realizar esse trabalho (atividade real de trabalho), na larga maioria dos casos o trabalho é concebido pelas organizações para um trabalhador considerado médio, jovem, saudável e em boas condições físicas, mentais e

sensoriais. Contudo, essas características não estão sempre presentes e, como cada vez é mais frequente, podem até ser a exceção.

Não é por acaso que perante as frequentes discrepâncias, facilmente identificadas entre as exigências do trabalho e as limitações dos trabalhadores, as organizações optam, quase sempre, pelo recurso a mecanismos de seleção de pessoas ou trabalhadores (como se o trabalho fosse imutável). Também não é por acaso que, nos momentos dessa seleção de trabalhadores, se preferem os jovens e em bom estado de saúde, sendo os trabalhadores com mais de 35 anos frequentemente relegados para segundo plano. Dito de outra forma, a realidade concreta do trabalho e dos trabalhadores é sistematicamente “singular” e dependente do contexto específico de cada momento.

Tal atuação, frequentemente apoiada pela Gestão de Recursos Humanos (que, muitas vezes, considera os trabalhadores como recursos, em vez de pessoas), leva à seleção daqueles que apresentam (ou detêm) as melhores e mais adequadas capacidades, relegando para segundo plano os que possam ter limitações, doenças ou alterações de saúde que, na perspetiva do empregador, possam diminuir os seus índices de desempenho ou de *performance*.

Assim, verifica-se como socialmente aceite a seleção dos trabalhadores realizada de acordo com as capacidades físicas, mentais e sensoriais necessárias/exigidas para a execução da atividade, idealmente para todo e qualquer tipo de trabalho e em quaisquer condições de trabalho. Mais ainda, aceita-se como adequado que critérios como a idade determinem, pelo menos parcialmente, a maior ou menor probabilidade de ocorrência de eventuais “desvios” a essa “normalidade”.

Os mecanismos de seleção de pessoas são conhecidos desde a antiguidade, tendo tido um substancial incremento com Taylor, como já foi referido. As linhas de montagem deram origem à decomposição ou parcelização do trabalho em ações técnicas elementares com exigências específicas. Tal obrigou à seleção do trabalhador em face de exigências profissionais, como a sua força ou a sua capacidade física. Por exemplo, em determinadas profissões,

cuja atividade implicava o uso da força com os membros superiores, a seleção dos trabalhadores foi efetuada a partir da dimensão do perímetro bicipital. Taylor também estimulou o treino do gesto motor e o seu aperfeiçoamento, de forma a aumentar o ritmo, a qualidade da ação técnica e a produtividade. Esses mecanismos são alguns dos princípios da Gestão Científica de Taylor que, como anteriormente se referiu, foram implementados há mais de uma centena de anos e, no essencial, reduziram o papel (e o valor) do trabalhador, tendencialmente, ao de um autómato, senão mesmo a uma extensão “imperfeita” da máquina.

A realidade e a atuação contemporânea da sociedade (ainda parcialmente assentes no referido modelo Taylorista), a redução da taxa de natalidade, o prolongamento da vida ativa e as restantes alterações demográficas deram origem a alterações da pirâmide demográfica, invertendo-a e colocando desafios profissionais até agora dificilmente imagináveis.

A diminuição crescente do número de jovens e o aumento de trabalhadores com mais de 50 anos estão a transformar o mundo laboral, exigindo alterações no trabalho e nas condições em que é executado. Se nada for feito, e perante a passividade e a laxidão das organizações e da sociedade, poderá verificar-se, em poucos anos, um aumento potencial da patologia de origem profissional, ainda que com um perfil diferente do tradicional.

Por outro lado, a obrigatoriedade de trabalhar até uma idade avançada – atualmente bem acima dos 66 anos e com tendência crescente, refletida no cálculo da idade da reforma assente na esperança de vida – e os fortes desincentivos ao abandono precoce da vida ativa, fundamentalmente através de mecanismos penalizadores de natureza pecuniária, obrigam os trabalhadores a permanecer no mundo do trabalho cada vez até mais tarde, o que pode determinar resultados negativos, entre outros, na produtividade e na qualidade de vida no trabalho. Se as empresas não acompanharem as alterações das características dos trabalhadores mais velhos, adaptando o trabalho às suas limitações, o trabalho humano tenderá, ironicamente, a tornar-se cada vez mais desumano.

Assim, é fundamental reconhecer que, por exemplo, a manutenção da integridade da saúde musculoesquelética de um enfermeiro pode ser assegurada através da melhoria das suas condições de trabalho, designadamente com a introdução e a utilização de suportes mecânicos e ajudas técnicas na mobilização de doentes. Tal contribuirá para o manter ativo e produtivo até à idade da reforma (ou ainda até mais tarde) e, dessa forma, a sua produtividade será mantida e a sua saúde não sofrerá alterações decorrentes da sua prática profissional. Isso, por certo, e adicionalmente, determinará uma redução do absentismo-doença entre esses profissionais de saúde.

Manter a “capacidade de trabalho” ao longo da vida exige, obviamente, que as condições de trabalho acompanhem as normais e esperadas alterações fisiológicas decorrentes do aumento da idade (envelhecimento). “Conceber o trabalho” terá, pois, de ser sinónimo de “conceber o trabalho humano”. Com a idade perdem-se algumas capacidades (e ganham-se outras), entre as quais se destacam as cardiorrespiratórias, musculoesqueléticas, visuais e auditivas. Raramente, senão nunca, a conceção do trabalho tem em consideração tais factos e limitações.

Por outro lado, com a idade ganham-se outras faculdades e capacidades, atribuindo-se grande destaque e importância às que se relacionam com a experiência profissional, a sensatez e o discernimento de atuação.

