

A SAÚDE NO TRABALHO: COMPREENDER A PERSPECTIVA DO HOMEM NO TRABALHO

Carla Barros Duarte

Professora Auxiliar

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – UFP

cbarros@ufp.pt

Apesar das preocupações crescentes ao nível da saúde no trabalho transparece ainda a ideia de que, apesar de grande parte dos trabalhadores continuar exposta a riscos profissionais, a sua saúde é satisfatória já que não manifesta grandes patologias. De facto, a dificuldade em dar visibilidade às consequências do trabalho na saúde levou à necessidade de, no estudo da saúde no trabalho, integrar a perspectiva do homem no trabalho de modo a que, através da análise do discurso e da vivência no trabalho, sejam estudadas todas as dimensões que caracterizam as relações entre a saúde e o trabalho.

1. SAÚDE E TRABALHO: OS SILÊNCIOS DOS NÚMEROS OFICIAIS

A preocupação em melhorar o sistema de informação no domínio da saúde tem conduzido à criação de departamentos e organismos específicos que, centrados na análise da evolução do estado de saúde dos portugueses, têm realizado, com alguma periodicidade, estudos sobre “o ponto de situação” da saúde em Portugal.

Os dados apresentados no Relatório “Ganhos em Saúde em Portugal. Ponto de Situação” (Ministério da Saúde, 2002) e, mais recentemente no Relatório de Primavera de 2005 (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2005), revelaram que o estado de saúde dos portugueses tem vindo a melhorar reflectindo-se em melhorias concretas na saúde nomeadamente a redução da incidência de problemas de saúde (particularmente das doenças transmissíveis) e redução das taxas de mortalidade, em especial, as taxas de mortalidade infantil.

Esta análise sugere que nas preocupações de saúde pública, o papel dado ao impacto do contexto profissional na saúde dos cidadãos mantém-se modesto procurando-se, sobretudo, delimitar o estudo da saúde aos problemas manifestados ao nível individual, nomeadamente à doença objectivamente definida a partir do diagnóstico médico.

Na verdade, os problemas de saúde no trabalho estão tradicionalmente associados a um conjunto de patologias de origem profissional oficialmente reconhecidas como doenças profissionais. A lista das doenças profissionais em Portugal¹ (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2001) é assim limitada a um conjunto de patologias profissionais onde figuram as patologias causadas pelo contacto com agentes físicos, químicos e biológicos, como sejam as poeiras e outros produtos industriais, e também as doenças infecto-contagiosas e parasitárias; mas está ausente a referência aos factores relativos ao conteúdo e organização do trabalho, que propiciam o aparecimento de doenças músculo-esqueléticos ou de doenças de foro psíquico (doenças psicossociais). Desta forma, numerosos casos de problemas de saúde devido ao trabalho permanecem no silêncio dos números porque não são declarados, não são reconhecidos nem indemnizados (Thébaud-Mony, 1991).

Em Portugal, a evolução das doenças profissionais - oficialmente reconhecidas pelo Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais² (CNP RP) - aponta para um aumento gradual do número de pensionistas com incapacidade permanente³ (gráfico 1).

¹ Identificadas e caracterizadas pelo Dec. Reg. N.º 6/2001, de 5 de Maio.

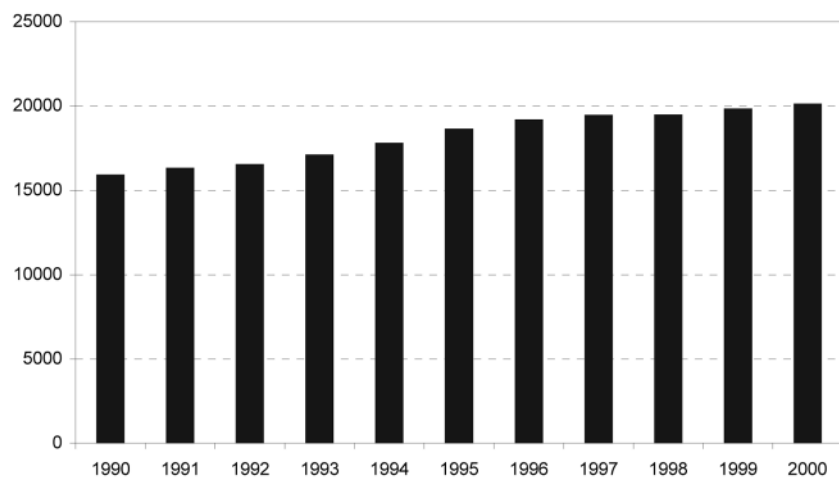


Gráfico 1: Evolução do número de pensionistas com incapacidade permanente com pensões iniciadas durante o ano ou em anos anteriores (1990-2000) **Fonte:** IIES (1999, 2003)

No conjunto das doenças profissionais as pneumatoses, na sua maioria silicoses e pneumoconioses, causadas por poeiras minerais e as doenças provocadas por agentes físicos, na maior parte dos casos surdez sonotraumática (hipoacusia por lesão coclear), causada pelo ruído são as doenças mais frequentemente reconhecidas e indemnizáveis (quadro1).