Também a variabilidade inter e intraindividual é, quase sempre, desvalorizada por quem concebe o trabalho, talvez porque o trabalho não é devidamente valorizado pela sociedade. Conceber o trabalho de forma a adaptá-lo a um grande número de pessoas, e mesmo apenas a uma só pessoa ao longo da sua vida ativa, é “mais trabalhoso” e, em particular, mais dispendioso para o empregador (ainda que para a sociedade o resultado possa ser exatamente o oposto).

Assim, partindo da premissa que o tempo de trabalho representa mais de um terço do tempo de vida, a aposta da sociedade deveria ter como ponto de partida a prevenção da doença e a promoção da saúde no local de trabalho (Lutz et al., 2019), utilizando o conhecimento existente, entre outras, nas

áreas científicas da Saúde Ocupacional ou da Saúde e Segurança do Trabalho e também da Ergonomia, em particular, na sua desejável intervenção na concepção dos postos de trabalho.

Esse(s) momento(s), preferencialmente apoiado(s) em abordagens participativas, é(são) substantivamente menos oneroso(s) e apresenta(m) maior probabilidade de sucesso na adaptação do trabalho, das condições de trabalho e das condições de execução, nomeadamente do posto de trabalho e dos equipamentos, no sentido de harmonizar as suas exigências com as características dos trabalhadores que aí vão desempenhar a sua profissão (OSHA, 2008).

O trabalho deverá, portanto, ser concebido para todos os trabalhadores, de diferentes idades, portadores ou não de doença ou incapacidade, devendo ter em consideração os trabalhadores concretos que laborarão em contextos de trabalho igualmente concretos. A harmonia entre o trabalho e os trabalhadores (**Figura 14**) inicia-se com a adaptação das condições de trabalho, considerando a atividade real de trabalho que o indivíduo vai desenvolver. Tal requer que o trabalhador tenha a saúde e as capacidades necessárias para a realização dessa atividade concreta (aptidão para o trabalho) e, nesse contexto, impõe-se, desde logo, uma avaliação periódica do seu estado de saúde.

Figura 14. Harmonia entre trabalho e trabalhadores



4.2. Aspetos decisivos sobre a aptidão para o trabalho

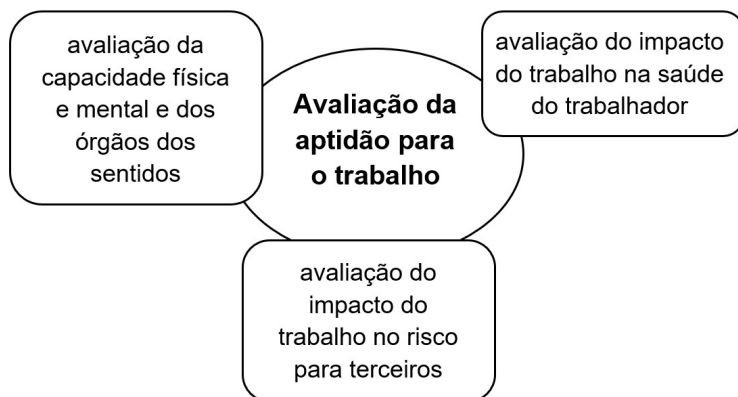
A aptidão para o trabalho é um conceito frequentemente mal compreendido, que tem sempre uma componente temporal, uma vez que a situação de saúde não é “estática” e que, em essência, representa a capacidade de um trabalhador desempenhar “trabalho” num “determinado intervalo de tempo” (Uva, 2016).

A avaliação incide, fundamentalmente, sobre a adaptação da situação de saúde individual à situação de trabalho (na língua inglesa *fitness*). Importa referir que tal não colide com a necessária (e esperada) perspetiva de adaptação do trabalho ao trabalhador (na língua inglesa “*fitting the job to the worker*”), no contexto da Saúde e Segurança do Trabalho, muito conseguido com o contributo da Ergonomia (e de outras disciplinas), na perspetiva mais centrada no produtor do que no produto.

Os três grandes objetivos da avaliação da aptidão para o trabalho (Palmer; Brown, 2013) são (**Figura 15**):

- a avaliação da capacidade física e mental e dos órgãos dos sentidos para a atividade de trabalho;
- a avaliação do impacto do trabalho na saúde do trabalhador;
- a avaliação do impacto do trabalho no risco para o próprio e para terceiros (o trabalhador, os outros trabalhadores e os riscos para a Saúde Pública).

Figura 15. Avaliação da aptidão para o trabalho (adaptado de Palmer; Brown, 2013)



A decisão da aptidão para o trabalho é uma competência exclusiva do médico do trabalho (Uva; Graça, 2004). Todavia, é baseada (i) no conhecimento da situação de saúde, onde intervêm muitos outros profissionais e técnicos que realizam a avaliação da capacidade de trabalho do indivíduo, e também (ii) nas exigências do trabalho concreto realizado pelo trabalhador, bem como nas condições de trabalho (específicas) em que o exerce. Tal pressupõe, no contexto da Medicina do Trabalho, que o trabalho não seja considerado imutável e que a necessária intervenção para a compatibilização entre a saúde e as capacidades de cada trabalhador com o seu trabalho seja complementada pela intervenção de outros técnicos e profissionais, preferencialmente através de abordagens de natureza multidisciplinar, senão mesmo inter ou transdisciplinar.

Essa abordagem aumenta a responsabilidade do médico do trabalho sobre a decisão da aptidão para o trabalho, uma vez que se trata de uma função indelegável e que constitui o corolário de qualquer exame de saúde em Medicina do Trabalho. Tal, de resto, determina, pelo menos parcialmente, a especificidade da respetiva especialização médica.

Um primeiro aspeto a destacar, por ser frequentemente mal interpretado, é o facto de a aptidão para o trabalho dever ser sempre fundamentada no impacto

que a doença possa determinar, em termos de capacidade para o trabalho, nas situações concretas em que é exercido, em oposição às abordagens “simplistas” baseadas em (in)compatibilidades entre doenças e funções profissionais e às vezes, pior ainda, em determinadas profissões. Não é raro existirem (e serem aplicadas) grelhas de inaptidão para determinadas atividades ou profissões, frequentemente baseadas em doenças e, menos frequentemente, em situações de saúde condicionadas por doenças, que são consideradas contraindicadas e se consubstanciam numa prática muito discutível e até eticamente reprovável.

O que realmente determina a capacidade de trabalho é, de facto, a situação de saúde que uma determinada doença delimita, e não a doença em si mesma, já que essas abordagens não têm em conta as situações concretas de trabalho e, menos ainda, as exigências que a atividade real possa determinar. Também não têm em conta, por exemplo, o estadiamento da doença ou a resposta terapêutica, que podem ser decisivos no contexto da deliberação da (in)aptidão para o trabalho.

Com efeito, os aspetos relativos à forma como uma doença se expressa na capacidade de trabalho devem constituir a base da deliberação sobre a aptidão para o trabalho, enquanto a capacidade de trabalho, naturalmente, depende das exigências específicas do trabalho em causa, podendo existir total compatibilidade entre estas e a capacidade restante do trabalhador (Sacadura-Leite; Sousa-Uva, 2016). Não é, portanto, a profissão nem o setor profissional que devem ser decisivos, mas sim a atividade concreta realizada pelo trabalhador e as condições reais em que decorre.

Recorda-se, há cerca de trinta anos, uma conversa com um colega médico do trabalho francês que referia, com imensa sabedoria, que “quando um médico do trabalho faz um exame clínico a uma qualquer pessoa e não identifica um quadro nosológico, é porque o exame médico foi mal feito”. Evidentemente, tratava-se de uma formulação caricatural, mas ilustrava de forma clara a importância da compatibilidade entre as exigências concretas do trabalho e a capacidade (restante) de trabalho. Esse é, de facto, o cerne

da aptidão para o trabalho, pois (quase) ninguém tem um “capital” de saúde completo. O que importa avaliar é a “compatibilidade” entre a capacidade de trabalho (restante) e as exigências concretas de trabalho.

O que se avalia para deliberar sobre a aptidão para o trabalho de um trabalhador é um conjunto de informação (**Quadro 5**), essencialmente clínica, que inclui a apreciação de diversas capacidades, do estado de saúde e de muitos outros aspetos que permitam (ou possam permitir) esse tipo de “peritagem”.

Quadro 5. Aptidão para o trabalho, o que se avalia? (adaptado de Palmer; Brown, 2013)

-
- doenças naturais; ...
- mobilidade; aparelho locomotor; posturas; capacidade manual; coordenação; ...
- limitações respiratórias;
- estado de consciência;
- órgãos sensoriais;
- capacidades de comunicação,
- capacidades mentais;
- motivação;
- efeitos colaterais e terapêuticas;
- necessidades especiais;
- perfil evolutivo de portadores de patologias;
-

Genericamente, pelo menos cerca de uma em cada cinco pessoas em idade ativa é portadora de incapacidade (“*disabilty*”) e, dessas, cerca de metade está inativa (Smith; Twomet, 2002). Em Portugal seriam cerca de meio milhão de trabalhadores (correspondendo a cerca de 10% da população ativa civil empregada), o que ilustra, de forma exemplar, a necessidade da avaliação sistemática entre as exigências do trabalho e a capacidade de trabalho (restante) do trabalhador, dado que esta depende, naturalmente, dessas mesmas exigências.

Claro que em situações extremas, mas em número reduzido em relação ao universo de situações em avaliação, a aptidão para o trabalho pode ser condicionada pela doença concreta do trabalhador em relação ao trabalho

que desempenha. Basta ilustrar essa situação com o exemplo da (in)aptidão para o trabalho de um trabalhador com amaurose bilateral (“perda da visão”) para uma atividade com elevadas e insubstituíveis exigências visuais. Tais casos estão, contudo, longe de constituírem a maioria das situações clínicas avaliadas pela Medicina do Trabalho.

A avaliação da capacidade para o trabalho (física, mental, sensorial, social, entre outras), necessária para o desempenho de uma determinada atividade (onde existem, igualmente, exigências concretas a esses níveis), é que deve ser decisiva na deliberação médica da aptidão ou na sua limitação ou impedimento. A aptidão pode até ser condicionada a determinados componentes da atividade ou a elementos de avaliação clínica do estado de saúde que uma determinada doença possa condicionar. Por outras palavras, pode ser atribuída ao trabalhador uma aptidão condicionada que lhe permita realizar partes da sua atividade de trabalho e limitar outras que lhe possam colocar em risco a sua saúde (ou até agravá-la).

Importa, efetivamente, considerar que a própria atividade pode constituir um fator agravante da doença (ou da sua evolução), o que pode justificar, por exemplo, uma avaliação da aptidão para o trabalho com uma menor periodicidade em relação aos intervalos legais de reavaliação, definidos quase exclusivamente com base na idade. Dito de outra forma, devem também ser ponderados os potenciais efeitos negativos que as condições de trabalho possam determinar. É, por exemplo, sabido que, na asma profissional, o atraso no afastamento do agente etiológico (alergénio ou não), isto é, manter o trabalhador exposto ao fator de risco, tem repercussões na história natural da doença, geralmente agravando-a (Sousa-Uva, 2000).

Na decisão sobre a aptidão para o trabalho devem ainda ser valorizados os aspetos associados à suscetibilidade aumentada (ou hipervulnerabilidade) que algumas características biológicas possam determinar face a exposições profissionais específicas, como sucede nos casos paradigmáticos da alergia profissional, ou certos défices enzimáticos em Toxicologia do Trabalho.

A aptidão para o trabalho não deve ter qualquer “dosagem” ou “hierarquização”: “o trabalhador está apto, condicionado ou não, ou o trabalhador está inapto, temporariamente ou definitivamente. Efetivamente, na avaliação da capacidade de trabalho ou na emissão da aptidão para o trabalho, o trabalhador nunca está “muito” ou “pouco” apto (nem qualquer outra escala intermédia imaginável).