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000 ⁴
Intoxicações	184	199	207	219	226	242	253	260	266	274	282
Pneumatoses	10460	10460	10346	10354	10350	10316	10492	10459	10216	10040	9955
Dermatoses	975	1079	1239	1374	1485	1640	1768	1844	1926	2078	2203
Agentes físicos	3611	3797	3914	4255	4716	5309	5545	5757	5941	6314	6549
FGAT ⁵ (AT)	-	-	-	-	667	739	739	739	739	739	739
Outras ⁶	706	804	852	921	372	403	405	416	413	419	422
TOTAL	15936	16339	16558	17123	17816	18649	19202	19475	19501	19864	20150

Quadro 1: Evolução do número total de pensionistas com incapacidade permanente por tipo de doença profissional (1990-2000) **Fonte:** IIES (1999, 2003)

² O CNPRP, organismo do Ministério da Segurança Social e do Trabalho, é responsável pelo reconhecimento e indemnização das doenças profissionais. É a partir dos dados fornecidos por este organismo que o Instituto de Informática e Estatística da Solidariedade (IIES) trata e analisa os dados estatisticamente.

³ Os valores habitualmente utilizados referem-se às doenças profissionais que tendo sido reconhecidas resultaram numa incapacidade permanente. Contudo, os valores relativos às doenças profissionais sem incapacidade permanente são também elevados, correspondendo no ano de 2000 a cerca de metade dos novos casos reconhecidos mas sem incapacidade (CNPRP, 2003).

Os dados disponíveis reflectem claramente uma predominância das grandes patologias profissionais tradicionais que, não deixando de ser preocupantes, não realçam os outros problemas de saúde que perturbam a saúde e o bem-estar dos trabalhadores. Contudo, esta lacuna tem tido maior visibilidade a partir da análise dos problemas de saúde expressos no âmbito do inquérito europeu⁷: 60% dos trabalhadores consideram que o seu trabalho afecta a sua saúde e as suas queixas (gráfico 2) relacionam-se sobretudo com dores de costas (33%), stress (28%), fadiga generalizada (23%) e dores musculares no pescoço e ombros (23%).

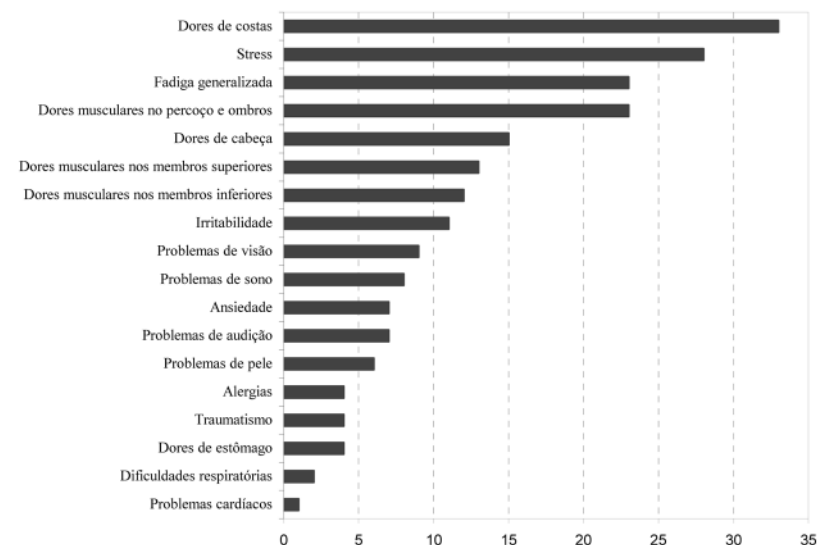


Gráfico 2: Problemas de saúde relacionados com o trabalho expressos pelos trabalhadores europeus em 2000 (em percentagem)

Fonte: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2001)

⁴ Os dados oficiais mais recentes correspondem ao ano de 2000, não estando ainda estatisticamente tratados os anos de 2001 e 2002.

⁵ FGAP (AT) – Fundo de Garantia e Actualização de Pensões por Acidente de Trabalho, em vias de ser substituído pelo Fundo de Acidentes de Trabalho (FAT).

⁶ Estando incluídas as outras doenças que fazem parte da Lista de Doenças Profissionais (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2001) mas com baixa expressão.

⁷ A partir dos dados provenientes do Terceiro Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho 2000 da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2001).

Além destes problemas mostrarem a persistência das exigências físicas do trabalho, os problemas de saúde de origem psicológica revelam as exigências psicossociais do trabalho, nomeadamente o próprio stress, mas mais especificamente as dores de cabeça (15%), a irritabilidade (11%) e a ansiedade (7%).