É ainda fundamental considerar os aspetos relativos ao “risco direto” e ao “risco para terceiros”, que poderão, em certos casos, determinar riscos para a Saúde Pública. Tome-se, a título de exemplo, o caso do piloto de linha aérea comercial (e de outros trabalhadores do setor dos Transportes, como o transporte de crianças em idade escolar), cuja aptidão para o trabalho implica a necessidade de integrar fatores seguramente mais amplos e complexos do que os circunscritos a uma perspetiva de aptidão para o trabalho, vista exclusivamente no seio de uma organização. A infeção profissional por SARS-CoV-2 na recente situação pandémica constitui também outro bom exemplo no contexto da interface entre a Medicina do Trabalho e a Saúde Pública.

4.3. Avaliação da aptidão para o trabalho

A aptidão para o trabalho não é, em caso algum, uma aptidão para todo e qualquer trabalho, nem uma aptidão para ser trabalhador de uma determinada empresa, independentemente do trabalho concreto a realizar. É frequente entender-se a aptidão para o trabalho como critério determinante de admissão numa empresa, o que é totalmente incorreto.

Trata-se, na realidade, de uma deliberação sobre a capacidade de trabalho, num determinado contexto temporal, para uma atividade de trabalho concreta, nas condições igualmente concretas em que é realizada na organização em que se insere. Deverá por isso ser determinada em relação a uma função específica, tendo em consideração o que faz, onde se faz e em

que condições (ou condicionantes) se faz, não devendo ser confundida com uma (in)capacidade para todo o trabalho realizado na empresa. Esse erro de interpretação é frequente em muitos (ou mesmo na maioria dos) contextos organizacionais.

Como se sabe, a situação de saúde do indivíduo, ou trabalhador, não é “estática”, modifica-se ao longo da vida, o que determina que a avaliação da sua saúde se deva realizar, não apenas no início da atividade, mas ao longo da vida ativa do trabalhador, sempre numa perspectiva comparativa relativamente às exigências do trabalho. Também as condições (ou condicionantes) do trabalho mudam com frequência, sendo necessária a avaliação continuada da harmonia entre a situação de saúde (que se vai modificando) e a atividade concreta de trabalho (que igualmente se altera). Só dessa forma é possível, a cada momento, deliberar sobre a aptidão para o trabalho.

Claro que, entre outras, as situações de incapacidade temporária absoluta (ITA), por doença ou por acidente, devem também constituir momentos de (re)avaliação da compatibilidade entre a situação de saúde e as exigências do trabalho. Sempre que se verifique a ocorrência de importantes alterações da saúde dos trabalhadores ou das condições em que exercem a sua atividade profissional ao longo da vida ativa (por exemplo, na sequência de um acidente de trabalho ou de qualquer doença), deve proceder-se à avaliação da aptidão para o trabalho daquele trabalhador concreto. Mesmo que tal avaliação não resulte em qualquer tipo de incapacidade, deve ser um motivo de aferição da harmonia entre a capacidade de trabalho e o que é exigido ao trabalhador no seu local de trabalho.

Importa ainda considerar que os efeitos associados a determinadas terapêuticas realizadas ao longo da vida ativa (no contexto de doenças naturais), podem também interferir na capacidade física ou mental, ou até na vigília, sendo potenciais elementos de influência transitória sobre a capacidade de trabalho, que devem dar origem a situações, também transitórias, de mais frequente vigilância da aptidão para o trabalho. Algumas medicações com potenciais

efeitos psicotrópicos ou de narcose, por exemplo, podem afetar os processos mentais, alterar os níveis de percepção, as emoções e/ou os comportamentos e contraindicar o desempenho de atividades em que essas funções sejam essenciais para o efetivo desempenho profissional e, conseqüentemente, para a saúde e segurança dos trabalhadores e até de terceiros.

A avaliação não se limita, portanto, à capacidade física, envolve muitas outras funções que não se circunscrevem apenas aos órgãos dos sentidos. Em Saúde e Segurança do Trabalho, os resultados das avaliações da saúde dos trabalhadores, das condições de trabalho e da atividade de trabalho devem conduzir à implementação de programas de prevenção (de natureza individual, ambiental ou da sua interação) que, ao longo da vida profissional, mantenham e, se possível, promovam a capacidade de trabalho dos trabalhadores – a qual deve igualmente ser avaliada periodicamente.

4.4. Investir na manutenção da capacidade de trabalho

Existem diversos modelos que visam uma melhor compreensão da manutenção da capacidade para o trabalho. Um desses modelos (Tuomi et al., 2001) integra quatro áreas essenciais de intervenção (**Figura 16**):

- i. a melhoria das condições de trabalho;
- ii. a melhoria da organização e do ambiente psicossocial de trabalho;
- iii. a promoção da saúde e dos recursos individuais;
- iv. o desenvolvimento das competências profissionais.

Figura 16. Manutenção da capacidade de trabalho (adaptado de Tuomi et al., 2001)



Note-se que, com exceção do “desenvolvimento das competências profissionais”, as outras três áreas exigem, parcial ou totalmente, a consideração de aspetos anteriormente referidos, que podem influenciar a manutenção da capacidade de trabalho e a consequente aptidão para o trabalho. Esta abordagem deve ser compreendida numa perspetiva muito mais ampla do que a tradicionalmente limitada à Medicina do Trabalho ou à Saúde Ocupacional na sua aceção ampla, que delimita o que hoje se denomina Saúde, Higiene e Segurança dos Trabalhadores nos Locais de Trabalho - SHSTLT (ou de forma mais frequente, apenas SST).