É assim flagrante o contraste entre, por um lado, a frequência dos problemas de saúde de ordem física como os problemas auditivos, as dificuldades respiratórias ou as alergias, susceptíveis de reconhecimento enquanto doença profissional, e, por outro lado, os problemas de ordem psicológica cujas relações com o trabalho permanecem geralmente silenciosas.

2. AS RELAÇÕES ENTRE SAÚDE E TRABALHO

As relações entre a saúde e o trabalho revestem-se de uma grande complexidade, “não são nem unívocas nem instantâneas” (Gollac e Volkoff, 2000, p.23) estabelecendo-se relações múltiplas e recíprocas.

De facto, as relações entre saúde e trabalho são raramente explicáveis numa base mono-causal. Uma determinada característica de trabalho pode ter várias consequências na saúde, assim como um determinado problema de saúde pode ter origem em diversas causas profissionais (e não profissionais). Além disso, o próprio estado de saúde influencia o trabalhador na realização da sua actividade profissional podendo mesmo originar outras consequências negativas e mesmo patogénicas na saúde (Volkoff, Touranchet, e Derriennic, 1995).

Por outro lado, os efeitos do trabalho na saúde são vividos de maneira diferente de indivíduo para indivíduo e podem surgir em diferentes momentos da vida activa (até mesmo no período de reforma) e a sua manifestação é o resultado da acumulação dos vários constrangimentos ao longo de uma vida de trabalho.

Esta complexidade e variabilidade reforçam o carácter multidimensional da saúde, intimamente relacionado com a existência pessoal de cada um, nas suas dimensões físicas, psicológica e social. Cada vez mais a saúde não se limita à “não doença” e, se é geralmente aceite que estar doente é o resultado de um dano concreto infligido à saúde, o medo, o desconforto, as dores, a fadiga, a ansiedade, as queixas, “os pequenos problemas”, são sinais preocupantes, que mesmo não sendo considerados patológicos, merecem a nossa atenção (Gollac e Volkoff, 2000), já que podem constituir sinais reveladores de sofrimento que poderão estar associados ao trabalho (Marquié, 1999).

Contudo, e apesar destes “pequenos problemas” considerados “infra-patológicos” ou não patológicos, indiciarem sofrimento e perturbarem o bem-estar (VISAT, 1994), os mesmos passam geralmente despercebidos no estudo das relações entre a saúde e o trabalho, permanecendo invisíveis no conjunto dos riscos profissionais socialmente aceites e reconhecidos.

De facto, se tradicionalmente as preocupações com a saúde no trabalho se desenvolveram a partir dos efeitos mais “espectaculares e escandalosos” das condições de trabalho, como os acidentes de trabalho e as doenças profissionais, nos últimos anos, os debates sociais e científicos têm vindo a sublinhar a importância de uma análise mais abrangente e integradora do conjunto dos “pequenos problemas”, correntemente associados à dimensão subjectiva da saúde (Dejours, 1995; Davezies, 1994; Thébaud-Mony, 1998; Vogel, 1999, 2001; Volkoff, 2002) mas que, na realidade, podem constituir indicadores de “alerta” (Volkoff e Thébaud-Mony, 2000).

Estudos mais recentes desenvolvidos no âmbito da epidemiologia e da demografia do trabalho (Cassou et al., 2001; Molinié e Volkoff, 2002; Derriennic, Touranchet, e Volkoff, 1996) têm contribuído para outro reconhecimento destas relações, realçando o impacto das condições de trabalho nas várias dimensões da saúde, permitindo, deste modo, abranger outros problemas e outras doenças provocadas pelas más condições de trabalho para além das doenças profissionais oficialmente reconhecidas.

3. COMPREENDER A SAÚDE NO TRABALHO É TAMBÉM COMPREENDER A PERSPECTIVA DO TRABALHADOR

Na verdade, e se os primeiros modelos de epidemiologia profissional de inspiração mais “positivista” se baseavam no estudo da relação directa e unívoca entre uma causa e uma patologia específica, os modelos mais recentes integram outros factores, nomeadamente as relações entre as características profissionais e as condições de trabalho, os factores extra-profissionais e as condições de vida (Laville, 1995), abarcando, igualmente, e deliberadamente, a perspectiva do trabalhador, as queixas e os problemas ditos “infra-patológicos” nas suas relações com o trabalho.

Neste sentido, o Inquérito SIT- Inquérito Saúde, Idade e Trabalho (SIT, 2001) – insere-se nesta nova abordagem da epidemiologia – centrada na perspectiva do trabalhador - através da análise de dimensões mais pessoais como a análise do percurso profissional, as dificuldades sentidas no trabalho, a percepção do estado de saúde, entre outras – que permitem uma abordagem mais integradora no estudo das relações entre saúde e trabalho.