A aptidão para o trabalho constitui, portanto, um elemento determinante para a manutenção da capacidade de trabalho. Em conjunto, ou de forma interpenetrada, com a prevenção dos riscos profissionais e a promoção da saúde no local de trabalho, representa o core das condições essenciais para que um trabalhador possa concluir a sua vida ativa, não apenas sem doenças profissionais ou acidentes de trabalho, mas também apto e motivado para se manter ativo num ciclo de vida sem incapacidades, mesmo após a cessação da vida profissional. Esta abordagem deve incluir, igualmente, a vigilância e o controlo clínico das doenças naturais.

A vigilância da saúde dos trabalhadores determina a aptidão para o trabalho ao longo da vida profissional de cada trabalhador e contribui decisivamente para o exigido permanente ajuste das condições de trabalho à situação de saúde desse trabalhador. Aspectos mais complexos, como a necessidade de recorrer a recolocações ou a reconversões profissionais, poderão ser necessários para a manutenção de uma vida ativa profissional o mais longa possível e com a máxima qualidade de vida.

Exige-se, assim, uma maior valorização social e individual dos aspetos relativos à saúde (perspetiva salutogénica), em detrimento da atenção exclusiva à doença (perspetiva patogénica), assim como o empenho e envolvimento ativo dos trabalhadores, uma vez que não há ninguém mais interessado na sua saúde do que o próprio. Dito de outra forma, a manutenção da capacidade de trabalho e a promoção da saúde dos trabalhadores não são assuntos exclusivos dos prestadores de serviços de SST, constituem responsabilidades dos trabalhadores e das organizações em que se inserem. Os profissionais de saúde e outros técnicos, por exemplo, da Segurança do Trabalho, devem colocar o seu conhecimento ao serviço das organizações e dos trabalhadores, no sentido de apoiar e perseguir tais objetivos. Nesse contexto, também as organizações que representam os trabalhadores, em particular os sindicatos, têm responsabilidades, para além das inseridas em contexto negocial.

Perante o exposto, é urgente aprofundar iniciativas destinadas a aumentar a literacia em saúde (e de uma forma muito vinculada aos aspetos laborais) de todos os trabalhadores, com especial ênfase nas interações e interdependências entre saúde, atividade de trabalho e condições de trabalho. Espera-se, desse modo, que a saúde (e a segurança) d(n)o trabalho se tornem assuntos prioritariamente dos trabalhadores, e não apenas dos técnicos que intervêm nesse domínio, nomeadamente os médicos do trabalho e os técnicos de segurança.

Só dessa forma será possível garantir trabalhadores saudáveis e seguros em locais de trabalho igualmente saudáveis e seguros (Uva, 2011).

É fundamental acrescentar anos sem incapacidade à vida e uma vida mais saudável aos anos vividos, para que existam trabalhadores e cidadãos saudáveis, também após cessarem a sua vida ativa empregada.

O que se pretende é que, a cada momento, o trabalhador mantenha a sua saúde e a sua “empregabilidade” o mais incólume possível, o que exige muito mais do que não sofrer acidentes de trabalho e/ou doenças profissionais.

Adicionalmente, note-se que é preferível a designação de “reforma” a “aposentação”. Trata-se efetivamente de uma “nova forma” que, claro, pressupõe que reste capacidade para viver com saúde, o que, desde logo, é determinado pela manutenção da maior capacidade (também de trabalho) possível ao longo da vida.

Por fim, torna-se necessária uma mudança do paradigma atual da SST e a reformulação dos modelos conceptuais desta área, de modo a alcançar níveis mais elevados do que a “simples” prevenção dos riscos profissionais, tradicionalmente considerada a intervenção central da SST. Só assim, será possível “ganhar a vida a trabalhar” (Sousa-Uva; Serranheira, 2019). “O trabalho dá saúde”, contrariamente à visão mais frequente e associada à penosidade do trabalho: “trabalharás com o suor do teu rosto”.

A saúde e o trabalho não podem, portanto, continuar a ser vistos na perspetiva dicotómica: “trabalho ou saúde”. Exige-se, conseqüentemente, “trabalho com saúde” ou mesmo, como a expressão popular refere, que “o trabalho dê saúde”.

Bibliografia

- ACT. Autoridade para as Condições de Trabalho. 2008. Estratégia Nacional para a segurança e Saúde no Trabalho 2008-2012, Lisboa, ACT.
- ACT. Autoridade para as Condições de Trabalho. 2016. Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho em 2016: Relatório de atividades apresentado à Assembleia da República. Lisboa: ACT.
- BJELLE, A., HAGBERG, M. & MICHAELSSON, G. 1979. Clinical and ergonomic factors in prolonged shoulder pain among industrial workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 5:3, 205-210.
- BÖRSCH-SUPAN, A. 2005. Health, ageing and retirement in Europe: first results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. A. Brugiavini, H. Jürges, J. Mackenbach, J. Siegrist, & G. Weber (Eds.). Mannheim, Germany: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- BUSS, P. M. 2000. Health promotion and quality of life. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 163-177.
- CARAYON, P. 2006. Human factors of complex sociotechnical systems. *Applied Ergonomics*, 37, 525-535.
- CARAYON, P. & SMITH, M. J. 2000. Work organization and ergonomics. *Applied Ergonomics*, 31, 649-662.
- CARDÁS, T. 2017. Article na international comparison of the cost of the Work-Related accidents and illnesses, The European Agency for Safety and Health at Work. Spain. Available on <https://coilink.org/20.500.12592/b1mm99> (05 Nov 2024).