DIFICULDADES SENTIDAS NO TRABALHO

A análise das principais dificuldades sentidas no trabalho abre efectivamente uma perspectiva diferente, evocando uma dimensão mais pessoal e vivida, centrada no sujeito.

De facto, os trabalhadores inquiridos⁸ relacionam as suas principais dificuldades (quadro 2) com o uso do seu corpo no trabalho (55.8%) e com um ambiente ruidoso (34%). Mas a presença de riscos (o sentimento de “correr riscos no trabalho”) é referida por 25.2% dos trabalhadores – o que não deixa de ser revelador de um sofrimento psíquico – que vários autores relacionam, aliás, nem tanto com as condições materiais de trabalho mas sobretudo com a organização do trabalho (Bidron, Derriennic, Dubre, Gasseau e Guiho-Bailly, 1996).

Principais dificuldades sentidas no trabalho ⁹	Sim	Não	Não aplicável
Fazer grandes esforços físicos, permanecer muito tempo de pé, adoptar ou manter posições desconfortáveis	55.8	41.2	3
Trabalhar com barulho	34.0	36,2	29.8
Detectar detalhes muito pequenos, ler textos pouco legíveis	24.4	67.1	8.5
Ser frequentemente obrigado a apressar-se no seu trabalho	20.1	68.4	11.6
Correr riscos no trabalho, estar exposto ao perigo (acidente, ferimentos, quedas, agressão verbal ou física...)	25.2	69.9	4.9
Ser obrigado a fazer várias coisas ao mesmo tempo	20.1	69,3	10.6

Quadro 2: Principais dificuldades sentidas pelos trabalhadores no seu trabalho actual (em percentagem)

Fonte: SIT (2001)

É ainda de referir, sempre relacionando com a organização do trabalho, a percentagem relativamente importante dos que referem dificuldades por serem obrigados a apressar-se (20.1%) e por serem obrigados a fazer várias coisas ao mesmo tempo (20.1%) o que, claramente é associado à intensificação do trabalho.

⁸ Os dados apresentados foram retirados da aplicação do Inquérito SIT (2001) a uma amostra de 330 trabalhadores da ITV de 12 empresas do norte de Portugal. A aplicação do referido inquérito decorreu em situação de entrevista individual com a participação dos médicos do trabalho das respectivas empresas participantes (Barros-Duarte, Ramos, Cunha, & Lacomblez, 2002).

⁹ A selecção dos itens apresentados no quadro teve como critério uma frequência de pelo menos 20%. No quadro estão assinaladas as características de trabalho mais frequentemente percebidas como fonte de dificuldade (em que pelo menos 20% dos sujeitos assinalou positivamente). A alternativa de resposta “não aplicável” corresponde à situação em que a característica identificada está ausente no trabalho desenvolvido, por isso, a sua avaliação não é aplicável.

De facto, no conjunto das dificuldades sentidas no trabalho, as dificuldades em “fazer grandes esforços físicos, permanecer muito tempo de pé, adoptar ou manter posições desconfortáveis” e em “trabalhar com barulho” foram as mais, frequentemente, assinaladas por homens e pelas mulheres em todos os grupos etários e, se parecem estar de uma maneira geral associadas aos constrangimentos físicos, existem outras características das condições de trabalho que, apesar de serem menos visíveis, interferem com estas dificuldades, sobretudo com a dificuldade em “fazer grandes esforços físicos, permanecer muito tempo de pé, adoptar ou manter posições desconfortáveis” (quadro 3).

		OR ¹⁰	[IC 95%]	P<-.05
Sexo	homens	1.0		
	mulheres	2.3	[1.3-4.4]	P=.008
Idade	← 25 anos	//		
	25 – 34 anos	//		
	35 – 44 anos	//		
	≥ 45 anos	//		
Trabalho variado	muito	1.0		
	um pouco	1.0	[0.5-2.0]	p=.930
	não muito	2.4	[1.2-4.8]	p=.012
	nada	2.7	[1.3-5.8]	p=.009
Escolha dos momentos de pausa	sempre	1.0		
	quase sempre	0.9	[0.5-1.8]	p=.740
	quase nunca	3.6	[1.3-10.1]	p=.015
	nunca	1.6	[0.8-3.2]	p=.224

Quadro 3: Dificuldade em “fazer grandes esforços físicos, permanecer muito tempo de pé, adoptar ou manter posições desconfortáveis” Fonte: SIT (2001)

De facto, parece que os conteúdos do trabalho têm, também, uma influência significativa na dificuldade em “fazer grandes esforços físicos, permanecer muito tempo de pé, adoptar

¹⁰ Na análise dos resultados foi utilizada a análise multivariada - regressão logística - através do cálculo dos Odds Ratio (OR). Os OR indicam o grau de probabilidade da variável explicativa (ex. factor de risco) na explicação do fenómeno (problema de saúde). O OR pode assumir valores entre 0 e infinito. Um OR superior a 1 indica uma associação elevada entre a exposição ao factor de risco e o aparecimento do problema de saúde (quanto mais elevado for o OR mais forte é a associação). Um OR compreendido entre 0 e 1 indica, pelo contrário, uma associação baixa entre o factor de risco e o problema de saúde (quanto mais o OR se aproximar de 0). Os resultados apresentados foram seleccionados tendo como critério o nível de significância obtido, o qual corresponde a Intervalos de Confiança para o Exp. B de 95%, através do método Forward LR.

ou manter posições desconfortáveis”. Ou seja, os trabalhadores que realizam um trabalho “não muito variado” têm uma probabilidade duas vezes superior (OR=2.4; p=.012) em relatarm esta dificuldade, que é agravada (OR=2.7; p=.009) quando não têm de todo um trabalho variado, o que parece induzir dificuldades acrescidas no trabalho, especialmente sentidas pelas mulheres.

A “escolha dos momentos de pausa” parece ter, igualmente, um peso significativo, traduzido por uma maior probabilidade (OR=3.6; p=.015) de queixas ao nível desta dificuldade, o que significa que as dificuldades em “fazer grandes esforços físicos, permanecer muito tempo de pé, adoptar ou manter posições desconfortáveis” poderão estar relacionadas com uma organização do trabalho bastante rígida que impossibilita a ausência, ainda que breve, do seu posto de trabalho, dificuldade igualmente, mais sentida pelas mulheres.

Estes dados chamam a atenção para a influência que determinadas características de trabalho, menos visíveis e mais silenciosas, podem ter na determinação e avaliação das dificuldades e queixas sentidas no trabalho, aparentemente relacionadas com os aspectos mais físicos dos constrangimentos do trabalho, mas que poderão, também, influenciar o estado de saúde.

PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

A avaliação da percepção do estado de saúde introduziu no SIT um instrumento que, centrado na opinião do sujeito, constitui uma base de informação particularmente interessante. Recorreu-se, para o efeito, ao Perfil de Saúde de Nottingham¹¹ (NHP) que é considerado, segundo a literatura (VISAT, 1994; Derriennic, Touranchet, e Volkoff, 1996) um dos melhores instrumentos predictores da saúde, constituído por um conjunto de itens agrupados em seis dimensões de saúde, designadamente: a energia, a dor, as reacções emocionais, o sono, o isolamento social e a mobilidade física.

Do conjunto das várias dimensões avaliadas pelo NHP (quadro 4), pode-se desde já sublinhar a elevada frequência das respostas¹², particularmente na dimensão de saúde: as *reacções emocionais*.

¹¹ Trata-se de um questionário constituído por um conjunto de questões de (auto)apreciação do estado de saúde, que corresponde à versão portuguesa do Nottingham Health Profile, adaptado por investigadores da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Centro de estudos e Investigação em Saúde, 1997, sob responsabilidade do Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira.

¹² Que comparativamente com os estudos realizados em França (Derriennic, Touranchet, & Volkoff, 1996; Cassou et al., 2001) com as mesmas normas de tratamento de dados - “Pelo menos uma queixa” ou “Nenhuma queixa” - se mostram, de uma maneira geral, bem mais elevados.

Dimensões de Saúde	Pelo menos uma queixa	Nenhuma queixa
Energia	19.1	80.9
Dor	39.2	60.8
Reacções emocionais	57.8	42.2
Sono	35.9	64.1
Isolamento social	16.4	83.6
Mobilidade física	41.0	59.0

Quadro 4: Análise das dimensões de saúde do NHP (em percentagem) Fonte: SIT (2001)

Na verdade, as *reacções emocionais* caracterizam um estado de saúde fragilizado do ponto de vista psicológico traduzido por um desânimo generalizado que parece atingir mais de metade dos trabalhadores da amostra (57.8%).

Além disso, são de novo referidas a *dor* (39.2%) e a *mobilidade física* (41%) queixas provavelmente relacionadas com as posturas assumidas no trabalho (74.2% dos trabalhadores têm um “trabalho que obriga a posturas penosas ou cansativas”) e com o esforço físico intenso (45% dos trabalhadores realizam um trabalho que os obriga a realizarem um elevado esforço físico). Quanto às queixas relativas ao *sono* (35.9%), podem ser associadas ao tipo de horário praticado (64.1% dos trabalhadores trabalham por turnos em horários fixos) que dificulta a gestão da vida de trabalho com a vida familiar, contribuindo para algumas alterações no ciclo de sono.

Na verdade, e retomando a relevância encontrada para a dimensão *reacções emocionais*, foram realizadas análises mais exaustivas procurando determinar a influência de determinadas condições de trabalho nas respostas encontradas para esta dimensão da saúde (quadro 5).