- CARRILHO, J. M. & PEREIRA, O. G. 1987. Manual prático de recuperação do alcoolismo e uso de drogas: Modelo Minnesota.
- CARRILHO, J. M. 1991. Novos avanços na reabilitação da dependência química: Álcool e droga.
- CARRILHO, J. 2002. Programas de assistência a empregados: Álcool e outras drogas em meio laboral. Anais do Clube Militar Naval, 325-356.
- CCE. 2002. Comissão das comunidades europeias — Comunicação da Comissão: adaptação às transformações do trabalho e da sociedade: uma nova estratégia comunitária de saúde e segurança 2002-2006. Bruxelas : 11 de março de 2002. (COM 118 final).
- CCE. 2008. Commission of the European Communities. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013.
- CE. Comissão Europeia. 2007. Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a UE (2008-2013). In: EUROPEIA, C. (ed.). Bruxelas: Comissão Europeia.
- CE. Comissão Europeia. 2011. EU Platform on Diet, Physical Activity and Health, 2011 Annual Report, European Commission, Brussels.
- CE. Comissão Europeia. 2014. Comunicação da comissão ao parlamento europeu, ao conselho, ao comité económico e social europeu e ao comité das regiões relativa a um quadro estratégico da UE para a saúde e segurança no trabalho 2014-2020 (COM 332). Bruxelas: Comissão Europeia.
- CE. Comissão Europeia. 2011. Direção-Geral do Emprego, dos Assuntos Sociais e da Inclusão, Socio-economic costs of accidents at work and work-related ill health – final report.
- COLE, D. C., THEBERGE, N., DIXON, S. M., RIVILIS, I., NEUMANN, W. P. & WELLS, R. 2009. Reflecting on a program of participatory ergonomics interventions: a multiple case study. Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation, 34, 161-178.

- DAHLGREN, G., & WHITEHEAD, M. 1991. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for future studies.
- DEJOY DM. 1996. Theoretical models of health behavior and workplace self-protective behavior. *Journal of safety research*, 27:2, 61-72.
- DEJOURS, C. & BÈGUE, F. 2009. Suicide et travail: que faire? Presses universitaires de France.
- ELSLER, D. TAKALA J., & REMES, J. 2017. An international comparison of the cost of work-related accidents and illnesses. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). 1-8.
- EMERY, T., PASMORE, W., SHERWOOD, J. 1960 - Socio-technical systems. London: Tavistock.
- EU. 2007. Declaration on Health in all Policies. Conference “Health in all Policies, Rome, 2007.
- EU. 2015. 2016-2020 Occupational Safety and Health Policy Document. On the road to a safer and healthier culture at work (Decision of Council of Ministers No. 371, dated 18/5/2016.
- EU, EURO-LEX. 2021. Disponível em <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN-PT/TXT/?from=EN&uri=CELEX%3A52021DC0323>
- EU. OSHA. 2024a. Disponível em <https://osha.europa.eu/pt/safety-and-health-legislation/eu-strategic-framework-health-and-safety-work-2021-2027>
- EU. OSHA. 2024b. Disponível em <https://osha.europa.eu/pt/themes/good-osh-is-good-for-business>
- FARIA, M. 2009. A ergonomia em saúde ocupacional: limites e perspectivas, Lisboa, SO.
- FARIA, M. & UVA, A. 1988. Diagnóstico e prevenção das doenças profissionais: algumas reflexões. *Jornal das Ciências Médicas de Lisboa*, 152:9-10, 1-12.

- FIELDING, J. E. & PISERCHIA, P. V. 1989. Frequency of worksite health promotion activities. *American Journal of Public Health*, 79, 16-20.
- GRAÇA, L. 1999. *Promoção da Saúde no Local de Trabalho: a nova Saúde Ocupacional*, Lisboa, Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho.
- H.M. GOVERNMENT. 2012. Business boosting measures announced [Online]. London. Disponível em: <http://www.number10.gov.uk/news/business-boosting-measures-announced/>
- HAINES H, WILSON J, VINK P, KONINGSVELD E. 2002. Validating a framework for participatory ergonomics (the PEF). *Ergonomics*, 45:4, 309-27.
- HENDRICK, H. W. 1995. Future directions in macroergonomics. *Ergonomics*, 38, 1617-1624.
- HENDRICK, H. W. & KLEINER, B. M. 1999. Macroergonomics: An introduction to work system design.
- HOC, J. 1998. L'ergonomie cognitive. Actes du colloque «Recherche Ergonomie».
- HIGNETT, S., WILSON, J. R. & MORRIS, W. 2005. Finding ergonomic solutions-participatory approaches. *Occup Med (Lond)*, 55, 200-7.
- ILO. 1995. Programme on Safety and Health at Work and the Environment (SafeWork) [Online]. Geneva: International Labor Organization. Disponível em <http://www.ilo.org/safework/lang--en/index.htm>.
- ILO. 2004. Global Strategy on Occupational Safety and Health; Conclusions adopted by International Labour Conference at its 91st Session. Geneva: International Labour Office.
- ILO. 2007. Safe and healthy workplaces - Making decent work a reality. Geneva: International Labor Organization.

- ILO. 2012. Improving safety and health at work through a Decent Work agenda [Online]. Geneva: International Labor Organization. Disponível em: http://www.ilo.org/safework/projects/WCMS_149466/lang--en/index.htm.
- ILO 2019. A call for safer and healthier working environments. Geneva: International Labor Organization. Disponível em https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_protect/%40protrav/%40safework/documents/publication/wcms_903140.pdf.
- ILO. 2023. Global Strategy on Occupational Safety and Health 2024–30 and plan of action for its implementation. 349th Session, Geneva, 30 October–9 November 2023 Disponível em https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_protect/%40protrav/%40safework/documents/policy/wcms_897539.pdf.
- KLEINER, B. 2004. Macroergonomics as a large work-system transformation technology. Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries, 14, 99-115.
- KETOLA R, TOIVONEN R, HAKKANEN M, LUUKKONEN R, TAKALA EP, VIKARI-JUNTURA E, et al. 2002. Effects of ergonomic intervention in work with video display units. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 28:1, 18-24.
- KOGI, K. 2002. Work Improvement and Occupational Safety and Health Management Systems: Common features and research need. Industrial Health. 40, 121-133.
- LALONDE, M. 1974. Nouvelle perspective de la santé des Canadiens: un document de travail.
- LEPLAT, J. & CUNY, X. 2005. As Condições de Trabalho. Ergonomia: conceitos e métodos. Lisboa: Dinalivro, 143-157.