Os trabalhadores que estão expostos actualmente ao “barulho intenso” têm maior probabilidade (OR=3.3; p=.000) de relatarm problemas de saúde ao nível das *reacções emocionais*, sucedendo o mesmo para os trabalhadores que realizam um trabalho que obriga a “posturas penosas” (OR=2.2; p=.013) e a uma “carga física intensa” (OR=2.2; p=.004).

Além da influência que a exposição actual pode ter nas *reacções emocionais*, observa-se também um efeito (quase) significativo de uma exposição passada, ou seja, parece que os trabalhadores que já estiveram expostos ao barulho intenso têm uma probabilidade duas vezes superior (OR=2.0; p=.068) de se queixarem de *reacções emocionais* do que aqueles que nunca estiveram expostos.

		OR	[IC 95%]	P<.05
Sexo	homens	1.0		
	mulheres	2.8	[1.9-4.5]	P=.000
Idade	← 25 anos	//		
	25 - 34	//		
	35 - 44	//		
	≥ 45	//		
Barulho intenso	nunca	1.0		
	sim	3.3	[1.9-5.8]	p=.000
	no passado	2.0	[0.9-4.3]	p=.068
Posturas penosas	nunca	1.0		
	sim	2.2	[1.2-4.0]	p=.013
	no passado	1.4	[0.6-3.5]	p=.487
Carga física intensa	nunca	1.0		
	sim	2.2	[1.3-3.7]	p=.004
	no passado	1.4	[0.7-2.8]	p=.372
Escolha dos momentos de pausa	sempre	1.0		
	quase sempre	0.5	[0.3-1.0]	p=.046
	quase nunca	2.7	[1.0-7.4]	p=.051
	nunca	0.7	[0.4-1.5]	p=.407
Reconhecimento do seu trabalho	muito	1.0		
	moderadamente	1.0	[0.6-1.8]	p=.976
	nem por isso	1.3	[0.6-2.7]	p=.478
	nada	5.0	[1.7-14.0]	p=.003

Quadro 5: Perfil de Saúde de Nottingham (NHP): reacções emocionais **Fonte:** SIT (2001)

Mas se se privilegiou algumas características do trabalho, outras – às vezes menos visíveis – interferem também com as reacções emocionais. A escolha dos momentos de pausa e o reconhecimento do seu trabalho parecem influenciar significativamente a probabilidade de os trabalhadores apresentarem problemas nesta dimensão da saúde.

E, de facto, os trabalhadores que não têm (“quase nunca”) a possibilidade de escolher os momentos de pausa têm mais probabilidade (OR=2.7; p=.051) de se queixarem na dimensão de saúde - reacções emocionais - comparadas com os que têm “quase sempre” essa possibilidade (OR=0.5; p=.046).

Parece, então, que se há tendência em relacionar os problemas de saúde com os aspectos físicos do trabalho, nomeadamente os factores físicos do ambiente de trabalho e as exi-

gências físicas desenvolvidas durante a actividade de trabalho, os aspectos relativos ao seu conteúdo e à sua organização assumem também uma importância fundamental na evolução e na construção da saúde pelo que não devem permanecer silenciosos.

Apesar da sua relevância, este tipo de problemas de saúde associados aos designados de *pequenos problemas* ou, ainda, problemas infra-patológicos, permanecem pouco reconhecidos porque, embora não sejam necessariamente *graves* estão, frequentemente, associados às dores articulares, aos distúrbios de sono, à sensação de fadiga, à ansiedade e ao consumo de tranquilizantes (Molinié e Volkoff, 2002) e provocam, pouco a pouco, um desgaste físico e psicológico sendo vividos, pelos trabalhadores, de forma dolorosa e penosa.

5. COMPREENDER (MAIS DO QUE EXPLICAR) A SAÚDE NO TRABALHO: DESAFIOS E POTECIALIDADES

Os efeitos das condições de trabalho na saúde e no bem-estar são, na verdade, pouco evidentes – transparecendo a ideia de que, apesar de grande parte dos trabalhadores continuar exposta a riscos profissionais, a sua saúde é satisfatória já que não manifesta grandes patologias.

Contudo, a dificuldade em estudar a saúde no trabalho reside em grande parte na própria dissociação entre a saúde e o trabalho, quando o que pretendemos estudar é a «saúde no trabalho». Ou seja, quando se procura intervir neste domínio, ora se segue uma linha mais voltada para o trabalho, regulamentando, por exemplo as condições de exercício do trabalho e a exposição aos riscos profissionais, ora se segue uma linha mais voltada para a saúde, diagnosticando a doença, estabelecendo uma relação com a exposição ao risco para, possivelmente, enquadrá-la numa lista de doenças profissionais, resultando assim numa abordagem clássica do conceito de saúde como ausência de doença - nomeadamente ausência de doença profissional reconhecida (Barros-Duarte, 2004).

Nestas perspectivas, desaparece a integração das várias vertentes que, de facto, caracterizam o percurso do trabalhador, assim como tudo o que o torna singular, nomeadamente o seu percurso de vida, dentro e fora do trabalho, suprimindo também a dimensão subjectiva da saúde que é uma das suas características fundamentais.

Na verdade, a dimensão mais individual e mesmo existencial que Canguilhem (1999) caracterizou de *relativista* e *individualista*, define cada vez mais o conceito de saúde e bem-estar protagonizado por vários investigadores interessados em melhor compreender as relações entre saúde e trabalho (Davezies, 1994; Dejours, 1995; Clot, 1995, 1999; Lacomblez, 2000;

Torres e Davezies, 2003) assumindo então, deliberadamente, um conceito de saúde como produto de uma construção pessoal e subjectiva, também evocada por Davezies, (1998), como o

Estar em forma, ou seja, ter o sentimento de viver uma vida que se tem. Sentir-se livre, o que implica tanto o sentimento de superar as coisas quanto o conhecimento e a aceitação dos seus próprios limites. Enfim, perceber o desenrolar dos acontecimentos vividos como uma unidade susceptível de fazer sentido e de constituir uma história (p.35, tradução livre),

De facto, a intervenção em saúde no trabalho apela a uma abordagem mais compreensiva do que explicativa (Volkoff, 2002), que privilegia escutar, entender e compreender a saúde (Honoré, 2002) abrindo, assim, caminho a um novo olhar sobre a saúde no trabalho, mais centrado no vivenciado do trabalhador.

Na verdade, esta posição enquadra-se nas orientações políticas no domínio da saúde que ao “assumir a centralidade do cidadão” (Ministério da Saúde, 1999, orientação nº2) revelam, também, uma preocupação voltada para as necessidades dos cidadãos-trabalhadores. E que, na realidade, não reflectem mais do que um conceito de saúde (já defendido pela OMS em 1948) sublinhado pelo Comité Misto da OIT/OMS ao decidir “promover e manter o mais alto grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores” (INRS, 1996, p.91), procurando, assim, ultrapassar uma concepção reducionista do homem e reconhecendo a contribuição dos trabalhadores na preservação e construção da sua saúde.

Parece por isso, evidente a necessidade de uma abordagem complementar, atenta aos efeitos concretos do trabalho na saúde e no bem-estar nem sempre visíveis mas que reflectam uma análise integradora da perspectiva do trabalhador – procurando, assim, quebrar, o silêncio da descrição das relações sociais onde é construída a saúde no trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros-Duarte, C. (2004). Entre o local e o global: processos de regulação para a preservação da saúde no trabalho. Dissertação de doutoramento em Psicologia apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

Barros-Duarte, C., Ramos, S., Cunha, L. e Lacomblez, M. (2002). *Da organização do Trabalho à Saúde Ocupacional : análise das condições da actividade profissional na Indústria Têxtil e do Vestuário – a especificidade do trabalho feminino*. Relatório apresentado no âmbito da Campanha para a melhoria das Condições de Trabalho no sector da Têxtil. Porto, IDICT.

Bidron, P., Derriennic, F., Dubre, J-Y., Gasseau, A., e Guiho-Bailly, M-P. (1996). In: F. Derriennic, A. Touranchet e S. Volkoff (Eds.), *Âge, travail, santé. Études sur les salariés âgés de 37 à 52 ans. Enquête ESTEV 1990* (pp. 223-244). Paris, INSERM.

Canguilhem, G. (1999). *Le normal et le pathologique* (8^e éd.). Paris, PUF. (Obra original publicada em 1943).

Cassou, B., Buisset, C., Brugère, D., Davezies, P., Derriennic, F., Desplanques, G., Laville, A., Marquié, J-C., Touranchet, A., e Volkoff, S. (2001). *Travail, Santé, Vieillesse: relations et évolutions*. Toulouse, Éditions Octarès.

Clot, Y. (1995). *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*. Paris, Éditions la Découverte.

Clot, Y. (1999). *Souffrance au travail, amputation du pouvoir d'agir, défenses et ripostes*. Communication présentée au Colloque de Namur. Namur, France, novembre.

CNPRP (2003). *Dados relativos às doenças profissionais nos anos de 2000, 2001 e 2002*. Dados solicitados, em Maio de 2003, ao Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais do Ministério da Segurança Social e do Trabalho com vista ao apuramento específico das doenças profissionais nos anos de 2001 e 2002. Lisboa, CNPRP.

Davezies, P. (1994). L'intervention sur la santé au travail: éléments de réflexion éthiques. *Education Permanente*, 121, 4, pp. 131-143.

Davezies, P. (1998). De la récupération psychique. *Santé et Travail*, 25, pp. 35-37.

Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ? Le *Travail Humain*, 58, 1, pp. 1-16.

Derriennic, F., Touranchet, A. e Volkoff, S. (1996). *Age, travail, santé*. Paris, Les Éditions INSERM

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2001). *Third European survey on working conditions 2000*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Gollac, M. e Volkoff, S. (2000). *Les conditions de travail*. Paris, Éditions La Découverte.

Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projecto*. (l. d'Espiney, Trad.). Loures, Lusociência.

IIES (1999). *Séries estatísticas 1990/1998 da Segurança Social*. Lisboa, IIES - Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

IIES (2003). *Dados estatísticos relativos às doenças profissionais: pensionistas com incapacidade permanente de 1999/2000*. Dados solicitados, em Maio de 2003, ao Instituto de Informática e Estatística da Solidariedade do Ministério da Segurança Social e do Trabalho com vista ao apuramento das doenças profissionais relativas aos anos de 1999 e 2000. Lisboa, IIES - Unidade de Estatística.

INE (2003). *Quadros Estatísticos: Estatísticas do Emprego. 4º Trimestre de 2000*. Retirado em 22 de Julho de 2003, de http://www.ine.pt/prod_serv/quadros/mostra_quadro.asp

INRS (1996). Définition de la santé au travail. Conclusions et recommandations du Comité mixte OIT/OMS de la santé au travail. *Documents pour le médecin du travail*, 66, pp. 91-93.

Lacomblez, M. (2000). *Factores psicossociais associados aos riscos emergentes. Riscos emergentes da nova organização do trabalho*. Lisboa, IDICT

Laville, A. (1995). Travail et âges, de la recherche à action. In: J.C. Marquié, D. Paumès; S. Volkoff (Dir.), *Le travail au fil de l'âge* (pp. 441-450). Toulouse, Éditions Octares.

Marquié, J-C. (1999). *Quelques composantes psychiques et cognitives de la relation âge, travail, santé*. Communication présentée au Colloque Santé, Travail, Vieillesse, Relations et Évolutions. CRÉAPT. Paris, France, Nov.

Ministério da Saúde (1999). *Saúde um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2002). *Ganhos de saúde em Portugal. Ponto de situação. Relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde* [versão electrónica]. Retirado em 22 de Abril de 2003, de http://www.dgsaude.pt/biblos/relat_dgs_2002.pdf

Ministério do Trabalho e da Solidariedade (2001). *Lista das Doenças Profissionais*. Lisboa, CNPRP.

Molinié, A-F e Volkoff, S. (2000). *Intensité du travail et santé dans un organisme administratif : une enquête statistique à l'Agence Nationale pour l'Emploi* [versão electrónica]. Retirado em 22 de Outubro de 2001, de <http://www.unites.uqam.ca/pistes/v2n1/articles/v2n1a6.htm>

Molinié, A-F., e Volkoff, S. (2002). *La démographie du travail pour anticiper le vieillissement*. Paris, ANACT.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2005). *Relatório de Primavera de 2005: O estado da Saúde e a saúde do Estado*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

SIT (2001). *Inquérito SIT - Saúde, Idade e Trabalho*. Porto, FPCE da UP e IDICT.

Thébaud-Mony, A. (1991). *La reconnaissance des maladies professionnelles: acteurs et logiques sociales*. Document Travail-emploi. Paris, La Documentation Française.

Thébaud-Mony, A. (1998). La santé au travail. In: J. Kergoat, J. Boutet, H. Jacot, e D. Linhart (Dir.), *Le monde du travail* (pp. 189-197). Paris, La Découverte.

Torres, C. e Davezies, P. (2003). *L'aptitude à la lumière de l'éthique*. Communication présentée à la réunion de la Société de Médecine du Travail et d'Ergonomie de Franche-Comté. Besançon, France, 26 septembre.

VISAT (1994). *Project VISAT: Étude longitudinale sur la relation Vieillesse, Santé, & Astreintes de Travail*. Toulouse, CNRS.

Vogel, L. (1999). Une contribution québécoise à un débat indispensable pour le mouvement syndical en Europe. In K. Messing (Dir.), *Comprendre le travail des femmes pour le transformer*. Bruxelles, BTS, pp. 9-33.

Vogel, L. (2001). Pour une relance de la politique communautaire en santé au travail. Débat sur l'avenir de la politique communautaire en santé et sécurité. *BTS Newsletter*, 17, pp. 3-5.

Volkoff, S. (2002). *Des comptes à rendre: usages des analyses quantitatives en santé au travail pour l'ergonomie*. Noisy-le-Grand, Centre d'Etudes de l'Emploi.

Volkoff, S., e Thébaud-Mony, A. (2000). Santé au travail: l'inégalité des parcours. *In*: A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski e T. Lang (Eds.), *Les inégalités sociales de santé*. Paris, Les éditions La Découverte.

Volkoff, S., Touranchet, A., e Derriennic, F. (1995). L'étude statistique des liens entre âge, travail, et santé et l'exemple de l'enquête ESTEV. *In*: J-C. Marquié, D. Paumès; S. Volkoff (Coord.), *Le travail au fil de l'âge*. Toulouse, Éditions Octares.