- LEVENSTEIN, C. 1989. Worksite health promotion. American Journal of Public Health, 79, 11-11.
- LOPES, M. D. S. V., SARAIVA, K. R. D. O., FERNANDES, A. F. C. & XIMENES, L. B. 2010. Análise do conceito de promoção da saúde; Analysis of the concept of health promotion; Análisis del concepto de promoción de la salud. Texto & contexto enferm, 19, 461-468.
- LOUREIRO, I. & MIRANDA, N. 2010. Promover a saúde: dos fundamentos à acção. Coimbra: Almedina.
- MONOD, H. & KAPITANIAK, B. 2003. Ergonomie, Elsevier Masson.
- MONTMOLLIN, M. 1995 - A Ergonomia. Sociedade e Organizações. Piaget.
- MORAY, N. 2000. Culture, politics and ergonomics. Ergonomics, 43, 858-868.
- NAGAMACHI, M. 1995. Requisites and practices of participatory ergonomics. International Journal of Industrial Ergonomics, 15, 371-377.
- MUMFORD, E. 1983. Successful systems design. New office technology: Human and organizational aspects, 68-87.
- OMS. 1973. Surveillance de l'environnement et de la santé en médecine du travail. Série de Rapports techniques. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMBREDANE, A. & FAVERGE, J.-M. 1955. L'analyse du travail, Presse Universitaire de France.
- OTTAWA, 1986. Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fe de Bogotá. Brasília, Ministério da Saúde/IEC. Ventilatório. RBE-Cad. Eng. Bioméd, 1, 5-29.
- PASMORE, W. A. 1988. Designing effective organizations: The sociotechnical systems perspective.

- PERES, F. RODRIGUES, K. M. & LACERDA, T. 2021. Literacia em saúde. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- PORTUGAL. IPQ. 2001. Norma Portuguesa: NP 4397 sobre sistemas de gestão da segurança e saúde do trabalho: especificações. Monte da Caparica: Instituto Português da Qualidade.
- PORTUGAL. IPQ. 2008. Norma Portuguesa: NP 4397 sobre sistemas de gestão da segurança e saúde do trabalho: requisitos. Monte da Caparica: Instituto Português da Qualidade.
- PORTUGAL. Resolução do Conselho de Ministros nº 59/2008 de 1 de abril. DR Série I. 64 , 1984-1995.
- PORTUGAL. Lei nº 98/2009 de 4 de setembro. Diário da República, 1.ª série — N.º 172 — 4 de setembro de 2009.
- PORTUGAL. Lei nº 102/2009 de 10 de Setembro. Diário da República, 1.ª série — N.º 176 — 10 de Setembro de 2009.
- PORTUGAL. DGS. 2010. Programa Nacional de Saúde Ocupacional - PNSOC. Circular Normativa nº 03/DSPPS/DCVAE DE 18 de Fevereiro de 2010. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- PORTUGAL. Lei nº45/2012 de 29 de agosto. Diário da República, 1.ª série — N.º 169 — 29 de agosto de 2012.
- PORTUGAL. DGS. 2013. Programa Nacional de Saúde Ocupacional - PNSOC 2013-2017. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- PORTUGAL. Lei nº3/2014 de 28 de janeiro. Diário da República, 1.ª série — N.º 19 — 28 de janeiro de 2014.
- PORTUGAL. Resolução do Conselho de Ministros nº77/2015. Estratégia nacional para a segurança e saúde no trabalho 2015 -2020 — «por um trabalho seguro, saudável e produtivo». Diário da República, 1.ª série — N.º 183 — 18 de setembro de 2015.

- PORTUGAL. DGS. 2018. Programa Nacional De Saúde Ocupacional (PNSOC) – Extensão 2018/2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- PORTUGAL. PORDATA. 2018. Acidentes de trabalho (disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Acidentes+de+trabalho+total+e+mortais-72>) consultado em 5 de dezembro de 2018.
- PROCHASKA JO, DICLEMENTE CC. 1982. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19:3, 276.
- PROCHASKA JO, NORCROSS JC, DICLEMENTE CC. 1995. *Changing for good*: Harper Paperbacks.
- RAMAZZINI, B. 1987. *Dissertacion acerca de las enfermedades de los trabajadores*. La Plata: Sociedade de Medicina del Trabajo de la Provincia de Buenos Aires.
- RAMAZZINI, B., FOURCROY, A.-F., KOUCHNER, B., ARCIER, A.-F. & ARCIER, H. 1990. *Des maladies du travail*, AleXitère.
- RAMAZZINI, B. 2016. *As doenças dos trabalhadores*. Tradução de Raimundo Estrêla. S. Paulo: Fundacentro, 4ª ed., 322 pp. ISBN 978-85-98117-82-9
- RASMUSSEN, J. 2000. Human factors in a dynamic information society: where are we heading? *Ergonomics*, 43, 869-879.
- RIVILIS I, VAN EERD D, CULLEN K, COLE DC, IRVIN E, TYSON J, et al. 2008. Effectiveness of participatory ergonomic interventions on health outcomes: a systematic review. *Applied Ergonomics*, 39:3, 342-58.
- RIZZO, A., PASQUINI, A., NUCCI, P. D. & BAGNARA, S. 2000. SHELFs: Managing critical issues through experience feedback. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing*, 10, 83-98.

- ROBERTSON, M. M. Year. Macroergonomics: A work system design perspective. In: Proceedings of the SELF-ACE 2001 Conference—Ergonomics for Changing Work, 2001. 67-77.
- SACADURA-LEITE, E. & SOUSA-UVA, A. (eds.) 2018. Manual de Saúde Ocupacional em Hospitais. Lisboa: Diário de Bordo.
- SANTOS, C. & SOUSA-UVA, A. 2009. Saúde e segurança do trabalho: notas historiográficas com futuro. Lisboa: Autoridade para as Condições do Trabalho - ACT.
- SCHILLING, R. 1989. Health protection and promotion at work. British Journal of Industrial Medicine, 46, 683-688.
- SERRANHEIRA, F., PRISTA, J., MONGE, J., SANTOS, C., EMA, E. & UVA, A. 2009. Uma perspectiva da ergonomia no contexto da saúde e segurança do trabalho (SST). Segurança, 189, 18-23.
- SERRANHEIRA, F., UVA, A. & SOUSA, P. 2010. Ergonomia hospitalar e segurança do doente: mais convergências que divergências. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol Temático, 58-73.
- SHIPLEY, P. 1990. Participation ideology and methodology in ergonomics practice. Evaluation of Human Work, Wilson JR, Corlett EN (eds), Taylor & Francis.
- SÍCOLI, J. L. & DO NASCIMENTO, P. R. 2003. Promoção de saúde: concepções, princípios e. Interface-Comunic, Saúde, Educ, 7, 101-22.
- SOUSA-UVA, A. 2022. A prevenção dos riscos profissionais não se esgota na prevenção dos acidentes de trabalho!. Revista “Segurança”. P 257 (Disponível em <https://revistaseguranca.pt/2022/06/02/revista-seguranca-no-257>).
- SOUSA-UVA, A. 2021. Saúde e Trabalho: há quem ache que evocar a prevenção das doenças profissionais as previne! E há tempo demais! Segurança 254. 13-16

- SOUSA-UVA, A., LOPES, F. & FERREIRA, L. 2001. Critérios de avaliação das lesões músculo-esqueléticas do membro superior relacionadas com o trabalho (LMEMSRT). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho. Cadernos avulso 03.
- SOUSA-UVA, A. & GRAÇA, L. 2004. Saúde e Segurança do Trabalho: glossário. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, 2004.
- SOUSA-UVA, A. 2006, 2010. Diagnóstico e Gestão do Risco em Saúde Ocupacional. Trabalho. Lisboa: ACT - Autoridade para as Condições de Trabalho.
- SOUSA-UVA, A. 2009. Salud y Seguridad del Trabajo en Portugal: apuntes diversos. Medicina y Seguridad Trabajo. 55: 214, 12-25 (ISSN 0465-546X).
- SOUSA-UVA, A. (ed.) 2011. Trabalhadores saudáveis e seguros em locais de trabalho saudáveis e seguros, Lisboa: Petrica Editores.
- SOUSA-UVA, A. 2013. O trabalho dá saúde, mas também mata. Safemed (disponível em <http://blog.safemed.pt/?s=O+trabalho+d%C3%A1+sa%C3%BAde+mas+tamb%C3%A9m+mata&submit=Go>), consultado em 15 de dezembro de 2025.
- SOUSA-UVA, A. 2015. Cultura de Saúde e Segurança do Trabalho ou cultura do “danger is my business”? Safemed (disponível em <http://blog.safemed.pt/?s=Cultura+de+Sa%C3%BAde+e+Seguran%C3%A7a+do+Trabalho+ou+cultura+do+%E2%80%9Cdanger+is+my+business&submit=Go>) consultado em 5 de dezembro de 2018.
- TERRIS, M. 1986. What is health promotion? J Public Health Policy, 7, 147.
- TERRIS, M. 1992. Concepts of health promotion: dualities in public health theory. Journal of Public Health Policy, 13:3, 267-276.

- TRIST, E., BAMFORTH, K. W. 1951. Some social and psychological consequences of the longwall method of coal-getting: An examination of the psychological situation and defences of a work group in relation to the social structure and technological content of the work system. *Human relations*, 4.1: 3-38.
- TRIST, E. 1981. *The evaluation of sociotechnical systems*, Toronto, Quality of Working Live Center.
- van EERD D, COLE D, IRVINE, MAHOOD Q, KEOWN K, THEBERGE N, et al. 2010. Process and implementation of participatory ergonomic interventions: a systematic review. *Ergonomics*, 53:10, 1153-66.
- VIIKARI-JUNTURA, E. R. 1997. The scientific basis for making guidelines and standards to prevent work-related musculoskeletal disorders. *Ergonomics*, 40, 1097-1117.
- VINCENT, C. 2003. Understanding and responding to adverse events. *New England Journal of Medicine*, 348, 1051-1056.
- WEISFORD, M. R. 1987. *Productive workplaces*. San Francisco: Jossey-Bass Inc., Publishers.
- WHO. 1999. *European center for environment and health — Guidelines on quality management in multidisciplinary occupational health services*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. World Health Organization.
- WHO. 2007. *Global Plan of Action on Workers' Health 2008 - 2017*. Genève: World Health Organization.
- WHO. 2009. *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences*. Genève: World Health Organization.
- WHO. 2010. *Adelaide Statement on Health in all Policies*. WHO, Government of South Australia, Adelaide.

- WHS. 2012. Work Health and Safety Act 2012—1.1.2013. South Australia. Legislation Revision and Publication.
- WILSON, J. R. 2000. Fundamentals of ergonomics in theory and practice. *Applied Ergonomics*, 31, 557-567.
- WISNER, A. 1997. Aspects psychologiques de l'anthropotechnologie. *Le travail humain*, 60:3, 229-254.
- URLINGS I, NUBOER I, DUL J. 1990. A method for changing the attitudes and behaviour of management and employees to stimulate the implementation of ergonomic improvements. *Ergonomics*, 33:5, 629-37.
- USA. 1991. National Coordinating Committee on worksite Health Promotion Health Promotion goes to work: programs with an impact. DIANE Publishing Company.
- ZADVINSKIS, INGA M., AND SUSAN L. SALSBUURY. 2010. Effects of a multifaceted minimal-lift environment for nursing staff: pilot results. *Western Journal of Nursing Research*, 32:1, 47-63.

Publicações Editora Rede UNIDA

Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-5462-293-6

